

// № 1. Вопрос 1

Как часто болеют острым аппендицитом на 1000 населения?

- 2-3
- 4-5
- 6-8
- 9-10
- более 10

// № 1. Вопрос 2

Какова летальность при остром аппендиците?

- 0,1-1,2%
- 0,2-2,3%
- 0,3-1,5%
- 0,4-2,5%
- 0,5-3,0%

// № 1. Вопрос 3

Когда произведена первая аппендэктомия в России?

- 1836 году
- 1862 году
- 1884 году
- 1890 году
- 1894 году

// № 1. Вопрос 4

Где не может находиться червеобразный отросток?

- подпечёночное расположение
- тазовое расположение
- забрюшинное расположение
- в сальниковой сумке
- левостороннее

// № 1. Вопрос 5

Что не является причиной острого аппендицита?

- нарушение кровообращения
- рефлекторный путь
- обтурация просвета отростка
- повышение секреторной функции желудка
- инородные тела, аскариды

// № 1. Вопрос 6

Что не входит в классификацию острого аппендицита?

- Аппендикулярная колика
- Простой(катаральный) аппендицит
- Деструктивный аппендицит
- Осложнённый аппендицит
- Атипичное расположение отростка

// № 1. Вопрос 7

Что не характерно для острого катарального аппендицита?

- отросток утолщен
- серозный покров тусклый
- на разрезе слизистая отечка

- в брюшной полости мутноватая жидкость
- отросток бардового цвета

// № 1. Вопрос 8

Что не характерно для острого флегмонозного аппендицита?

- отросток утолщен
- покрыт фибрином
- В просвете отростка жидкий зловонный гной
- в брюшной полости реактивный выпот
- в просвете отростка множественные эрозии и свежие язвы

// № 1. Вопрос 9

Что не характерно для острого гангренозного аппендицита?

- некроз грязно-зелёного цвета
- легко рвется
- На окружающих органах и тканях фибрина нет
- В брюшной полости гнойный выпот с каловым запахом
- Если некроз частичный, то остальная часть выглядит как при флегмонозной форме

// № 1. Вопрос 10

Как различаются по времени стадии острого аппендицита, какая стадия не верна?

- катаральная стадия острого аппендицита длится 6-12 час. от начала заболевания
- флегмонозная форма - 12-24 час.
- гангренозная – 24-48 час.
- Спустя 48 час. может наступить прободение отростка
- Спустя 72 час. может наступить прободение отростка

// № 1. Вопрос 11

Для острого аппендицита не характерен симптом:

- Ровзинга
- Воскресенского
- Мерфи
- Образцова
- Бартомье-Михельсона

// № 1. Вопрос 12

Специфическим для острого аппендицита является симптом:

- Кохера-Волковича
- Ровзинга
- Ситковского
- Все три симптома
- Ни один из них

// № 1. Вопрос 13

К перитонеальным при остром аппендиците относят симптомы:

- Воскресенского (симптом "рубашки")
- Щеткина-Блюмберга
- Раздольского
- Все названные симптомы
- Ни один из них

// № 1. Вопрос 14

Острый аппендицит следует дифференцировать со всеми перечисленными заболеваниями, кроме:

- Гломерулонефрита
- Острого панкреатита

- Острого аднексита
- Острого гастроэнтерита
- Правосторонней почечной коликой

// № 1. Вопрос 15

Клинически острый аппендицит может быть принят за:

- Сальпингит
- Острый холецистит
- Дивертикул Меккеля
- Внематочную беременность
- Любую из этих видов патологии

// № 1. Вопрос 16

Неверным для острого аппендицита является утверждение, что:

- ригидность брюшной стенки может отсутствовать при ретроцекальном расположении отростка;
- Ригидность может не быть при тазовом расположении
- Рвота всегда предшествует боли
- Боль может начинаться в области пупка
- Боль чаще начинается в эпигастральной области

// № 1. Вопрос 17

Что не характерно из особенностей течения острого аппендицита у пожилых людей?

- болевой синдром менее выражен
- защитное напряжение мышц передней брюшной стенки выражено незначительно
- в анализе крови возможен небольшой лейкоцитоз
- снижена способность к отграничению процесса
- медленнее развиваются деструктивные формы аппендицита

// № 1. Вопрос 18

Первично-гангренозный аппендицит чаще всего встречается у:

- Детей
- Тяжелых больных
- Мужчин
- Женщин
- Пожилых больных

// № 1. Вопрос 19

Острый аппендицит у детей отличается от такового у взрослых всем, кроме:

- Схваткообразного характера боли, поноса, многократной рвоты
- Быстрого развития разлитого перитонита
- Высокой температуры
- Выраженной интоксикации
- Резкого напряжения мышц в правой подвздошной области

// № 1. Вопрос 20

При остром аппендиците у лиц пожилого возраста целесообразно применение:

- Эндотрахеального наркоза
- Внутривенного наркоза
- Местной анестезии
- Перидуральной анестезии
- Спинальной анестезии

// № 1. Вопрос 21

Для перфоративного аппендицита характерно:

- Симптом Раздольского

- Нарастание клинической картины перитонита
- Внезапное усиление болей в животе
- Напряжение мышц передней брюшной стенки
- Все перечисленное

// № 1. Вопрос 22

Решающим в дифференциальной диагностике острого аппендицита с нарушенной внематочной беременностью является:

- Симптом Кохера-Волковича
- Симптом Промптова
- Головокружение и обмороки
- Симптом Бартомье-Михельсона
- Пункция заднего свода влагалища

// № 1. Вопрос 23

Что не нужно выполнять из параклинических исследований при остром аппендиците?

- общий анализ крови с формулой
- контроль термометрии
- УЗИ (выпот в животе)
- исследование альфа-амилазы крови
- лапароскопия

// № 1. Вопрос 24

С каким заболеванием не проводится дифференциальная диагностика острого аппендицита?

- с урологической патологией
- с гинекологической патологией
- с прикрытой перфоративной язвой 12перстной кишки
- с острым панкреатитом и холециститом
- с поддиафрагмальным абсцессом слева

// № 1. Вопрос 25

Для диагностики острого аппендицита не применяют:

- Пальпацию брюшной стенки
- Клинический анализ крови
- Пальцевое ректальное исследование
- Ирригоскопию
- Влагалищное исследование

// № 1. Вопрос 26

Противопоказанием к экстренной аппендэктомии является:

- Аппендикулярный инфильтрат
- Инфаркт миокарда
- Вторая половина беременности
- Геморрагический диатез
- Разлитой перитонит

// № 1. Вопрос 27

Оптимальная длина кожного разреза при аппендэктомии у взрослого человека составляет:

- 2-2,5 см
- 3-4 см
- 5-6 см
- 6-8 см
- 10-12 см

// № 1. Вопрос 28

При разлитом гнойном перитоните аппендикулярного происхождения применяются:

- Срединная лапаротомия
- Аппендэктомия
- Промывание брюшной полости
- Дренирование брюшной полости
- Все перечисленное

// № 1. Вопрос 29

Промывание брюшной полости показано при:

- Установленном диагнозе аппендикулярного инфильтрата
- Периаппендикулярном абсцессе
- Гангренозном аппендиците и местном отграниченном перитоните
- Воспалении лимфоузлов брыжейки тонкой кишки
- Разлитом перитоните

// № 1. Вопрос 30

Оставление тампонов в брюшной полости после аппендэктомии показано при:

- Неостановленном капиллярном кровотечении
- Гангренозно-перфоративном аппендиците
- Местном перитоните
- Разлитом перитоните
- Всех этих состояниях

// № 1. Вопрос 31

Что не является осложнением острого аппендицита?

- аппендикулярный инфильтрат, пилефлебит
- поддиафрагмальный абсцесс справа
- абсцесс дугласова кармана
- абсцесс сальниковой сумки
- межкишечный абсцесс

// № 1. Вопрос 32

Что не относится к аппендикулярному инфильтрату?

- Формируется на третьи сутки заболевания при отсутствии операции
- Спасает больного от распространённого перитонита
- Инфильтрат определяется пальпаторно и на УЗИ
- УЗИ позволяет определить в инфильтрате жидкостное образование (абсцесс)
- Требуется срочного оперативного лечения через трое суток после начала заболевания

// № 1. Вопрос 33

Типичными осложнениями острого аппендицита являются все, кроме:

- Аппендикулярного инфильтрата
- Парааппендикулярного абсцесса
- Местного перитонита
- Разлитого перитонита
- Воспаления дивертикула Меккеля

// № 1. Вопрос 34

Для диагностики острого аппендицита используются методы:

- Лапароскопия
- Клинический анализ крови
- Ректальное исследование
- Термография
- Все перечисленное верно

// № 1. Вопрос 35

Для дифференциальной диагностики между нижнедолевой правосторонней пневмонией и острым аппендицитом нужно учитывать все, кроме:

- Данных аускультации органов дыхания
- Данных лапароскопии
- Данных рентгеноскопии органов грудной клетки
- Количества лейкоцитов крови
- Данных термографии

// № 1. Вопрос 36

При остром флегмонозном аппендиците не наблюдается симптом:

- Симптом Щеткина-Блюмберга
- Бартомье-Михельсона
- Кохера-Волковича
- Георгиевского-Мюсси
- Крымова

// № 1. Вопрос 37

При разлитом гнойном перитоните аппендикулярного происхождения показано:

- Аппендэктомия и санация брюшной полости
- Коррекция водно-электролитных нарушений
- Антибактериальная терапия
- Полное парэнтеральное питание 1-2 суток после операции
- Все перечисленное верно

// № 1. Вопрос 38

К начальной фазе перитонита относятся все перечисленные симптомы кроме:

- Болезненности тазовой брюшины при ректальном исследовании
- Тахикардии
- Резких электролитных сдвигов
- Напряжения мышц брюшной стенки
- Тенденции к нарастанию лейкоцитоза

// № 1. Вопрос 39

Для поздней стадии перитонита характерно все, кроме:

- Вздутия живота
- Обезвоживание
- Исчезновение кишечных шумов
- Гипопротеинемии
- Усиленной перистальтики

// № 1. Вопрос 40

Абсцесс Дугласова пространства после аппендэктомии характеризуется всеми признаками, кроме:

- Гектической температуры
- Боли в глубине таза и тенезмов
- Ограничение подвижности диафрагмы
- Нависание стенок влагалища или передней стенки прямой кишки
- Болезненности при ректальном исследовании

// № 1. Вопрос 41

Экстренная аппендэктомия не показана при:

- Остром катаральном аппендиците
- Остром аппендиците во второй половине беременности
- Первом приступе острого аппендицита
- Не установленной причине болей в правой подвздошной области у пожилых людей

- Остром аппендиците у грудных детей

// № 1. Вопрос 42

Симптомами аппендикулярного инфильтрата являются все, кроме:

- Субфебрильной температуры
- Симптома Ровзинга
- Профузных поносов
- Лейкоцитоза
- Пальпируемого опухолевидного образования в правой подвздошной области

// № 1. Вопрос 43

Для гангренозной формы аппендицита не характерно:

- Доскообразный живот
- Усиление болей в правой подвздошной области
- Уменьшение болевых ощущений в правой подвздошной области
- Тахикардия
- Симптом Щеткина-Блюмберга

// № 1. Вопрос 44

Важнейшим в диагностике абсцесса Дугласова пространства является:

- Ректороманоскопия
- Лапароскопия
- Перкуссия и аускультация живота
- Пальцевое исследование прямой кишки
- Рентгеноскопия брюшной полости

// № 1. Вопрос 45

Развитие патологического процесса при остром аппендиците начинается:

- С серозного покрова червеобразного отростка
- Со слизистой червеобразного отростка
- С мышечного слоя червеобразного отростка
- С купола слепой кишки
- С терминального отдела тонкой кишки

// № 1. Вопрос 46

После аппендэктомии при остром катаральном аппендиците назначают:

- Антибиотики
- Анальгетики
- Сульфаниламиды
- Слабительные
- Все перечисленные

// № 1. Вопрос 47

Наиболее рациональным методом обработки культи аппендикса у взрослых является:

- Перевязка шелковой лигатурой с погружением культи
- Перевязка лавсановой лигатурой с погружением культи
- Погружение неперевязанной культи
- Перевязка кетгутовой лигатурой без погружения культи
- Перевязка кетгутовой лигатурой с погружением культи

// № 1. Вопрос 48

Дивертикул Меккеля локализуется на:

- Тощей кишке
- Подвздошной кишке
- Восходящем отделе ободочной кишки

- Слепой кишке
- Сигмовидной кишке

// № 1. Вопрос 49

Для острого аппендицита с червеобразным отростком в малом тазу характерно:

- Наличие болезненности в левой подвздошной области
- Примесь крови в каловых массах
- Выраженная болевая реакция передней стенки прямой кишки при ректальном исследовании;
- Отсутствие температурной реакции
- Положительный симптом Пастернацкого

// № 1. Вопрос 50

При лечении аппендикулярного инфильтрата не применяют:

- Физиотерапевтического лечения
- Антибиотиков
- Стационарного лечения
- Наркотических средств
- Диеты

// № 1. Вопрос 51

Противопоказанием к аппендэктомии является:

- Инфаркт миокарда
- Беременность 30-40 недель
- Непереносимость новокаина
- Аппендикулярный инфильтрат
- Нарушение свертываемости крови

// № 1. Вопрос 52

При типичной картине острого аппендицита операционным доступом является:

- Нижне-средняя лапаротомия
- Разрез по Волковичу-Дьяконову
- Параректальный
- Трансректальный
- Поперечный разрез

// № 1. Вопрос 53

В лечении разлитого перитонита аппендикулярного происхождения основное значение имеет:

- Устранение источника перитонита
- Антибактериальная терапия
- Коррекция водно-электролитных нарушений
- Санация брюшной полости
- Все перечисленное верно

// № 1. Вопрос 54

Основной симптом позволяющий диагностировать тазовое расположение воспаленного аппендикса:

- Щеткина-Блюмберга
- Ровзинга
- Резкая болезненность при ректальном исследовании
- Напряжение мышц в правой подвздошной области
- Крымова

// № 1. Вопрос 55

Симптомами позволяющими заподозрить болезнь Крона являются:

- Боли в правой подвздошной области
- Понос



- Лихорадка
- Все перечисленное верно
- Все перечисленное неверно

// № 1. Вопрос 56

При аппендиците осложненном разлитым перитонитом используют доступ:

- Трансректальный
- Параректальный
- Средне-срединный
- Нижне-срединный
- Волковича-Дьяконова

// № 1. Вопрос 57

Наиболее часто острым аппендицитом болеют в возрасте:

- До 10 лет
- От 10 до 20 лет
- От 21 до 40 лет
- От 40 до 60 лет
- Старше 60 лет

// № 1. Вопрос 58

Острый аппендицит обычно начинается:

- С тошноты и рвоты
- С дизурических явлений
- С поноса
- С появлением боли в животе
- С запора

// № 1. Вопрос 59

Брюшную полость после операции надо дренировать:

- При ректоцекальном аппендиците
- При флегмонозном аппендиците
- При катаральном аппендиците
- При аппендикулярном абсцессе
- При аппендикулярном инфильтрате

// № 1. Вопрос 60

Наиболее тяжелое осложнение острого аппендицита:

- Аппендикулярный инфильтрат
- Пилефлебит
- Аппендикулярный абсцесс
- Абсцесс Дугласова пространства
- Разлитой перитонит

// № 1. Вопрос 61

Наиболее важный симптом острого аппендицита:

- Ситковского
- Щеткина-Блюмберга
- Напряжение мышц и болезненность в правой подвздошной области
- Бартомье-Михельсона
- Симптом Крымова

// № 2. Вопрос 1

Какие методы исследования не применяются при заболеваниях пищевода?

- эзофагоскопия (биопсия, гемостаз, удаление инородных тел)

- рентгенологическое, УЗИ
- оптическая когерентная томография
- фистулография
- РН-метрия

// № 2. Вопрос 2

Что не входит в классификацию заболеваний пищевода (Подгорбунский М.А., Шраер Т.И.)?

- инородные тела
- ахалазия пищевода
- ожоги и рубцовые стриктуры
- доброкачественные и злокачественные опухоли, дивертикулы
- хронические язвы

// № 2. Вопрос 3

Что не относится к симптомам инородных тел пищевода?

- боль за грудиной
- дисфагия (не может глотать)
- неотхождение газов
- возможны асфиксия, цианоз
- медиастинит, подкожная эмфизема на шее

// № 2. Вопрос 4

Где чаще застревают инородные тела в пищеводе?

- в области яремной вырезки
- на уровне бифуркации трахеи
- над кардией
- средняя треть пищевода
- сразу за глоткой

// № 2. Вопрос 5

Что не входит в диагностику инородных тел пищевода?

- анамнез, осмотр
- R- снимок
- эзофагоскопия
- пальцевое исследование
- рентгенологическое исследование с водорастворимым контрастом

// № 2. Вопрос 6

Что не входит в эндоскопическое и хирургическое лечение по поводу инородных тел пищевода?

- срочная эзофагоскопия с удалением инородного тела
- операция при невозможности извлечения (разрез на шее)
- операция при невозможности извлечения (торакотомия)
- лапароскопия
- лапаротомия

// № 2. Вопрос 7

Какова летальность при химических ожогах и рубцовых сужениях пищевода?

- 1-3%
- 4-5%
- 7-10%

- 10-12%
  - 13% и более
- }

// № 2. Вопрос 8

Что не входит в стадии морфологических изменений при химических ожогах и рубцовых сужениях пищевода?

- некроз, отёк, перфорация
  - отторжение некроза (реканализация)
  - образование грануляций
  - аутоиммунная трансформация
  - рубцевание
- }

// № 2. Вопрос 9

Что не вписывается в клиническую картину при химических ожогах пищевода?

- острый период до 10 суток -боль за грудиной, невозможность глотать
- интоксикация, с-мы поражения печени, почек (зависит от дозы)
- мнимое благополучие (10-30 сутки)
- воспалительная реакция
- рубцевание, дисфагия, пищеводная рвота, кахексия

// № 2. Вопрос 10

Какое количество воды необходимо при промывании желудка при ожогах пищевода?

- 1-3 литра
  - 4-5 литров
  - 5-9 литров
  - 10-15 литров
  - 16-20 литров
- }

// № 2. Вопрос 11

Что не входит в хирургическое лечение рубцовых стриктур пищевода?

- гастростома на год
  - эзофагопластика желудком
  - эзофагопластика толстой кишкой
  - эзофагопластика тонкой кишкой
  - эзофагопластика диафрагмой
- }

// № 2. Вопрос 12

Что не входит в Способы проведения трансплантата при пластике пищевода?

- подкожно
  - загрудинно предфасциально
  - в переднем средостении
  - в заднем средостении
- }

// № 2. Вопрос 13

Что не входит в понятие стадий кардиоспазма пищевода?

- пищевод не расширен, дисфагия периодически
- пищевод расширен до 3 см
- пищевод расширен до 4-5 см
- постоянная дисфагия, расширение пищевода до 6-8 см
- s- образный пищевод, расширение более 8 см

}

// № 2. Вопрос 14

Что не применяется при консервативном и хирургическом лечении кардиоспазма пищевода?

- Дробное питание
- санаторно-курортное лечение
- Кардиодилатация
- кардиомиотомия
- эзофагогастроанастомоз

}

// № 2. Вопрос 15

Как часто встречаются злокачественные опухоли пищевода?

- 10-20%
- 30-40%
- 50-60%
- 70-80%
- до 90%

}

// № 2. Вопрос 16

В каких отделах пищевода наиболее часто встречаются опухоли?

- среднегрудной отдел
- абдоминальный отдел
- нижнегрудной отдел
- шейный отдел
- верхнегрудной отдел

}

// № 2. Вопрос 17

Что не является причиной возникновения опухолей пищевода?

- хроническое воспаление слизистой (механическое, термическое или химическое раздражение)
- дивертикулы, полипы, грыжи ПОД, папилломы пищевода
- послеожоговые стриктуры
- гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ)
- наследственный характер

}

// № 2. Вопрос 18

Как часто встречается папилломатозный (узловой) рак пищевода?

- 10-20%
- 20-30%
- 30-40%
- 40-50%
- 50-60%

// № 2. Вопрос 19

Что не является морфологической стадией рака пищевода?

- в пределах подслизистого слоя
- в пределах слизистой
- прорастает в мышечную оболочку
- занимает ? пищевода, mts в лимфоузлы средостения
- отдалённые метастазы (лёгкие, печень)

// № 2. Вопрос 20

Что не является клиническим проявлением рака пищевода?

- боль за грудиной после твердой пищи
  - брадикардия, рвота при сдавлении вагуса
  - нормальная масса тела
  - трахео(бронхо)пищеводный свищ (кашель, одышка, пневмония)
  - осиплость голоса при прорастании в возвратный нерв
- }

// № 2. Вопрос 21

Назовите наиболее характерный симптом рака пищевода:

- боли за грудиной постоянного характера
  - дисфагия
  - нарастающая анемия
  - частая рвота съеденной пищей
  - прогрессирующее похудание
- }

// № 2. Вопрос 22

Какая тактика лечения считается наиболее оптимальной при раке верхней трети пищевода:

- химиотерапия
  - лучевая терапия + химиотерапия
  - раннее хирургическое лечение
  - сочетание химиотерапии с операцией
  - сочетание лучевой терапии с операцией
- }

// № 2. Вопрос 23

Как наиболее часто трактуется симптом «дисфагия»?

- поперхивание при глотании пищи
  - чувство затруднения прохождения пищи по пищеводу, необходимость запивать твердую пищу;
  - чувство боли за грудиной при глотании пищи
  - постоянное чувство полноты за грудиной
  - рвота или срыгивание в момент приема пищи
- }

// № 2. Вопрос 24

Определите тактику лечения при раке нижней трети грудного отдела пищевода 2 стадии без метастазов:

- химиотерапия
  - лучевая терапия
  - хирургическое лечение
  - комбинированное - рентгенотерапия с последующей операцией
  - симптоматическое консервативное лечение
- }

// № 2. Вопрос 25

Назовите оптимальную операцию при раке средней части пищевода:

- резекция пищевода в пределах здоровых тканей
  - экстирпация пищевода с последующим пластическим его замещением;
  - бужирование опухоли пищевода
  - «туннелирование» опухоли пищевода лазерным лучом или диатермокоагулятором;
  - постоянная гастростома
- }

// № 2. Вопрос 26

Назовите оптимальный доступ при операции экстирпации пищевода:

- стернотомия
- правосторонняя торакотомия
- левосторонняя торакотомия
- лапаротомия с диафрагмокруротомией
- тораколапаротомия

// № 2. Вопрос 27

Какой из перечисленных органов реже других используется в качестве трансплантата пищевода?

- желудок
  - тонкая кишка
  - правый фланг толстой кишки
  - поперечно-ободочная кишка
  - левый фланг толстой кишки
- }

// № 2. Вопрос 28

Какой из перечисленных путей расположения трансплантата искусственного пищевода считается порочным и практически невыполнимым?

- предгрудинная пластика (под кожей)
  - загрудинная пластика
  - расположение трансплантата в ложе удаленного пищевода
  - трансплевральная пластика справа
  - трансплевральная пластика слева
- }

// № 2. Вопрос 29

В чем заключается основная тактика лечения рака нижней трети пищевода?

- химиотерапия
  - лучевая терапия
  - хирургическое лечение
  - комбинированное лечение - хирургическое с последующей рентгенотерапией?
  - сочетанное лечение - хирургическое с последующей химиотерапией?
- }

// № 2. Вопрос 30

Какая из перечисленных операций считается предпочтительной при раке нижней трети пищевода?

- одномоментная экстирпация всего пищевода с замещением его желудком;
  - экстирпация пищевода с последующим замещением кишкой (двух или трехмоментные операции);
  - одномоментная проксимальная резекция желудка с нижней частью пищевода;
  - гастрэктомия с резекцией нижней трети пищевода - эзофагоэюноанастомоз;
  - обходной эзофагофундоанастомоз
- }

// № 2. Вопрос 31

Какой из перечисленных доступов считается оптимальным при раке нижней трети пищевода?

- лапаротомия, сагиттальная диафрагмокруротомия
  - тораколапаротомия справа
  - тораколапаротомия слева
  - сочетание лапаротомии с торакотомией слева
- }

// № 2. Вопрос 32

Какая из паллиативных операций при раке нижней трети пищевода 4 ст. 4 кл. гр. наиболее простая и доступная для исполнения?

- эзофагофундоанастомоз

- гастростомия
- энтеростомия
- интубация опухоли пищевода эндопротезом (металлическая или синтетическая трубка);
- «туннелирование» опухоли лазером или диатермокоагулятором

// № 2. Вопрос 33

При раке шейного отдела пищевода применяют:

- комбинированную терапию
- лучевую терапию и химиотерапию
- хирургическое лечение
- химиотерапию
- симптоматическую терапию

// № 2. Вопрос 34

Среди злокачественных опухолей пищевода чаще всего встречаются

- саркома
- лейомиосаркома
- меланома
- рабдомиосаркома
- рак

// № 2. Вопрос 35

Наиболее ранним проявлением рака брюшного отдела пищевода является:

- дисфагия
- боль за грудиной и в спине
- срыгивание застойным содержимым
- усиленное слюноотделение
- похудание

// № 2. Вопрос 36

Ранним проявлением рака среднегрудного отдела пищевода чаще всего является:

- срыгивание
- боль за грудиной
- кашель, одышка
- дисфагия
- слюнотечение

// № 2. Вопрос 37

Для диагностики новообразований средостения может быть использован:

- пневмоторакс
- пневмоперитонеум
- ретропневмоперитонеум
- бронхография
- пневмомедиастинография

// № 2. Вопрос 38

Укажите наиболее характерный и специфический симптом, указывающий на малигнизацию при хроническом эзофагите:

- дисфагия
- боль при глотании

- икота
- изжога
- диарея

// № 2. Вопрос 39

К ранним симптомам рака пищевода следует отнести:

- дисфагию
- боля за грудиной и в спине
- кашель при приеме пищи
- усиленное слюноотделение
- похудание

// № 2. Вопрос 40

Метастазирование злокачественных опухолей пищевода осуществляется преимущественно лимфогенным путем. В чем состоит особенность лимфатической системы пищевода и связанная с ней особенность лимфогенного метастазирования?

- близкое расположение грудного лимфатического протока
- продольная ориентация внутриорганных лимфатических сосудов
- наличие лимфатических сплетений в слизистой оболочке, подслизистом слое и мышечной оболочке
- наличие порто-кавальных связей
- тесная связь лимфатической системы пищевода и желудка

// № 2. Вопрос 41

У больного 78 лет при обследовании выявлена опухоль верхней трети пищевода с прорастанием в трахею, МТС в печень. При глотании с трудом проходит жидкость. Ваша тактика?

- бужирование опухоли
- эндоскопическая реканализация опухоли
- эзофагостома
- гастростома
- еюностома.

// № 2. Вопрос 42

Выбрать метод лечения у больного 50 лет с раком шейного отдела пищевода 3 степени с явлениями дисфагии:

- консервативная терапия: лучевое лечение, химиотерапия
- наложение гастростомы
- резекция пищевода с наложением эзофагогастроанастомоза
- операция: резекция пищевода в 2 этапа по Тореку-Добротыслову
- наложение еюностомы

// № 2. Вопрос 43

Как часто встречается Глоточно-пищеводные дивертикулы пищевода?

- 17%
- 21%
- 34%
- 47%
- 62%

// № 2. Вопрос 44

Что не является симптомом дивертикулов пищевода?

- боли за грудиной, дисфагия



- аспирации, пневмонии
- ощущение инородного тела в глотке
- гнилостный запах изо рта
- частая рвота

// № 2. Вопрос 45

Что не является осложнением дивертикула пищевода?

- дивертикулит, кровотечение
- флегмона шеи
- эмпиема плевры
- медиастинит
- абсцессы лёгких на фоне пневмонии

// № 2. Вопрос 46

Что не характерно для рефлюкса-эзофагита?

- картина воспаления слизистой
- эрозии
- язвы
- кровотечения
- возможна малигнизация

// Желчнокаменная болезнь

// № 3. Вопрос 1

Функции печени все, кроме:

- Дезинтоксикационной
- Белковосинтезирующей
- Углеводный и жировой обмен
- Синтез желчи
- Синтез инсулина

// № 3. Вопрос 2

Печень синтезирует желчи в сутки:

- Менее 500 мл
- 500-1000 мл
- 1000-1500 мл
- 1500-2000 мл
- Более 2000 мл

// № 3. Вопрос 3

В состав желчи входит все, кроме:

- Холестерина
- Желчных кислот
- Билирубина
- Солей
- Пепсина

// № 3. Вопрос 4

Желчь нужна для:

- Расщепления белков
- Расщепления углеводов
- Эмульгирования жиров
- Расщепления клетчатки

- Расщепления витаминов

// № 3. Вопрос 5

Когда впервые в литературе описаны камни в желчном пузыре?

- в 1213 году
- в 1341 году
- в 1458 году
- в 1583 году
- в 1894 году

// № 3. Вопрос 6

Какой процент населения России страдает ЖКБ?

- до 5
- 5-10
- 10-20
- 20-25
- 25 и более

// № 3. Вопрос 7

Как часто ЖКБ болеют женщины, нежели мужчины?

- в 1,5-2 раза
- в 2-3 раза
- в 3-4 раза
- в 5-6 раз
- в 6 раз и более

// № 3. Вопрос 8

К желчевыводящим путям относятся все, кроме:

- Внутрипеченочных протоков
- Общего печеночного протока
- Желчного пузыря и пузырьного протока
- Общего желчного протока
- Вирсунгова протока

// № 3. Вопрос 9

Где, в основном, образуются конкременты?

- во внутрипеченочных желчных путях
- в печеночном протоке
- в желчном пузыре
- в общем желчном протоке
- в вирсунговом протоке

// № 3. Вопрос 10

Камнеобразованию в желчном пузыре способствует все, кроме:

- Инфекции
- Застоя желчи
- Обменных нарушений
- Воспалительных процессов в желчном пузыре
- Хорошего оттока желчи

// № 3. Вопрос 11

Наиболее редкое осложнение холецистолитиаза это

- водянка желчного пузыря
- эмпиема
- рак желчного пузыря

- хронический холецистит
- флегмонозный холецистит

// № 3. Вопрос 12

Желчно-каменная болезнь может вызывать все, кроме:

- Желчной колики
- Острого холецистита
- Холедохолитиаза с механической желтухой
- Острого панкреатита
- Дуоденостаза

// № 3. Вопрос 13

Главная причина развития острого холецистита:

- Нарушение кровоснабжения стенки желчного пузыря
- Нарушение лимфоотока
- Острое нарушение оттока желчи из желчного пузыря
- Воздействие панкреатического сока на желчный пузырь
- Повышение тонуса сфинктера Люткенса

// № 3. Вопрос 14

К острому холецистититу может привести все, кроме:

- Поступления в желчный пузырь инфицированной желчи
- Застоя желчи в желчном пузыре
- Дуодено-холедохеального рефлюкса
- Острой закупорке пузырного протока
- Язвенной болезни желудка

// № 3. Вопрос 15

К осложненной форме острого холецистита относятся

- простой
- катаральный
- флегмонозный
- гангренозный
- гангренозно-перфоративный

// № 3. Вопрос 16

При катаральном холецистите воспаление локализуется:

- В слизистой
- В слизистой и подслизистой
- В слизистой, подслизистой и мышечном слое
- Во всех слоях
- Во всех слоях и париетальной брюшине

// № 3. Вопрос 17

При флегмонозном и гангренозном холецистите воспаление локализуется:

- В слизистой
- В слизистой и подслизистой
- В слизистой, подслизистой и мышечном слое
- Во всех слоях
- Во всех слоях и париетальной брюшине

// № 3. Вопрос 18

Водянка желчного пузыря это

- форма острого холецистита
- осложнение острого холецистита

- благоприятный исход острого холецистита
- отек стенки желчного пузыря при сердечно-сосудистой недостаточности
- изменения слизистой стенки желчного пузыря

// № 3. Вопрос 19

Специфическим симптомом острого холецистита является

- Ровзинга
- Воскресенского
- Валя
- Ортнера
- Ситковского

// № 3. Вопрос 20

Для колики, вызванной желчно-каменной болезнью характерно все, кроме:

- Интенсивной боли в правом подреберье после нарушения диеты
- Иррадиации болей в правую лопатку
- Симптома Мюсси
- Симптома Ортнера
- Симптома Бартомье-Михельсона

// № 3. Вопрос 21

Для острого катарального холецистита характерно все, кроме:

- Тошноты, рвоты
- Симптома Ортнера
- Болей в правом подреберье
- Положительного симптома Щеткина-Блюмберга
- Симптома Мюсси

// № 3. Вопрос 22

Для флегмонозного и гангренозного холецистита характерно все, кроме:

- Усиления болей в правом подреберье
- Тахикардии
- Напряжения мышц в правом подреберье
- Симптома Щеткина-Блюмберга
- Симптома Ровзинга

// № 3. Вопрос 23

К осложнениям острого холецистита не относится

- паравезикальный инфильтрат
- варикоз вен пищевода
- паравезикальный абсцесс
- перитонит
- холецистодигестивный свищ

// № 3. Вопрос 24

Основным методом исследования больных неосложненным холециститом является:

- Инфузионная холеграфия
- ЭРПХГ
- УЗИ желчного пузыря
- Лапароскопия
- Гастродуоденоскопия

// № 3. Вопрос 25

Внутривенная холецистография показана и информативна при:

- Наличии пальпируемого желчного пузыря

- Механической желтухе
- Перитоните
- Стихшем приступе острого холецистита
- Гнойном холангите

// № 3. Вопрос 26

Для диагностики неосложненной Ж.К.Б. используют все методы, кроме:

- УЗИ
- Пероральной холецистографии
- Внутривенной холецистографии
- Компьютерной томографии
- Транскутанно-транспеченочной гепатохолангиографии

// № 3. Вопрос 27

Нормальная толщина стенки желчного пузыря при УЗИ

- 1,5 см
- 1 см
- 0,8 см
- 0,5 см
- 0,2-0,3 см

// № 3. Вопрос 28

Нормальный диаметр холедоха при УЗИ:

- До 0,6 см
- 0,9 см
- 1,2 см
- 1,8 см
- 2,0 см

// № 3. Вопрос 29

Главным признаком острого холецистита при УЗИ является:

- Утолщение стенки желчного пузыря с двойным контуром
- Расширение холедоха
- Большой камень в желчном пузыре
- Мелкие камни в желчном пузыре
- Отсутствие камней в желчном пузыре

// № 3. Вопрос 30

Характерным лабораторным признаком острого холецистита является:

- Диастазурия
- Лейкоцитоз
- Гипогликемия
- Глюкозурия
- Гипербилирубинемия

// № 3. Вопрос 31

При остром деструктивном холецистите дифференциальную диагностику проводят с:

- Острым деструктивным панкреатитом
- Прободной язвой 12 перстной кишки
- Прободной язвой желудка
- Острым деструктивным аппендицитом
- Все верно

// № 3. Вопрос 32

Симптом Курвуазье это:

- Напряжение мышц в правом подреберье
- Увеличенный безболезненный желчный пузырь
- Не увеличенный болезненный желчный пузырь
- Увеличенный болезненный желчный пузырь
- Все не верно

// № 3. Вопрос 33

Для какого из перечисленных заболеваний характерен симптом Курвуазье:

- Острый холецистит
- Рак головки поджелудочной железы
- Рак тела поджелудочной железы
- Рак общего печеночного протока
- Острая обтурация пузырного протока

// № 3. Вопрос 34

Желчнокаменная болезнь опасна всем перечисленным, кроме:

- Развития цирроза печени
- Ракового перерождения желчного пузыря
- Вторичного панкреатита
- Развития деструктивного холецистита
- Механической желтухи

// № 3. Вопрос 35

Микрохолецистостомия не показана при

- механической желтухе на почве опухоли головки поджелудочной железы
- остром флегмонозном холецистите
- водянке желчного пузыря
- остром холецистопанкреатите
- остром холецистите с исходом в подпеченочный инфильтрат

// № 3. Вопрос 36

Больным, поступившим по поводу острого неосложненного холецистита, назначают

- экстренную традиционную холецистэктомию
- экстренную лапароскопическую холецистэктомию
- консервативную терапию
- чрезкожно-чрезпеченочную микрохолецистостомию под УЗИ-контролем
- чрезкожно-чрезпеченочную холангиостомию под УЗИ-контролем

// № 3. Вопрос 37

При желчно-каменной болезни плановая холецистэктомия показана:

- Во всех случаях
- при бессимптомном камненосительстве
- При наличии клинических признаков заболевания и снижении трудоспособности
- У больных старше 55 лет
- при частых желчных коликах

// № 3. Вопрос 38

Наиболее опасное осложнение при холецистэктомии это

- вскрытие желчного пузыря при выделении
- оставление камней в холедохе
- оставление длинной культи пузырного протока
- оставление компенсированного стеноза БДС
- повреждение общего желчного протока

// № 3. Вопрос 39

Наиболее ответственный этап при холецистэктомии это

- разделение сращений пузыря с салеником и толстой кишкой
- выделение пузырного протока и пузырных сосудов
- выделение шейки пузыря
- выделение тела и дна
- коагуляция ложа

// № 3. Вопрос 40

Лечебная тактика после купирования острого приступа болей в правом подреберье

- выписать больных на амбулаторное лечение
- направить на санаторно-курортное лечение
- направить на дробление камней ультразвуком
- прописать препараты, растворяющие камни
- выполнить плановую операцию в холодном периоде

// № 3. Вопрос 41

Через какое время при отсутствии эффекта от консервативной терапии показано оперативное лечение?

- 2 часа
- 4-6 часов
- 6-12 часов
- 12-24 часа
- 24-48 часов

// № 3. Вопрос 42

При наличии подпеченочного инфильтрата показана

- МХС под УЗ-контролем
- полостная холецистэктомия
- лапароскопическая холецистэктомия
- консервативная терапия
- холецистэктомия от дна

// № 3. Вопрос 43

Объем инфузионной терапии в сутки больному с острым холециститом должен составлять не менее

- 800 мл
- 1200 мл
- 1600 мл
- 2000 мл
- 3000 мл

// № 3. Вопрос 44

Больным с неосложненным калькулезным холециститом чаще всего выполняют:

- Полостную холецистостомию
- Лапароскопическую холецистэктомия
- Холецистостомия под контролем УЗИ
- дробление камней ультразвуком
- холецистолитотомию

// № 3. Вопрос 45

При остром калькулезном холецистите может применяться:

- Экстренная операция
- Срочная операция
- Консервативная терапия и в дальнейшем плановая операция
- Только консервативная терапия
- Все перечисленное

// № 3. Вопрос 46

Консервативное лечение острого холецистита включает в себя все, кроме:

- Анальгетиков
- Спазмолитиков
- Препаратов, снижающих секрецию
- Антибиотиков
- Антиферментов

// № 3. Вопрос 47

При остром и хроническом холецистите противопоказана применение

- Антибиотиков
- Морфина гидрохлорида
- Но-шпы
- Атропина сульфата
- Спазмалгона, баралгина и спазгана

// № 3. Вопрос 48

В случае желчно-каменной болезни экстренная операция показана при:

- Окклюзии пузырного протока
- Холецисто-панкреатите
- Перфоративном холецистите
- Механической желтухе
- Печеночной колике

// № 3. Вопрос 49

Больному с гангренозным холециститом показано:

- Консервативное лечение
- Отсроченная операция
- Принятие решения зависит от возраста больного
- Операция при отсутствии эффекта от консервативной терапии
- Экстренная операция

// № 3. Вопрос 50

Преимущества холецистэктомии "от шейки":

- Оптимальные условия для бескровного удаления желчного пузыря
- Прерывается путь поступления гнойной желчи в холедох
- Отсутствует миграция мелких камней из пузырного протока в холедох;
- Сокращаются сроки выполнения операции
- Все верно

// № 3. Вопрос 51

После холецистэктомии чаще всего применяется дренаж:

- По Робсону-Вишневскому
- По Холстеду-Пиковскому
- По Спасокукоцкому
- По Керу
- Сочетанное дренирование по Пиковскому и Спасокукоцкому

// № 3. Вопрос 52

При остром холецистите операция холецистэктомия под контролем УЗИ показана при:

- Сопутствующем отечном панкреатите с желтухой
- Больным пожилого возраста с тяжелой сопутствующей патологией
- Тяжелом общем состоянии больного
- У пожилых больных с выраженной интоксикацией
- Все верно



// № 3. Вопрос 53

К интраоперационным методам исследования внепеченочных желчных путей относится все, кроме:

- Пальпации холедоха
- Холедохоскопия
- Интраоперационной холангиографии
- Зондирования холедоха
- Внутривенной холангиографии

// № 3. Вопрос 54

Интраоперационная холангиография показана при всем, кроме:

- Наличия мелких камней в холедохе
- Подозрения на рак большого дуоденального сосочка
- Расширения холедоха
- Механической желтухи в анамнезе
- Отключенного желчного пузыря

// № 3. Вопрос 55

Холедохолитиазу всегда сопутствует

- механическая желтуха
- острый холецистит
- острый панкреатит
- стеноз БДС
- острый гнойный холангит

// № 3. Вопрос 56

Для желчной колики, обусловленной холедохолитиазом, не характерно

- острая боль
- тошнота;
- симптом Ортнера
- симптом Мерфи
- симптом Щёткина-Блюмберга

// № 3. Вопрос 57

При ложной кисте общего желчного протока чаще всего выполняется следующее билиодигестивное соустье

- цистоеюноанастомоз по Ру
- наружное дренирование + цистодуоденоанастомоз
- цистодуоденоанастомоз
- папиллосфинктеропластику + цистодуоденоанастомоз
- цистогастроанастомоз

// №4 вопрос1

Что не относится к гнойным заболеваниям легких?

- в 60-70% причиной является крупозная пневмония
- в 60-70% развивается под влиянием назофарингиальной инфекции
- инфицирование СПИДом
- в 70% развивается у мужчин
- 60-80% больных имеют антибиотикорезистентные штаммы микробов

// №4 вопрос2

Передние межреберные артерии отходят от:

- аорты
- подключичной артерии
- подмышечной артерии

- внутренней грудной артерии
- чревного ствола

//№4 вопрос3

В классификации абсцесса легкого по этиологии что не верно?

- постпневмонические
- гематогенно — эмболические
- некротические
- травматические
- аспирационные и обтурационные

//№4 вопрос4

К гнойным заболеваниям легких относятся все, кроме:

- гангрена
- абсцесс
- острая стафилококковая деструкция
- киста легкого
- бронхоэктатическая болезнь

//№4 вопрос5

Чаще всего встречаются абсцессы легких:

- метапневмонические
- аспирационные
- гематогенно-эмболические
- лимфогенные
- посттравматические

//№4 вопрос6

К первичным абсцессам легкого относятся:

- метапневмонические
- гематогенно-эмболические
- аспирационные
- посттравматические
- лимфогенные

//№4 вопрос7

Абсцессами легких чаще всего страдают люди в возрасте:

- 10-15 лет
- 15-20 лет
- 20-30 лет
- 30-50 лет
- 50-70 лет

//№4 вопрос8

При большом гемотораксе показано:

- пункция
- дренирование
- резекция легкого
- торакотомия
- консервативное лечение

//№4 вопрос9

Что не является осложнением абсцесса лёгкого?

- Эмпиема плевры
- кровотечение

- межреберная невралгия
- пневмоторакс
- воспаление противоположного лёгкого

//№4 вопрос10

К хроническим абсцессам легкого относятся существующие:

- 2-3 недели
- 1 месяц
- 2 месяца
- 3 месяца
- 6 месяцев

//№4 вопрос11

Наиболее часто встречаются бронхоэктазы:

- мешотчатые
- смешанные
- веретенообразные
- цилиндрические
- четкообразные

//№4 вопрос12

Хронической эмпиемой считается существующая:

- 2 недели
- 1 месяц
- 2 месяца
- 3 месяца
- 6 месяцев

//№4 вопрос13

При развитии пиопневмоторакса при абсцессе легкого в первую очередь показано:

- эндобронхиальное введение протеолитических ферментов
- дренирование плевральной полости
- антибиотики
- рентгенотерапия
- введение цитостатиков

//№4 вопрос14

При тотальном ателектазе одного из легких показана:

- антибиотикотерапия
- пункция плевральной полости
- дренирование плевральной полости
- бронхофиброскопия с санацией бронхиального дерева
- все перечисленное

//№4 вопрос15

Для выявления бронхоэктазов ведущее значение имеет:

- рентгенография легких
- томография
- бронхография
- бронхоскопия
- ультразвуковое исследование

//№4 вопрос16

Поликистоз легких осложняется:

- кровотечением

- инфицированием
- пневмотораксом
- дыхательной недостаточностью
- всем названным

//№4 вопрос17

Наиболее частой причиной спонтанного пневмоторакса служит:

- абсцесс легкого
- рак легкого
- бронхоэктазы
- буллезные кисты легкого
- ателектаз легкого

//№4 вопрос18

Травма передней грудной стенки не может привести к:

- гемотораксу
- вентрикулярной экстрасистолии
- парадоксальной эмболии
- инфарктоподобным изменениям
- разрыву аорты

//№4 вопрос19

Причиной геморрагии реже всего бывает:

- туберкулез
- бронхиальный рак
- инфаркт легкого
- пневмокониоз
- митральный стеноз второй степени

//№4 вопрос20

Реже всего причиной гемоторакса является:

- бронхоэктатическая болезнь
- стеноз митрального клапана с застоем в малом круге кровообращения;
- инфарктная пневмония
- пневмокониоз
- ни одно из названных

//№4 вопрос21

При гангрене поражающей одну из долей легкого рекомендуется:

- ежедневная санация бронхиального дерева через бронхоскоп
- введение антибиотиков в легочную артерию
- лобэктомия
- интенсивная терапия с эндобронхиальным введением антибиотиков;
- комплексная терапия, включающая все названные выше консервативные методы лечения;

//№4 вопрос22

Показанием к операции лобэктомии при остром абсцессе легкого может быть:

- нарастание гнойной интоксикации
- повторное кровотечение из вскрывшегося абсцесса
- развитие гангрены легкого
- подозрение на полостную форму рака легкого
- все перечисленное

//№4 вопрос23

Рак Пенкоста - это:

- центральный рак средней доли
- периферический рак нижней доли
- центральный рак верхней доли
- периферический рак верхушки легкого
- полостная форма периферического рака легкого

//№4 вопрос24

При тампонаде сердца показана:

- пункция перикарда
- переливание крови
- мочегонные
- гемостатическая терапия
- антибиотики

//№4 вопрос25

Осложнением острого абсцесса легкого не может быть:

- прорыв абсцесса в плевральную полость
- кровотечение
- аспирация гноя в здоровое легкое
- сепсис
- образование сухой полости в легком

//№4 вопрос26

Причиной перехода острой эмпиемы плевры в хроническую не может быть:

- неудавшаяся попытка облитерации полости в остром периоде
- преждевременное удаление дренажа
- большая первичная полость
- туберкулез и другая специфическая флора
- бронхоплевральный свищ

//№4 вопрос27

Для острого пневмоторакса не характерна:

- одышка в покое
- болевой синдром вплоть до шока
- горизонтальный уровень жидкости в плевральной полости
- тахикардия
- изменение перкуторного звука

//№4 вопрос28

При выявлении круглой тени на рентгенограмме легких показаны:

- томография
- динамическое наблюдение
- проба Пирке и Манту
- фибробронхоскопия с биопсией
- все верно

//№4 вопрос29

Чего не обязательно придерживаться при лечении абсцессов лёгкого?

- Санация трахеобронхиального дерева
- создание условий для дренирования гнойной полости
- постельный режим
- Антибиоткотерапия, дезинтоксикационная терапия
- общеукрепляющая и иммунокорректирующая терапия

//№4 вопрос30

Активный дренаж плевральной полости не показан при:

- торакотомии
- гемотораксе вследствие перелома ребер
- рецидивирующем гемотораксе
- эмпиеме плевры
- нижнедолевой пневмонии

//№4 вопрос31

Для гангрены легкого характерно:

- развитие заболевания при ареактивности организма
- отсутствие грануляционного вала на границе поражения
- распространенный некроз легочной ткани
- выраженная интоксикация
- все перечисленное верно

//№4 вопрос32

При большой воздушной кисте лёгкого возможны:

- пневмоторакс
- легочные кровотечения
- нагноение кисты
- все перечисленное верно
- все перечисленное неверно

//№4 вопрос33

Для напряженного пневмоторакса не характерно:

- сдавление пораженного легкого
- уменьшение венозного притока к сердцу
- смещение средостения в пораженную сторону
- повышение давления на пораженной стороне
- звучное сердцебиение

//№4 вопрос34

Открытыми эмпиемами плевры являются по сообщению с...

- с бронхоплевральным свищём
- с плеврокожным свищём
- с бронхоплевральнокожным свищём
- с полыми органами
- с сальниковой сумкой

//№4 вопрос35

При лечении абсцедирующей пневмонии используется:

- санационные бронхоскопии
- ингаляции
- отхаркивающие средства
- интрабронхиальное введение протеолитических ферментов
- все верно

//№4 вопрос36

Что не входит в классификацию эмпием плевры?

- острые (до 3 месяцев)
- хронические (свыше 3 месяцев)
- эмпиема без деструкции лёгкого (простая)
- рецидивирующая эмпиема
- эмпиема с деструкцией лёгкого

//№4 вопрос37

Хронической эмпиема плевры считается:

- с 2 недели
- с 4 недели
- с 6 недель
- с 8 недель
- с 3 месяцев

//№4 вопрос38

Что не входит в клинические проявления эмпиемы плевры?

- кашель
- одышка
- симптомы интоксикации
- сепсис
- нарушение работы кишечника

//№4 вопрос39

Что не обязательно при обследовании больных с эмпиемой плевры?

- торакоскопия
- бронхография при бронхоплевральном свище
- бактериологический анализ мазков гноя
- томография, УЗИ с плевральной пункцией
- кровь на онкомаркеры

//№4 вопрос40

Что не входит в лечение острой эмпиемы плевры?

- применяют пункционный и пункционно-дренажный способы лечения с использованием промывных систем
- окклюзия бронхиального свища при пиопневмотораксе
- аспирация гноя, введение антибиотиков
- аспирация гноя, введение протеолитических ферментов, промывание антисептиками
- лечебная физкультура

//№4 вопрос41

Что не входит в комплексное лечение эмпиемы плевры?

- Мероприятия, направленные на скорейшее расправление лёгкого
- массивная антибактериальная терапия (цефалоспорины 3-4 поколения, фторхинолоны, карбапенемы с учётом чувствительности)
- дезинтоксикационная и иммунокорректирующая терапия
- общеукрепляющая терапия
- санаторно-курортное лечение

//№4 вопрос42

Что не входит в хирургическое лечение хронической эмпиемы плевры?

- плеврэктомия, декорткация лёгкого
- резекция лёгкого
- резекция рёбер и дренирование полости абсцесса
- торакопластика — резекция рёбер с целью уменьшения объёма грудной полости и ликвидации полости эмпиемы
- дренирование плевральной полости дренажем по Бюлау

//№4 вопрос43

При гангрене средней доли легкого показана:

- консервативная терапия

- торакопластика
- лобэктомия
- пульмонэктомия
- искусственный пневмоторакс

//№4 вопрос44

Исход лечения эмпиемы плевры без бронхоплеврального свища определяется характером:

- изменений висцеральной плевры
- количеством гноя в плевральной полости
- изменением париетальной плевры
- изменением легочной ткани
- микрофлоры

//№4 вопрос45

Какое лечебное мероприятие следует провести на этапе первой врачебной помощи при клапанном пневмотораксе?

- дренирование плевральной полости по Бюлау
- искусственная вентиляция легких
- плевральная пункция
- торакотомия, бронхоскопия
- герметичная повязка на рану

//№4 вопрос46

Жизненная ёмкость лёгких (ЖЕЛ) это:

- максимальный объем воздуха, который попадает в легкие при вдохе;
- максимальный объем воздуха, который выходит из легких при выдохе;
- максимальный объем воздуха, который попадает в легкие при вдохе и выходит при выдохе.

//№4 вопрос47

Общими симптомами гемоторакса являются: а) одышка, б) ограничение дыхательных экскурсий грудной клетки, в) перкуторная тупость на стороне поражения, г) ослабление дыхательных шумов и голосового дрожания на стороне поражения, д) бледность кожных покровов, е) прогрессирующее падение АД, ж) тахикардия. Выберите правильную комбинацию ответов:

- а, б, в
- б, в, д
- д, е, ж
- в, г, ж
- в, д, е.

//№4 вопрос48

Больной, 36 лет, поступил в больницу с подозрением на бронхоэктатическую болезнь. Общее состояние удовлетворительное, небольшой цианоз губ, эмфизематозно расширена грудная клетка, изменение пальцев рук по типу "барабанных палочек", коробочный оттенок перкуторного звука, рассеянные сухие хрипы. Для подтверждения диагноза, какому методу отдадите предпочтение?

- бронхоскопия
- спирометрия
- бронхография
- томография
- R-скопия грудной клетки

//№4 вопрос49

Что не входит в классификацию бронхоэктатической болезни?

- врождённые, приобретённые
- Первичные, вторичные
- По виду расширения - цилиндрические, мешотчатые, кистоподобные, смешанные



- нарушение свертывающей системы крови
- По клиническому течению: фаза ремиссии, фаза обострения

//№4 вопрос50

Что не обязательно проводить при параклиническое обследование больных с бронхоэктазами?

- Компьютерная томография лёгких
- бронхография
- бронхоскопия
- бактериологическое исследование мокроты
- рентгеноскопия легких

//№5 вопрос 1

В каком проценте случаев встречаются маститы у рожениц?

- в 1-2%
- в 3-4%
- в 3-6%
- в 7-8%
- в более 8%

//№5 вопрос 2

В каком проценте случаев развивается мастит в первый месяц после родов?

- 65%
- 73%
- 82%
- 91%
- более 91%

//№5 вопрос3

В каком проценте случаев мастит возникает в связи с беременностью?

- 65%
- 73%
- 84%
- 95%
- 98%

//№5 вопрос4

В каком проценте случаев мастит возникает у первородящих?

- 35%
- 47%
- 58%
- 65%
- 72%

//№5 вопрос5

В каком проценте случаев возбудителем являются различные виды стафилококка?

- 65%
- 74%
- 83%
- 91%
- 95%

//№5 вопрос6

Сколько долек млечными ходами заканчиваются в области соска?

- 12-15
- 15-20

- 20-25
- 25-30
- более 30 долек

//№5 вопрос7

Какие причины в анатомическом строении молочной железы не способствуют развитию мастита?

- слабые фасциальные перегородки между долями не препятствуют распространению инфекции
- в области соска кожа очень нежная
- в области соска легко образуются трещины
- кровоснабжение молочных желез достаточно хорошее
- лимфоотток в ретромаммарные, парастеральные, подмышечные и подключичные лимфоузлы

//№5 вопрос8

Какой механизм не участвует в патогенезе развития мастита?

- Проникновение инфекции через нарушенный эпидермальный покров (трещины, ссадины, раночки соска)
- Проникновение инфекции лимфогенно и гематогенно
- Особенности кровоснабжения молочных желез
- Проникновение инфекции через молочные ходы
- Застой молока (нагрубание)

//№5 вопрос9

Что не является механизмом патогенеза развития мастита?

- Воспаление приводит к слущиванию эпителия
- Воспаление приводит к створоживанию молока и обтурации млечных ходов
- Воспаление приводит к развитию галактоофорита(воспаления млечных ходов)
- Воспаление приводит к застойным явлениям в молочной железе
- Инфицированный материал прорывается в интерстициальную ткань

//№5 вопрос10

Что не является стадией воспаления при мастите?

- стадия серозно-инфильтративного воспаления
- стадия образования гнойников (абсцедирования)
- стадия флегмоны
- стадия секвестрации
- стадия омертвения (гангрены)

//№5 вопрос11

Какая форма мастита не является формой острого мастита?

- инфильтративный
- хронический инфильтративный
- абсцедирующий
- флегмонозный
- гангренозный

//№5 вопрос12

Что не входит в симптомы стадии воспалительной инфильтрации при мастите? (длится до 3 суток)

- боль, возможна краснота
- повышение температуры
- тошнота, рвота
- инфильтрат в железе без чётких границ
- возможен подмышечный лимфаденит

//№5 вопрос13

Что не входит в симптоматику при стадии абсцедирования?

- боль, гипертермия, ознобы
- диспептические симптомы
- инфильтрат в железе с чёткими границами
- в центре инфильтрата размягчение, флюктуация
- при пункции получают гной

//№5 вопрос14

Что не является Формой гнойного мастита?

- внутрикожный
- подкожный
- субореолярный
- интрамаммарный
- ретромаммарный

//№5 вопрос15

Что не является особенностями гнойного процесса в молочной железе?

- слабо выраженная способность к отграничению процесса
- безудержное распространение воспаления на новые участки железистой ткани
- повышенная лактация в молочной железе
- сохраняющаяся лактация способствует рецидивированию инфильтратов
- сохраняющаяся лактация способствует рецидивированию абсцессов

//№5 вопрос16

Что не является симптомом Флегмонозного мастита (панмастит)?

- гипертермия, бледность
- сухость языка и губ
- тошнота, рвота
- повторные ознобы
- инфильтраты с участками флюктуации минимум в двух квадрантах

//№5 вопрос16

Что не является симптомом Гангренозного мастита (развивается при тромбозе сосудов железы)?

- септическое состояние (температура 40 град., пульс 110-120 уд/мин, слабость)
- частый, жидкий стул
- железа пастозна, сине-багрового цвета
- железа пастозна, с участками некроза кожи
- молока нет в обеих железах

//№5 вопрос17

Что не является симптомом хронического инфильтративного мастита?

- в железе определяется плотный инфильтрат не спаянный с кожей
- субфебрильная гипертермия
- общее состояние удовлетворительное
- небольшой лейкоцитоз
- необходима гистологическая верификация инфильтрата

//№5 вопрос18

Что не является признаком галактоцеле?

- ретенционная киста вследствие закупорки молочного хода во время лактации (до 6-8см. в диаметре)
- может инфицироваться
- может малигнизироваться
- капсула толщиной 2-3 мм
- лучшим лечением является иссечение кисты

//№5 вопрос19

Что не характерно для галактореи?

- отделение молока вне периода лактации
- результат выделения гипофизом галактогенного гормона
- встречается при больших размерах молочной железы
- как правило лечения не требуется
- необходима гигиена белья

//№5 вопрос20

Мероприятия, не требующиеся при лечении мастита

- амбулаторно лишь начальные проявления инфильтрата
- амбулаторно при небольших абсцессах
- вскрытие интрамаммарного мастита под местной анестезией
- остальные маститы лечить в стационаре
- лечение местное и общее

//№5 вопрос21

Что не допустимо при лечении серозно-инфильтративного мастита?

- антибиотики, ретромаммарные блокады с антибиотиками, фто
- отсасывание (сцеживание) молока, иммобилизация железы, можно кормить ребёнка (молоко кипятить)
- лечение только в стационаре
- уход за соском, активация иммунитета
- начало лечения в первые 36 часов

//№5 вопрос22

Какие методы лечения не показаны в стадии образования абсцесса?

- вскрытие радиарным разрезом не заходящим на сосок
- при пункционном способе лечения больших гнойников необходимо выполнять разрез при получении гноя
- при пункционном способе небольших необходимо выполнять разрез после 2-4 пункций при сохранении воспалительного процесса
- амбулаторное лечение
- дренажи через разрезы (возможна промывная система)

//№5 вопрос23

Что необходимо выполнять при лечении флегмонозного мастита?

- срочная операция, некрэктомия
- проведение радиарных разрезов минимум в двух квадрантах, контрпертуры при необходимости
- взятие гноя на посев
- овальный разрез под железой при ретромаммарном гнойнике
- нельзя накладывать швы и дренировать

//№5 вопрос24

Что не применяется при лечении гангренозного мастита?

- мастэктомия
- массивная антибактериальная терапия
- дезинтоксикационная терапия
- строгий постельный режим
- прекращение лактации (каберголин, бромокрептин, эстрогены)

//№5 вопрос25

Какая ошибка допускается при лечении гнойного мастита?

- грубое сцеживание и массаж воспалённой железы
- кормление ребенка сцеженным молоком
- тепло (мазовые компрессы) могут способствовать абсцедированию
- недостаточное дренирование при небольших разрезах

- нет посева гноя

//№5 вопрос26

Какое мероприятие не входит в дородовой профилактике острого мастита?

- до родов смывать молозиво утром и вечером
- вытирать соски насухо чистым и жестким полотенцем
- ограничить прием жидкости
- подготовка втянутых сосков к кормлению до родов
- при подозрении на появление трещин соска мазевые перевязки (синтомициновая, оксикортова мазь)

//№5 вопрос27

Какое мероприятие не входит в послеродовой профилактике острого мастита?

- в послеродовом периоде ежедневный туалет соска
- полноценное питание, витамины, адекватный отдых
- ограничение кормления ребенка
- гигиена белья
- профилактика переохлаждений

//№5 вопрос28

С каким заболеванием не проводится дифференциальная диагностика острого и хронического мастита?

- маститоподобной формой рака, мастопатией
- рожистым воспалением
- туберкулезом и актиномикозом железы
- добавочной молочной железой
- сифилисом (язва в зоне соска)

//№5 вопрос29

Что является основой профилактических мероприятий острого мастита?

- повышение сопротивляемости организма беременной женщины
- санация эндогенных очагов инфекции
- обучение женщин правилам кормления ребенка грудью
- тщательное сцеживание груди после кормления
- все выше перечисленное.

//№5 вопрос30

Что не входит в факторы риска развития мастопатии?

- генетический
- гормональный
- репродуктивный анамнез(аборты)
- работа на вредном производстве
- психоневрологический (стрессовый) фактор

//№5 вопрос31

В каком проценте случаев наблюдается Фиброзно-кистозная болезнь железы?

- 5-10%
- 15-20%
- 20-30%
- 30-40%
- более 40%

//№5 вопрос32

Какая форма не входит в морфологический признак мастопатий?

- фиброзная
- кистозная
- смешанная

- эпителиальная
- узловая (расценивать как предрак)

//№5 вопрос33

Что не обязательно выполнять при обследовании на мастопатию?

- рентген-маммография, УЗИ, КТ
- пункционная биопсия
- ФЭГС
- цитология мазков выделений из соска
- кровь на онкомаркеры, определение в крови уровня некоторых гормонов

//№5 вопрос34

Что не входит в профилактику мастопатии?

- надёжная контрацепция, роды в возрасте от 20 до 30 лет
- лактация не менее 1 мес. и не более одного года
- ношение грубых бюстгалтеров
- коррекция гормональных нарушений
- самообследование желез и ежегодный осмотр гинеколога

//№5 вопрос35

Какой из ниже перечисленных методов является основным в выявлении заболеваний молочной железы?

- маммография
- ультразвуковая эхография
- термография
- самообследование молочных желез
- морфологическое исследование

//№5 вопрос36

Какие из перечисленных симптомов являются патогномичными для мастодинии?

- Одиночные и множественные очаги в железе
- выделения из сосков
- преобладание болевого синдрома
- нарушение овариально - менструальной функции
- исчезновение признаков болезни с возрастом

//№5 вопрос37

Назовите основной этиопатогенетический фактор в развитии мастопатии.

- наличие невроза
- дисгормональное состояние
- дисгормональная дисплазия
- нарушение овариально - менструальной Функции
- изменение цикличности процессов в молочной железе

//№5 вопрос38

Характерные маммографические признаки при мастопатии.

- изменений нет
- участки затемнения чередуются с участками просветления
- плотная тень
- тень округлой формы с четкими контурами
- тень с тяжистой структурой

//№5 вопрос39

В чем заключается наибольшая диагностическая значимость ультразвуковой эхографии?

- простота и доступность исследования
- дифференциальный диагноз доброкачественных образований МОЛОЧНЫХ желез

- выявление функциональных изменений молочных желез
- обнаружение метастазов рака молочных желез
- дифференциальный диагноз между раком и доброкачественными заболеваниями молочных желез

//№5 вопрос40

Какой метод диагностики заболеваний молочных желез является окончательным?

- дуктография
- маммография
- термографий
- пункционная биопсия
- интраоперационное гистологическое исследование

//№5 вопрос41

Лечебная тактика при мастодинии

- срочное хирургическое вмешательство
- рентгенотерапия
- комбинированный метод лечения
- симптоматическое лечение
- корригирование расстройства центральной нервной системы

//№5 вопрос42

Наиболее характерные пальпаторные признаки мастопатии.

- опухоль с четкими контурами
- опухоль дольчатого строения, плотная, тяжистая
- опухоль мягкой консистенции, дольчатого строения
- безболезненный узел плотной консистенции
- опухоль быстро растет

//№5 вопрос43

Какому из перечисленных методов лечения нужно отдать предпочтение при диффузной мастопатии

- секторальная резекция
- простая мастэктомия
- регуляция нарушений желез внутренней секреции
- гормонотерапия
- радикальная мастэктомия по Холстеду

//№5 вопрос44

Какому из перечисленных методов лечения нужно отдать предпочтение при узловой мастопатии?

- гормональное лечение
- секторальная резекция
- простая мастэктомия
- радикальная мастэктомия по Холстеду
- регуляция желез внутренней секреции

//№5 вопрос45

Какие, этиологические факторы играют роль в возникновении фиброаденомы

- дисгормональная дисплазия
- нарушение функции желез внутренней секреции
- пожилой возраст
- наличие невроза и Функциональных изменений
- дисгормональная гиперплазия

//№5 вопрос46

Какие из перечисленных клинических признаков относятся к фиброаденоме?

- резкая болезненность при пальпации

- отсутствие болезненности при пальпации
- болевой синдром
- на протяжении менструального цикла очаги уплотнения не изменяются
- вовлечение кожи в патологический процесс

//№5 вопрос47

Основным путем оттока лимфы от молочной железы является:

- перекрестный
- подключичный
- подмышечный
- парастернальный
- межреберный

//№5 вопрос48

При фиброзно-кистозной мастопатии применяются:

- эстрогенные препараты
- физиотерапия
- длительный приём иодида калия
- секторальная резекция молочной железы
- все ответы верны

//№5 вопрос49

Секторальная резекция молочной железы показана:

- при агалактии
- при диффузной мастопатии
- при узловой мастопатии
- при раке Педжета
- при гинекомастии

//№5 вопрос50

Наиболее эффективным методом исследования при опухоли молочной железы менее 0,5 см являются:

- маммография
- УЗИ
- термография
- пальпация
- радиоизотопная диагностика

//№5 вопрос51

При фиброаденоме молочной железы показана:

- простая мастэктомия
- ампутация молочной железы
- секторальная резекция
- радикальная мастэктомия
- лучевая терапия

//№5 вопрос52

Для молочной железы не являются регионарными лимфоузлы:

- подмышечные
- парастернальные
- подключичные
- лимфоузлы противоположной стороны
- все перечисленные лимфоузлы являются регионарными

//№5 вопрос53

При выявлении микрокальцинатов при маммографии рекомендуется:



- динамическое наблюдение
- секторальная резекция со срочным гистологическим исследованием
- пункционная биопсия
- ультразвуковая диагностика
- в наблюдении не нуждается

//№5 вопрос54

Секторальная резекция молочной железы показана:

- при агалактии
- при диффузной мастопатии
- при узловой мастопатии
- при раке Педжета
- при гинекомастии

//////////////////////////////////// // №6

//№6. Вопрос 1

Что не является причиной непроходимости желчевыводящих путей?

- доброкачественные заболевания (ЖКБ, рубцовые сужения протоков)
- первичные и метастатические опухоли гепатопанкреатодуоденальной зоны
- ятрогении с рубцовым сужением протоков
- паразитарные заболевания печени и желчевыводящих путей
- хронические алкогольные и вирусные гепатиты

//№6. Вопрос 2

По клиническому течению механическая желтуха может быть:

- острая
- хроническая
- прогрессирующая
- перемежающаяся
- рецидивирующая

//№6. Вопрос 3

Механическая желтуха при желчно-каменной болезни возникает в результате:

- Острого флегмонозного холецистита
- Острого гангренозного холецистита
- Острого гангренозно-перфоративного холецистита
- Закупорки камнем пузырного протока
- Закупорки камнем общего желчного протока

//№6. Вопрос 4

Главным признаком механической желтухи при УЗИ является:

- Расширение желчевыводящих протоков
- Увеличение печени
- Увеличение желчного пузыря
- Сужение желчных протоков
- Камень в нерасширенном желчном протоке

//№6. Вопрос 5

Для механической желтухи на фоне блока внепеченочных желчных путей не типично

- анемия
- повышение в крови щелочной фосфатазы
- нормальный или пониженный белок в крови
- повышение билирубина сыворотки крови
- нормальные или умеренно повышенные уровни трансаминаз

//№6. Вопрос 6

С перемещением камня из желчного пузыря в общий желчный проток не связано следующее осложнение

- печеночная колика
- механическая желтуха
- острый гнойный холангит
- стенозирующий папиллит
- портальная гипертензия

//№6. Вопрос 7

Механическая желтуха не бывает при

- рак головки поджелудочной железы
- опухоль большого дуоденального соска
- хронический индуративный панкреатит
- камень пузырного протока
- камень общего желчного протока

//№6. Вопрос 8

Для желтухи на почве холедохолитиаза не характерно:

- Уробилинурия
- Повышение щелочной фосфатазы
- Нормальный или пониженный белок крови
- Повышение билирубина крови
- Нормальные или умеренно повышенные трансаминазы

//№6. Вопрос 9

Для механической желтухи и гнойного холангита не характерно

- возможное развитие апостематозного гепатита
- показана срочная декомпрессия желчных путей
- для больных характерны ознобы, гипокоагуляция
- частый симптом мелены
- может быть кожный зуд

//№6. Вопрос 10

Для механической желтухи не характерно

- холемия
- повышение прямого билирубина
- повышение щелочной фосфатазы
- ахолия
- резкое повышение АЛТ, АСТ

//№6. Вопрос 11

Нормальные показатели билирубина крови:

- 0,10-0,68 мк моль/л
- 8,55-20,52 мк моль/л
- 2,50-8,33 мк моль/л
- 3,64-6,76 мк моль/л
- 7,62-162,88 мк моль/л

//№6. Вопрос 12

Механическую желтуху, обусловленную холедохолитиазом надо дифференцировать со всеми заболеваниями, кроме

- Острый гепатит
- Рак желудка
- Рак большого дуоденального соска

- Рак головки поджелудочной железы
- Острый аппендицит

//№6. Вопрос 13

Для механической желтухи, обусловленной холедохолитиазом не характерно:

- Симптом Курвуазье
- Повышение прямого билирубина крови
- Повышение щелочной фосфатазы
- Резкое повышение белка крови
- Отсутствие стеркобилина в кале

//№6. Вопрос 14

Для обтурационного холедохолитиаза с недельной давностью механической желтухи не характерно  
МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ НЕ ХАРАКТЕРНО

- холемия
- уремия
- ахолия
- острый гнойный холангит
- повышенная кровоточивость

//№6. Вопрос 15

Для острого обтурационного холангита не характерно:

- Механическая желтуха
- Повышение температуры
- Уменьшение размеров печени
- Лейкоцитоз со сдвигом влево
- Увеличение печени

//№6. Вопрос 16

Переменяющаяся желтуха вызывается:

- Вклиненным камнем терминального отдела холедоха
- Опухолью холедоха
- Камнем пузырного протока
- Вентельным камнем холедоха
- Структурой холедоха

//№6. Вопрос 17

Осложнением холедохолитиаза является:

- Водянка желчного пузыря
- Эмпиема желчного пузыря
- Механическая желтуха, гнойный холангит
- Хронический активный гепатит
- Перфоративный холецистит, перитонит

//№6. Вопрос 18

Наиболее тяжелое осложнение механической желтухи

- Гнойный холангит
- Гепатит
- Водянка желчного пузыря
- Эмпиема желчного пузыря
- Печеночно - почечная недостаточность

//№6. Вопрос 19

Для обтурационного холедохолитиаза не верно

- боли часто предшествуют желтухе

- озноб является признаком острого гнойного холангита
- развивается при желтухе гипокоагуляция
- обследование начинают с ретроградной холангиографии
- показано оперативное лечение

//№6. Вопрос 20

Что не является клиническим проявлением обтурационного холедохолитиаза?

- колика-боли в эпигастрии
- тошнота, рвота
- кожный зуд, ахолия
- паразитарные заболевания печени и желчевыводящих путей
- осложнения холангита: апостематоз, склерозирующий процесс в желчных протоках

//№6. Вопрос 21

Больной механической желтухой на фоне холедохолитиаза нуждается:

- В экстренной операции
- В консервативном лечении
- В срочной операции после предоперационной подготовки
- В катетеризации чревной артерии
- В плазмоферезе

//№6. Вопрос 22

Какой объем операции при холелитиазе с механической желтухой без выраженной печеночной недостаточности:

- Холецистэктомия, холедохолитотомия с дренированием холедоха
- Микрохолецистостомия под контролем УЗИ
- Микрохолецистостомия лапароскопическая
- Холецисто-энтероанастомоз
- Холецистэктомия

//№6. Вопрос 23

Этапное малоинвазивное лечение холелитиаза и механической желтухи с печеночной недостаточностью включает все, кроме:

- Микрохолецистостомия под контролем УЗИ
- Лечение печеночной недостаточности
- Эндоскопическая папиллосфинктеротомия с литотрипсией и литоэкс-тракцией;
- Лапароскопическая холецистэктомия
- Холецистэктомия, холедохолитотомия с дренированием холедоха

//№6. Вопрос 24

Для клиники острого холангита не характерно:

- Высокая температура
- Боли в правом подреберье
- Желтуха
- Лейкоцитоз
- Неустойчивый жидкий стул

//№6. Вопрос 25

Минимальный диаметр папиллы

- 1 мм
- 3 мм
- 6 мм
- 9 мм
- 11мм

//№6. Вопрос 26

Наиболее оптимальным методом оперативного лечения стеноза папиллы является

- трансдуоденальная папиллосфинктеропластика
- эндоскопическая папиллосфинктеротомия
- холедохоеюностомия
- холедоходуоденостомия
- холецистодуоденостомия

//№6. Вопрос 27

С функциональной точки зрения наиболее оптимальным билиодигестивным анастомозом является

- холецистогастроанастомоз
- холецистодуоденоанастомоз
- холедоходуоденоанастомоз
- холедохоеюноанастомоз с выключенной петлёй по Ру
- все неверно

//№6. Вопрос 28

Какие могут быть проявления рубцового стеноза БДС?

- желтуха при просвете менее 1 мм
- стенозирование наступает после травм конкрементами (микролитиаз)
- при язвенной болезни 12-перстной кишки
- стенозирование наступает после описторхозного папиллита
- желтуха может быть без колики

//№6. Вопрос 29

Какое исследование не входит в методы диагностики рубцовых стенозов БДС

- повышение щелочной фосфатазы
- незначительное повышение АСТ, АЛТ
- РХПГ, обзорный снимок
- лапароскопия
- фистулография при наличии дренажа

//№6. Вопрос 30

Для клиники острого обтурационного холангита характерно все, кроме:

- Механической желтухи
- Озноба
- Повышения уровня билирубина
- Лейкоцитоза со сдвигом влево
- Опоясывающих болей

//№6. Вопрос 31

Для опухоли папиллы не характерен следующий симптом

- безболевая интермиттирующая желтуха
- мелена
- симптом Курвуазье
- кожный зуд
- значительное похудение в первую неделю заболевания

//№6. Вопрос 32

Клинические проявления рака Фатерова соска

- тупые ноющие боли в подреберье
- мелена
- симптом Курвуазье- увеличенный, безболезненный желчный пузырь на фоне желтухи
- увеличенная, бугристая печень
- перемежающаяся прогрессирующая желтуха

//№6. Вопрос 33

Основным методом диагностики рака папиллы является

- рентгенологический
- ультразвуковой
- томографический
- эндоскопический
- серологический

//№6. Вопрос 34

Что не характерно для диагностики рака Фатерова соска

- ФГДС с биопсией
- дуоденография
- кал на скрытую кровь
- рентгеноскопия желудка
- УЗИ, МСКТ

//№6. Вопрос 35

Радикальные методы лечения рака Фатерова соска

- холецисто(холангио)стома
- холецисто(гепатико)еюностомия с петлёй тощей кишки по Ру
- ПГДР
- папиллэктомия
- холецистодуоденостомия

//№6. Вопрос 36

При дифференциальной диагностике внепеченочной холестатической желтухи на фоне холедохолитиаза и рака головки поджелудочной железы в пользу рака говорит

- положительный симптом Курвуазье
- спленомегалия
- повышение температуры
- коликообразные боли накануне желтухи
- отсутствие зуда

//№6. Вопрос 37

Для опухоли головки поджелудочной железы не характерен следующий симптом

- безболевая механическая желтуха
- симптом Курвуазье
- значительное похудение
- мелена
- кожный зуд

//№6. Вопрос 38

Что не является клиническим проявлением рака головки поджелудочной железы?

- прогрессирующая желтуха, ахолия
- похудание, кожный зуд
- уменьшение размеров печени
- печёночная недостаточность (кровоточивость, вялость)
- симптом Курвуазье

//№6. Вопрос 39

Симптом Курвуазье характерен для следующего заболевания

- холедохолитиаз
- рак головки поджелудочной железы
- острый панкреатит

- рак тела поджелудочной железы
- обтурация пузырного протока

//№6. Вопрос 40

Для диагностики рака головки поджелудочной железы не используют

- МСКТ с болюсным контрастированием и УЗИ
- холангиографию
- дуоденографию
- пункционную биопсию
- лапароскопию

//№6. Вопрос 41

Что не входит в диагностику рака головки поджелудочной железы?

- дуоденография
- УЗИ, МСКТ
- внутривенная холангиография
- онкомаркёры
- ЭРХПГ

//№6. Вопрос 42

Наиболее оптимальным методом лечения рака головки поджелудочной железы является

- химиотерапия
- вакцинотерапия
- лучевая терапия
- хирургическая операция
- симптоматическая терапия

//№6. Вопрос 43

Радикальное лечение рака головки поджелудочной железы

- обходной билиодигестивный анастомоз (гепатикоеюностомия с петлёй по Ру)
- химиотерапия, лучевая терапия
- стентирование желчного протока
- ПГДР
- холедоходуоденостомия

//№6. Вопрос 44

В каком проценте случаев рак желчного пузыря сочетается с ЖКБ?

- 20-30
- 40-50
- 50-60
- 60-70
- 80-100

//№6. Вопрос 45

Что не входит в диагностику рака желчного пузыря?

- УЗИ
- МСКТ
- ФЭГС
- онкомаркеры
- лапароскопия

//№6. Вопрос 46

Какие паразитарные заболевания не вызывают механическую желтуху?

- очаговые поражения печени при эхинококкозе
- очаговые поражения печени при альвеококкозе

- туберкулез брюшной полости
- описторхоз – воспаление слизистой с исходом в склероз и сужение протоков
- аскаридоз – обтурация просвета аскаридами

//№6. Вопрос 47

Что не применяется в диагностике паразитарных заболеваний печени?

- общий анализ крови с формулой
- реакция Казони
- внутривенная холангиография
- УЗИ, МСКТ
- лапароскопия

//№6. Вопрос 48

Какие клинические проявления, методы диагностики и лечения не характерны при аскаридозе?

- желтуха + панкреатит при заполнении аскариды в БДС
- ФГДС-извлекают аскариду, обтурирующую БДС
- как на яйца аскарид
- онкомаркеры
- лечение консервативное

//№6. Вопрос 49

Основной причиной развития рубцовой стриктуры холедоха является

- острый гнойный холангит
- дивертикул гепатикохоледоха
- холедохоцеле
- рефлюкс дуоденального содержимого
- операционная травма протока

//№6. Вопрос 50

Что не является причиной посттравматической стриктуры гепатикохоледоха?

- коагуляционный некроз во время операции
- пересечение гепатикохоледоха
- зондирование общего желчного протока во время операции
- прошивание стенки гепатикохоледоха
- частичное повреждение стенки гепатикохоледоха

//№6. Вопрос 51

Какой метод декомпрессии желчных путей не применим при посттравматической стриктуры гепатикохоледоха?

- чрезкожная чрезпечёночная холангиостомия
- потерянный дренаж через БДС
- холецистостомия под УЗИ
- лапаротомия, гепатикостомия
- балонная дилатация рубцовой стриктуры

//№6. Вопрос 52

Что не является врождённым пороком развития желчных путей?

- атрезия желчных протоков различной протяженности
- рубцовая стриктура гепатикохоледоха
- истинная киста гепатикохоледоха
- дивертикулы холедоха
- идеопатическое расширение холедоха

//№6. Вопрос 53

Какие методы диагностики не применяются при паренхиматозной желтухе?



- МРХПГ
- АСТ, АЛТ
- внутривенная холангиография
- лапароскопия, биопсия для выявления активности гепатита
- ЭРХПГ

// №6. Вопрос 54

Какой метод исследования не применяется при гемолитической желтухе?

- содержание сывороточного железа в крови
- лейкоциты крови
- изучение осмотической резистентности эритроцитов
- УЗИ, МРХПГ - все протоки узкие
- гемоглобин и количество эритроцитов

// №6. Вопрос 55

Что не характерно для механической желтухи?

- увеличенный желчный пузырь
- рано повышается прямая фракция билирубина
- УЗИ, МРХПГ, РХПГ - расширение желчных протоков
- окрашенный кал
- интенсивный кожный зуд при опухолях

// № 7. Вопрос 1

Какое место занимает острая кишечная непроходимость от всех хирургических заболеваний?

- 1-2%
- 1,5-2%
- 2-3%
- 2,5-4%
- более 5 %

// № 7. Вопрос 2

Каков процент летальности при острой кишечной непроходимости?

- 5-10%
  - 10-15%
  - 15-20%
  - 20-25%
  - до 30%
- }

// № 7. Вопрос 3

Каков процент острой спаечной кишечной непроходимости?

- 20-30%
  - 30-40%
  - 40-50%
  - 50-60%
  - более 60%
- }

// № 7. Вопрос 4

Что не входит в классификацию острой кишечной непроходимости?

- полная, не полная
- острая, подострая
- хроническая
- рецидивирующая
- персистирующая

}

// № 7. Вопрос 5

Что не входит в причины образования спаек брюшной полости?

- Травмирование брюшины (операции)
- инфекция, воспаление, аутоиммунный фактор
- инородные тела ( дренажи)
- сгустки крови
- недостаточное промывание брюшной полости

}

// № 7. Вопрос 6

Что не входит в этиологию предрасполагающих и производящих факторов при ОКН?

- спайки
- аномалии развития
- опухоли
- застойные явления в желудке
- внезапное повышение внутрибрюшного давления

}

// № 7. Вопрос 7

Что не входит в звенья патогенеза при ОКН?

- волевические и гемодинамические расстройства (дегидротация)
- нарушение моторики кишечника
- нарушение микробной экосистемы с транслокацией микробов в v.porte
- эндогенная интоксикация
- повышенная секреция поджелудочной железы

// № 7. Вопрос 8

Что не является патогенетическим обоснованием в развитии ОКН?

- дегидратация (гипохлоремия, гипокалиемия, гипонатриемия)
- внеклеточный алкалоз, внутриклеточный ацидоз
- значительный выброс ферментов в портальную систему
- нарушение микроциркуляции и некрозы в кишке
- угнетение эндокринной функции кишечника (нет мотилина - нет перистальтики)

}

// № 7. Вопрос 9

С каким заболеванием не проводят дифференциальную диагностику ОКН?

- с заболеваниями, имеющими приступообразные боли (пищевая токсикоинфекция, почечная колика, перекрут кисты яичника)
- высокой с низкой
- странгуляционной с обтурационной
- механической с динамической
- с дивертикулом Меккеля

}

// № 7. Вопрос 10

Какой симптом не определяет течение ОКН?

- жажда, икота, тахикардия
- вздутие живота (неравномерное с тимпанитом- с-м Валя, равномерное при низкой непроходимости)
- шум плеска (с-м Склярова)
- положительный симптом Щеткина-Блюмберга
- вмещение не более 500 мл. клизмных вод- (с-м Цеге-Мантейфеля)

}

// № 7. Вопрос 11

Какой из симптомов соответствует острой кишечной непроходимости?

- постоянные боли в животе
  - схваткообразные боли в животе
  - рвота цвета кофейной гущи
  - доскообразный живот
  - при аускультации кишечника шумы отсутствуют
- }

// № 7. Вопрос 12

Назовите решающий метод исследования в постановке диагноза острая кишечная непроходимость?

- эзофагогастродуоденоскопия
  - лапароскопия
  - ультразвуковое исследование
  - обзорная рентгеноскопия брюшной полости
  - биохимический анализ крови
- }

// № 7. Вопрос 13

При каком виде кишечной непроходимости могут быть кровянистые выделения из заднего прохода?

- паралитической
  - спастической
  - инвагинации
  - спаечной
- }

// № 7. Вопрос 14

В каком случае применяют только консервативное лечение острой кишечной непроходимости?

- заворот
  - злообразование
  - паралитическая непроходимость
  - обтурационная непроходимость
  - инвагинация
- }

// № 7. Вопрос 15

Что не входит в задачу при выполнении операции при ОКН?

- установление и устранение причин
- оценка жизнеспособности кишечника
- декомпрессия ЖКТ с блокадой корня брыжейки
- санация и дренирование брюшной полости
- мобилизация 12-перстной кишки по Кохеру

// № 7. Вопрос 16

Что не входит в способы оценки жизнеспособности кишки?

- по цвету ( после согревания кишки)
- по перистальтике
- по пульсации сосудов (доплерографическая оценка пульсации сосудов)
- по термометрии кишки
- по диаметру кишки

// № 7. Вопрос 17

Какую терапию рациональнее всего произвести больному с раком слепой кишки, осложненным острой кишечной непроходимостью в ранние сроки?

- правостороннюю гемиколэктомию
- наложение илеостомы
- операций Гартмана
- тотальная колэктомия

// № 7. Вопрос 18

Для низкой толстокишечной непроходимости характерно все, кроме:

- постепенного нарастания симптомов
- вздутия живота
- появления чаш Клойбера
- задержки стула
- быстрой плазмопотери

// № 7. Вопрос 19

Причиной развития паралитической кишечной непроходимости может быть все, кроме:

- перитонит
- свинцовое отравление
- острый панкреатит
- забрюшинная гематома
- травма брюшной полости

// № 7. Вопрос 20

Дегидратация организма наиболее быстро развивается при:

- завороте тонкой кишки
- завороте поперечно~ободочной кишки
- завороте сигмовидной кишки
- опухоли прямой кишки с явлениями кишечной непроходимости
- обтурационной толстокишечной непроходимости

// № 7. Вопрос 21

Появление " шума плеска " при острой кишечной непроходимости объясняется:

- наличием выпота в брюшной полости
- скоплением жидкости и газа в приводящей петле кишечника
- скоплением жидкости и газа в отводящей петле кишечника
- наличием свободного газа в брюшной полости
- все перечисленное неверно

// № 7. Вопрос 22

Для паралитической кишечной непроходимости характерно все, кроме:

- боли ноющего характера в животе
- схваткообразные боли в животе
- равномерное вздутие живота
- задержка стула и газов
- перистальтика кишок отсутствует

// № 7. Вопрос 23

Характерными признаками острой механической кишечной непроходимости являются все, кроме:

- схваткообразные боли в животе
- асимметрия живота

- рвота
- задержка стула и газов
- постоянные боли в животе

// № 7. Вопрос 24

Для острой кишечной непроходимости характерен следующий рентгенологический признак:

- свободный газ под правым куполом диафрагмы
  - симптом Валя
  - симптом Обуховской больницы
  - чаши Клойбера
  - симптом Склярова
- }

// № 7. Вопрос 25

Наиболее частой причиной тонкокишечной механической непроходимости являются:

- инородные тела
- желчные камни
- опухоли
- спайки брюшной полости
- гельминты

// № 7. Вопрос 26

Характерный признак острой обтурационной толстокишечной непроходимости:

- постоянные боли в животе
  - "ладьевидный живот"
  - задержка стула и газов
  - неукротимая рвота
  - отсутствие перистальтических шумов в животе
- }

// № 7. Вопрос 27

Для высокой тонкокишечной непроходимости характерно все, кроме:

- схваткообразные боли в животе
  - "шум плеска" - симптом Склярова
  - многократная рвота
  - симптом Цеге-Мантейфеля
  - чаши Клойбера при обзорной рентгенографии брюшной полости
- }

// № 7. Вопрос 28

Для кишечной непроходимости на почве тонко - толстокишечной инвагинации характерно:

- "овечий кал"
- кровавистые выделения из прямой кишки
- постоянные боли в животе
- атония сфинктера прямой кишки
- доскообразный живот

// № 7. Вопрос 29

Какое диагностическое мероприятие проводится в первую очередь при подозрении на острую кишечную непроходимость?

- ангиография чревной артерии
- гастродуоденоскопия
- обзорная рентгенография брюшной полости
- УЗИ
- лапароскопия

}

// № 7. Вопрос 30

Обтурационная кишечная непроходимость чаще всего вызывается:

- инородными телами
- желчными камнями
- спайками брюшной полости
- злокачественными опухолями
- гельминтами

}

// № 7. Вопрос 31

Заворот тонкой кишки относится к одному из следующих видов кишечной непроходимости:

- обтурационной
- странгуляционной
- смешанной
- спастической
- паралитической

// № 7. Вопрос 32

Симптомы Цеге-Мантейфеля и Обуховской больницы характерны, для какого вида кишечной непроходимости?

- илеоцекальной инвагинации
- обтурации опухолью восходящей кишки
- заворота тонкой кишки
- заворота сигмовидной кишки
- заворота слепой кишки

}

// № 7. Вопрос 33

При завороте сигмовидной кишки операция показана в тех случаях, когда:

- больной моложе 60 лет
- имеются явления перитонита
- отсутствием эффект от проведенной консервативной терапии
- срок заболевания менее суток
- во всех без исключения случаях

}

// № 7. Вопрос 34

При операции у больного с кишечной непроходимостью необходимо выполнить все, кроме:

- восстановить проходимость кишечной трубки
- произвести новокаиновую блокаду корня брыжейки тонкой кишки
- оценить жизнеспособность измененного отдела кишечника
- энтеротомия и эвакуация кишечного содержимого путем "выдаивания"
- назоинтестинальная интубация

}

// № 7. Вопрос 35

Схваткообразные боли в животе не наблюдается при:

- обтурации толстой кишки опухолью
- завороте тонкой кишки
- завороте толстой кишки
- паралитической кишечной непроходимости
- узлообразовании

}

// № 7. Вопрос 36

Для заворота тонкой кишки не характерно:

- схваткообразные боли
  - асимметрия живота
  - "шум плеска"
  - рвота
  - симптом Обуховской больницы
- }

// № 7. Вопрос 37

Наиболее информативным методом диагностики острой кишечной непроходимости является:

- ультразвуковое исследование
  - лапароскопия
  - обзорная рентгенография брюшной полости
  - гастроскопия
  - колоноскопия
- }

// № 7. Вопрос 38

Выберите правильную тактику в лечении начальной стадии обтурационной кишечной непроходимости?

- только консервативное лечение
- экстренная операция
- плановая, операция
- оперативное лечение при неэффективности консервативных мероприятий
- назоинтестинальная интубация

// № 7. Вопрос 39

Лечение динамической кишечной непроходимости:

- только консервативное
  - экстренная операция
  - отсроченная операция
  - плановая операция
  - оперативное при отсутствии эффекта от консервативного
- }

// № 7. Вопрос 40

Какое осложнение рака ободочной кишки создает наибольшие трудности при выборе операции:

- кровотечение
  - обструкция кишки
  - отдалённые метастазы
  - изъязвление
  - перфорация и перитонит
- }

// № 7. Вопрос 41

Кал в виде "малинового желе" характерен для:

- стеноза привратника
  - дивертикула Меккеля
  - заворота тонкой кишки
  - злообразования
  - инвагинации
- }

// № 7. Вопрос 42

Что из перечисленного неверно в отношении высокой тонкокишечной непроходимости?

- чаши Клойбера в верхней половине живота
  - раннее равномерное вздутие живота
  - ранняя повторная рвота
  - схваткообразные боли
  - быстрое ухудшение состояния больного
- }

// № 7. Вопрос 43

Причины динамической кишечной непроходимости все, кроме:

- свинцовая колика
  - печеночная колика
  - уремия
  - порфирия
  - перитонит
- }

// № 7. Вопрос 44

Методом выбора при лечении острого заворота сигмовидной кишки является:

- колостомия
  - резекция с первичным анастомозом
  - обструктивная резекция
  - деторзия сигмы и мезосигмопликация
  - ликвидация заворота
- }

// № 7. Вопрос 45

Причиной обтурационной кишечной непроходимости может быть все, кроме:

- воспалительного инфильтрата
  - перекрута брыжейки кишки
  - желчного камня
  - инвагинации
  - гельминтов.
- }

// № 7. Вопрос 46

Звучные перистальтические шумы в начале заболевания характерны для:

- паралитической кишечной непроходимости
  - перфоративной язвы желудка
  - тромбоза мезентериальных сосудов
  - механической кишечной непроходимости
  - острого холецистита
- }

// № 7. Вопрос 47

Самая частая причина механической непроходимости:

- опухоли тонкой кишки
  - внутренние грыжи
  - желчные камни
  - спайки и сращения
  - тупая травма живота
- }

// № 7. Вопрос 48

Диагноз острой кишечной непроходимости устанавливается:



- на основе клиники заболевания и рентгенологической картины
- на основе анамнеза и лабораторных данных
- на основе анамнеза, клинического обследования и лабораторных данных
- на основе клинического течения заболевания
- только на основе рентгенологического обследования

// № 7. Вопрос 49

Наиболее характерен для острой высокой кишечной непроходимости?

- быстрое снижение ОЦК
- неукротимая рвота
- вздутие живота первые часы заболевания
- быстрое обезвоживание
- схваткообразные боли

// № 7. Вопрос 50

Для острой высокой кишечной непроходимости не характерно:

- быстрое снижение ОЦК
- неукротимая рвота
- вздутие живота в первые часы заболевания
- быстрое обезвоживание
- схваткообразные боли

// № 7. Вопрос 51

Болевой синдром при непроходимости кишечника характеризуется:

- постоянной тупой болью в животе
- острой "кинжальной" болью
- незначительными интермитирующими болями в различных отделах брюшной полости;
- сильными схваткообразными болями
- сильной постоянной болью в животе

// № 7. Вопрос 52

Провоцировать развитие острой кишечной непроходимости может:

- слабость мышц живота
- злоупотребление алкоголем
- употребление острой и жирной пищи
- употребление большого количества пищи, богатой клетчаткой
- психотравма

// № 7. Вопрос 53

Для тонкотолстокишечной инвагинации не характерно лишь:

- кровянистые выделения из прямой кишки
- острое развитие у детей
- пальпируемое опухолевидное образование в правой подвздошной области;
- схваткообразные боли в животе
- преимущественное развитие у взрослых

// № 7. Вопрос 54

При острой obturatorной толстокишечной непроходимости наблюдается все, кроме:

- схваткообразных болей в животе
- вздутия живота
- постепенного развития перитонита

- постоянных болей в животе
- задержки стула и газов

}

// № 7. Вопрос 55

Наиболее частой локализацией инвагинации является:

- слепая кишка
- илеоцекальный сегмент
- илео~илеальный (подвздошно~подвздошный) сегмент
- сигмовидная кишка
- ректосигмоидный отдел

}

// № 7. Вопрос 56

Инвагинация относится к непроходимости:

- спастической
- паралитической
- обтурационной
- странгуляционной
- смешанной

}

// № 7. Вопрос 57

Не нарушается кровоснабжение в брыжейке кишки при:

- завороте
- обтурации
- злообразовании
- инвагинации
- ущемлении

// № 7. Вопрос 58

На выбор лечебной тактики при острой кишечной непроходимости не влияет лишь:

- вид непроходимости
- уровень непроходимости
- наличие перитонеальных симптомов
- интенсивность болей
- рентгенологические данные

}

// № 7. Вопрос 59

Основным симптомом обтурационной кишечной непроходимости является:

- постоянные боли в животе
- схваткообразные боли в животе
- рвота цвета "кофейной гущи"
- вздутие живота
- мелена

}

// № 7. Вопрос 60

Дегидратация организма наиболее быстро развивается при:

- завороте тонкой кишки
- завороте сигмовидной кишки
- опухоли прямой кишки с явлениями кишечной непроходимости обтурационной толстокишечной непроходимости
- илеоцекальной инвагинации

// № 7. Вопрос 61

Основной причиной паралитической кишечной непроходимости считается:

- заворот
  - инвагинация
  - перитонит
  - каловый завал
  - травма живота
- }

// № 7. Вопрос 62

При острой кишечной непроходимости целесообразна лишь:

- гастростомия
  - гемиколэктомия в сочетании с энтеростомией
  - резекция участка кишки
  - колостомия
  - операция Микулича
- }

// № 7. Вопрос 63

При подозрении на острую кишечную непроходимость в первую очередь производится:

- обзорная рентгенография брюшной полости
- исследование пассажа бария по кишечнику
- эзофагогастродуоденоскопия
- лапароскопия
- биохимический анализ крови

// № 7. Вопрос 64

Спастический илеус возникает:

- при гипокалиемии
  - при порфириновой болезни
  - при панкреатите
  - при перитоните
  - ни при одном из этих состояний
- }

// № 7. Вопрос 65

Боль при кишечной непроходимости характеризуется всем, кроме того, что она:

- периодическая
  - слабее между приступами
  - локализуется в области пупка
  - коликообразования
  - начинается постепенно
- }

// № 7. Вопрос 66

Самые худшие результаты лечения наблюдаются при:

- паралитической кишечной непроходимости
  - инвагинации
  - окклюзии брыжеечных сосудов
  - спайках брюшной полости
  - обтурационной тонкокишечной непроходимости
- }

// № 7. Вопрос 67

При узлообразовании, ущемлении кишки и завороте:

- следует проводить консервативные мероприятия по разрешению непроходимости
  - показана экстренная операция
  - предпочтительна операция в "холодном" периоде
  - необходимо динамическое наблюдение
  - все ответы не верны
- }

// № 7. Вопрос 68

Для низкой тонкокишечной непроходимости характерно все, кроме:

- постепенного нарастания симптомов
  - вздутия живота
  - появление чаш Клойбера
  - задержки стула
  - быстрого (в течение суток) обезвоживания
- }

// № 7. Вопрос 69

Операцией выбора при раке слепой кишки в ранние сроки является:

- правосторонняя гемиколэктомия с илеотрансверзоанастомозом
- наложение илеостомы
- наложение цекостомы
- операция Гартмана
- операция Микулича

// № 7. Вопрос 70

По механизму возникновения непроходимость кишечника делится на:

- механическую и динамическую
  - толстокишечную, тонкокишечную и смешанную
  - обтурационную, странгуляционную и смешанную
  - высокую и низкую
  - паралитическую и спастическую
- }

// № 7. Вопрос 71

Для лечения паралитического илеуса проводится все, кроме:

- назогастральной аспирации
- внутривенной инфузии
- седативных средств
- немедленной лапаротомии
- паранефральной блокады

// № 7. Вопрос 72

Операцией выбора при низкой толстокишечной обтурационной непроходимости с сильно раздутой, но жизнеспособной приводящей петлей, является:

- резекция желудка
  - обходной анастомоз
  - наложение колостомы
  - операция Нобля
  - гемиколэктомия
- }

// № 7. Вопрос 73

Длительный послеоперационный парез кишечника нужно лечить:

- повторной операцией

- назоинтестинальной интубацией тонкой кишки
- холинэргетиками
- колостомия
- всеми этими средствами

// № 7. Вопрос 74

Заворот кишки может возникнуть:

- в дистальной части подвздошной кишки
- в сигмовидной кишке
- в слепой кишке
- во всех отделах кишечника

// № 7. Вопрос 75

Какую операцию нужно сделать больному при раке печеночного угла толстой кишки, осложненной острой кишечной непроходимостью:

- правостороннюю гемиколэктомию
- наложение обходного илеотрансверзоанастомоза
- подвесную йлеостомию
- цекостомию
- резекцию кишки с опухолью

// № 7. Вопрос 76

При нежизнеспособной петле тонкой кишки производится:

- резекция приводящей петли, отступя 20 см от некроза
- резекция кишки в пределах видимой границы некроза
- наложение обходного анастомоза
- выведение кишки
- резекция, отводящей петли, отступя 15-20 см от некроза и приводящей на 40 см

// № 7. Вопрос 77

При острой кишечной непроходимости практически не используется лишь:

- ангиография чревной артерии
- лабораторные исследования
- аускультация живота
- обзорная рентгенография брюшной полости
- пальпация живота, пальцевое исследование прямой кишки

// № 7. Вопрос 78

Проба Шварца - это проба на:

- наличие билирубина~глюкуронида
- переносимость лекарств
- исследование пассажа бария по кишечнику
- коагулопатию
- наличие крови в кале

// № 7. Вопрос 79

Наиболее быстрое развитие некроза кишки возникает при:

- обтурации подвздошной кишки опухолью
- обтурация толстой кишки опухолью
- обтурация просвета тощей кишки желчным камнем
- узлообразование
- обтурация просвета толстой кишки каловым камнем

}

// № 7. Вопрос 80

Диагноз острой кишечной непроходимости ставится на основании:

- характера болей и рентгенологической картины
- анамнеза и лабораторных данных
- клинического течения заболевания
- рентгенологической картины
- физикального обследования

}

// № 7. Вопрос 81

Какой вид острой кишечной непроходимости вызывает ретроградное ущемление тонкой кишки?

- спаечную
- функциональную
- обтурационную
- странгуляционную
- смешанную (обтурация + странгуляция).

}

// № 7. Вопрос 82

Выберите правильную тактику в начальной стадии обтурационной кишечной непроходимости:

- только консервативное лечение
- экстренная операция
- плановая операция
- оперативное лечение при неэффективности консервативных мероприятий
- назогастральная интубация.

}

// № 7. Вопрос 83

На плановой операции по поводу рака сигмовидной кишки, у больного 57 лет, обнаружен одиночный метастаз в левой доле печени, состояние больного удовлетворительное. Тактика хирурга?

- наличие метастаза указывает, что опухоль неоперабельна, поэтому следует ограничиться наложением двустольной сигмостомы
- произвести обструктивную резекцию сигмы
- произвести резекцию сигмы, с наложением анастомоза и резекцию левой доли печени
- наложить трансверзостому
- произвести левостороннюю гемиколэктомию

}

// № 7. Вопрос 84

Больной экстренно оперирован по поводу острой кишечной непроходимости, на операции выявлен заворот сигмовидной кишки на 360 градусов. Поперечно-ободочная и нисходящая кишка раздуты, содержат жидкое содержимое и газ; подвздошная кишка обычного диаметра. Выполнено расправление заворота, блокада брыжейки раствором новокаина, согревание кишки. Сигмовидная кишка признана жизнеспособной. Оптимальным вариантом завершения операции является: а) резекция сигмовидной кишки; б) наложение обходного илео-сигмо анастомоза; в) трансанальная интубация левой половины толстой кишки; г) интестинопликация по Ноблю; д) мезо-сигмопликация по Гагенторну. Выберите правильную комбинацию ответов:

- а,б
- в,г
- а,д
- б,д
- в,д.

}

// № 7. Вопрос 85

Ежесуточный объем секретов, соков и жидкостей (без твердой пищи), поступающих в просвет ЖКТ взрослого здорового человека ЛОВЕКА, составляет

- около 1 литра
- около 2 литров
- около 3 литров
- около 4 литров
- около 5-8 литров

// № 7. Вопрос 86

Не существует кишечной непроходимости

- динамической
- спастической
- паралитической
- клинической
- механической

// № 7. Вопрос 87

Нет механической кишечной непроходимости

- функциональной
- обтурационной
- странгуляционной
- смешанной

// № 7. Вопрос 88

Нет обтурационной кишечной непроходимости

- интраорганной (инородные тела, желчные камни)
- интрамуральной (опухоль, рубцовая стриктура)
- экстраорганной (киста, опухоль матки)
- интраорганной (глистная инвазия)
- экстраорганной (заболевания нервной системы, истерия)

// № 7. Вопрос 89

Нет странгуляционной острой кишечной непроходимости (окн) на почве

- злообразования
- заворота
- ущемленной грыжи наружной
- ущемленной грыжи внутренней
- тромбоза мезентеральных сосудов

// № 7. Вопрос 90

К смешанной кишечной непроходимости относят

- инвагинацию
- болезнь Крона
- недостаточность баугиниевой заслонки
- дискинезию кишечника
- желчный перитонит

// № 7. Вопрос 91

По клиническому течению не выделяют механическую ОКН

- раннюю
- острую
- хроническую
- полную

- частичную

// № 7. Вопрос 92

По уровню развития механической ОКН не выделяют

- высокую
- срединную
- низкую
- тонкокишечную
- толстокишечную

// № 7. Вопрос 93

Брыжеечные сосуды всегда сдавливаются при непроходимости кишечника

- паралитической
- спастической
- странгуляционной
- обтурационной
- приобретенной

// № 7. Вопрос 94

Развитию странгуляционной кишечной непроходимости менее всего способствует

- длинная узкая брыжейка
- наличие шнуровидных спаек
- наличие грыжевых ворот
- повышение внутрибрюшного давления
- обильный прием жирной и жареной пищи

// № 7. Вопрос 95

Не нарушается кровообращение в брыжеечных сосудах при

- злообразовании
- завороте
- инвагинации
- обтурации
- ущемлении

// № 7. Вопрос 96

Для непроходимости кишечника наименее характерен симптом

- схваткообразные боли в животе
- многократная рвота
- периодическое отхождение зловонных газов
- вздутие живота
- отсутствие стула

// № 7. Вопрос 97

Симптом Валя - Это

- сухой язык
- неприятный запах изо рта
- асимметрия живота с видимой перистальтикой кишечника, пальпируемой перерастянутой кишкой
- неравномерное вздутие живота
- рвота с каловым запахом

// № 7. Вопрос 98

Симптом Склярова – Это

- болезненность во всех отделах живота при пальпации
- шум плеска в кишечнике при пальпации
- метеоризм в илеоцекальном углу



- напряжение мышц передней брюшной стенки
- вздутие живота

// № 7. Вопрос 99

Никогда не выявляют у больных с кишечной непроходимостью при пальцевом ректальном исследовании

- заворот сигмы
- каловые камни
- опухоль прямой кишки
- баллонообразное вздутие ампулы прямой кишки (симптом Обуховской больницы)
- инвагинат

// № 7. Вопрос 100

Симптом Цеге-Мантейфеля – Это, когда взрослому при завороте сигмы с помощью клизмы удается ввести жидкости не более

- 100 мл
- 200 мл
- 500 мл
- 1000 мл
- 1500 мл

// № 7. Вопрос 101

Наименее характерно для непроходимости кишечника

- лейкоцитоз
- гипокалиемия
- гипохлоремия
- гипонатриемия
- гиперволемиа

// № 7. Вопрос 102

Кровянистые выделения из заднего прохода характерны для вида ОКН

- паралитической
- спастической
- заворота тонкой кишки
- инвагинации
- спаечной

// № 7. Вопрос 103

Для обтурационной толстокишечной непроходимости не характерно

- постепенное нарастание симптомов
- вздутие живота
- появление схваткообразных болей
- выявление задержки стула
- быстрое обезвоживание

// № 7. Вопрос 104

Наименее характерно для первых часов развития стронгуляционной кишечной непроходимости

- схваткообразные боли
- значительная интенсивность болей во время схваток
- полное исчезновение болей между схватками
- рефлекторная рвота
- тошнота

// № 7. Вопрос 105

Для изменений в приводящей кишке при кишечной непроходимости не характерно

- развивается отек со сдавливанием вен в стенке кишки
- перерастяжение стенки и нарушение микроциркуляции
- гипоксия тканей
- увеличение проницаемости стенки кишки с транслокацией бактерий через слизистую оболочку
- усиление всасывания жидкостей

// № 7. Вопрос 106

Причиной паралитической кишечной непроходимости не является

- перитонит
- отравление свинцом
- острый панкреатит
- забрюшинная гематома
- тромбоз мезентериальных сосудов

// № 7. Вопрос 107

В первую очередь при подозрении на кишечную непроходимость необходимо выполнить

- пассаж бария по кишечнику
- лапароскопию
- обзорную рентгенографию брюшной полости на свободный газ
- обзорную рентгенографию брюшной полости на чаши Клойбера
- колоноскопию

// № 7. Вопрос 108

Не следует проводить при подозрении на странгуляционную кишечную непроходимость

- обзорный снимок брюшной полости стоя
- многочасовой пассаж бария по кишечнику
- ирригоскопию
- лапароскопию
- УЗИ брюшной полости

// № 7. Вопрос 109

Чаши Клойбера появляются через 1-2 часа от начала заболевания при непроходимости

- обтурационной
- странгуляционной
- спаечной
- обтурационной и странгуляционной
- обтурационной и спаечной

// № 7. Вопрос 110

Для спаечной тонкокишечной непроходимости не характерно

- чаши Клайбера в верхней части живота
- ранняя рвота
- раннее равномерное вздутие живота
- схваткообразные боли
- быстрое ухудшение состояния

// № 7. Вопрос 111

Не характерны кровянистые выделения из прямой кишки для

- заворота сигмы с некрозом
- опухолю сигмы
- опухолю ободочной кишки
- мезентериального тромбоза
- инвагинации

// № 7. Вопрос 112

При злообразовании и завороте показано

- консервативное лечение
- экстренная операция (в течение 3 часов)
- срочная операция (через 12 часов)
- плановая операция
- консервативное лечение 12 часов, при неэффективности операция

// № 7. Вопрос 113

При консервативном лечении кишечной непроходимости, вероятнее всего, не назначите

- в/в введение физиологического раствора
- спазмолитики
- очистительную клизму
- дренирование желудка
- наркотики

// № 7. Вопрос 114

Перед операцией при тонкокишечной непроходимости, как правило, в назначение не входит

- коргликон
- раствор глюкозы
- мочегонное
- наркотик
- димедрол

// № 7. Вопрос 115

Не является обязательным этапом операции при кишечной непроходимости

- обезболивание
- операционный доступ
- осмотр, новокаиновая блокада корня брыжейки и декомпрессия кишечника
- устранение непроходимости и определение жизнеспособности кишки
- резекция кишки

// № 7. Вопрос 116

Консервативным лечением, как правило, ограничиваются при

- динамической непроходимости
- обтурации желчным камнем
- обтурации опухолью
- завороте
- злообразовании

// № 7. Вопрос 117

Худшие результаты лечения наблюдаются при острой кишечной непроходимости

- паралитической
- спастической
- обтурационной
- странгуляционной
- динамической

// № 7. Вопрос 118

Жизнеспособность кишки менее всего определяется с помощью

- осмотра
- пальпации
- спектроскопии
- доплерографии
- электромиографии

// № 7. Вопрос 119

Наименее информативным признаком некроза кишки является

- вид и состояние брюшинного покрова кишки
- толщина кишечной стенки
- цвет кишки
- перистальтика
- пульсация сосудов

// № 7. Вопрос 120

Приводящую кишку пересекают от видимого некроза в:

- 10-20 см
- 20-30 см
- 40-50 см
- 50-70 см
- 70-90 см

// № 7. Вопрос 121

Наиболее физиологичным является тонкокишечный анастомоз

- продольный бок в бок
- конец в бок
- конец в конец
- бок в конец
- поперечный бок в бок

// № 7. Вопрос 122

Илеоцикальная инвагинация чаще всего встречается

- у детей
- у мужчин среднего возраста
- у женщин среднего возраста
- у пожилых
- у стариков

// № 7. Вопрос 123

У пожилой наиболее частой причиной кишечной непроходимости является

- инвагинация
- заворот сигмы
- ущемленная грыжа и опухоль толстой кишки
- спаечная непроходимость
- мезентериальный тромбоз

// № 7. Вопрос 124

У лиц молодого возраста наиболее частой причиной кишечной непроходимости является

- инвагинация
- завороток сигмы
- ущемленная грыжа и опухоль толстой кишки
- спаечная непроходимость
- мезентериальный тромбоз

// № 7. Вопрос 125

При кишечной непроходимости и крайне тяжелом состоянии больного с опухолью восходящей ободочной кишки наиболее предпочтительна операция

- обходной илеотрансверзоанастомоз
- правосторонняя гемиколэктомия с илеотрансверзостомией
- правосторонняя гемиколэктомия, илеотрансверзостомия, туалет и дренирование брюшной полости
- илеотрансверзостомия, туалет и дренирование брюшной полости

- цекостомия

// № 7. Вопрос 126

При подвижной опухоли селезеночного угла толстой кишки без перитонита на фоне острой кишечной непроходимости выполните

- двухствольную трансверзостомию
- левостороннюю гемиколэктомию, трансверзостомию
- левостороннюю гемиколэктомию, трансверзосигмоанастомоз
- трансверзосигмоанастомоз
- левостороннюю гемиколэктомию с трансверзостомой и проксимальной сигмостомой

// № 7. Вопрос 127

Никогда не входит в программу вмешательства при инвагинации

- дезинвагинация
- резекция кишки
- илеостомия
- колостомия
- обходной анастомоз

// № 7. Вопрос 128

Не является причиной спайкообразования после лапаротомии

- повышенная активность больного (ходит со 2 дня после операции)
- хронический воспалительный процесс в брюшной полости
- кровь в брюшной полости
- повреждения брюшины
- дренажи

// № 7. Вопрос 129

Менее всего способствует восстановлению перистальтики кишечника после операции

- раннее кормление
- клизмы
- прозерин
- электростимуляция
- массаж

// № 7. Вопрос 130

Неверно для операции по поводу спаеной кишечной непроходимости

- показано пересечение спаек
- возможна резекция кишки
- необходимо ушивание десерозированных участков кишки
- необходим тщательный туалет брюшной полости с промыванием раствором фибринолитиков
- операция гарантирует избавление от болезни

// № 7. Вопрос 131

Наиболее частый исход операции по поводу кишечной непроходимости

- развитие спаечной болезни
- формирование абсцессов брюшной полости
- внутреннее кровотечение
- несостоятельность швов на кишке
- выздоровление

// № 7. Вопрос 132

Начинают кормить больных после операции

- с 1 суток
- со 2 суток

- с 3 суток
- с 4-5 суток
- после восстановления перистальтики

// № 7. Вопрос 133

После широкой срединной лапаротомии пациентам среднего возраста разрешают ходить, как правило, на

- 1-2 сутки
- 2-3 сутки
- 3-4 сутки
- 5-7 сутки
- 7-9 сутки

// № 7. Вопрос 134

Менее всего подходит для программы послеоперационной дезинтоксикационной терапии при кишечной непроходимости

- декомпрессия кишечника
- в/в вливания
- форсированный диурез
- антикоагулянтная терапия
- антибиотикотерапия

// № 7. Вопрос 135

В ранних стадиях заболевания при острой кишечной непроходимости в организме не развивается

- Гиперкалиемия
- Дегидратация
- Гипохлоремия
- Повышение гематокрита
- Гипокалиемия

// № 7. Вопрос 136

Основной симптом обтурационной кишечной непроходимости

- Постоянные боли в животе
- Схваткообразные боли в животе
- Рвота цвета кофейной гущи
- мелена
- Доскообразный живот

// № 7. Вопрос 137

При диагностике острой кишечной непроходимости, как правило, не выполняется

- Обзорная рентгенография брюшной полости
- Исследование пассажа бария по кишечнику
- Эзофагогастродуоденоскопия
- Лапароскопия
- Латероскопия

// № 7. Вопрос 138

Консервативное лечение при острой кишечной непроходимости применяют при

- Завороте толстой кишки
- Узлообразовании
- Странгуляционной непроходимости
- Завороте тонкой кишки
- Инвагинации

// № 7. Вопрос 139

Хирургическая тактика при острой кишечной непроходимости менее всего зависит от:

- Вида непроходимости
- Локализация уровня непроходимости
- Наличия перитонеальных симптомов
- Интенсивности перистальтики
- Интенсивности болей

// № 7. Вопрос 140

Для низкой обтурационной толстокишечной непроходимости менее всего характерно:

- Постепенное нарастание симптомов
- Вздутие живота
- Появление чаш Клойбера
- Задержка стула
- Быстрое обезвоживание

// № 7. Вопрос 141

Появление «шума плеска» при острой кишечной непроходимости объясняется:

- Наличием выпота в брюшной полости
- Скоплением жидкости и газа в приводящей петле кишечника
- Наличием свободного газа в брюшной полости
- Скоплением жидкости и газов по флангам живота
- Скоплением жидкости и газов в отводящей петле кишечника

// № 7. Вопрос 142

Для паралитической кишечной непроходимости характерно:

- Асимметрия живота
- Отхождение стула и газов
- Схваткообразные боли в животе
- Резкое равномерное вздутие живота
- Симптом Цеге-Мантейфеля

// № 7. Вопрос 143

Лечебные мероприятия при обтурационной кишечной непроходимости исключают:

- Введение спазмолитиков
- Назначение сифонной клизмы
- Коррекцию водно-электролитных нарушений
- Введение промедола
- Введении препаратов, улучшающих работу сердца

// № 7. Вопрос 144

Больной 75 лет с острой кишечной непроходимостью трехсуточной давности на почве рака сигмы показана следующая тактика:

- Обследование и выполнение операции через 48-72 часа
- Строго консервативная терапия
- Инфузионная терапия и повторные сифонные клизмы
- Подготовка к операции Гартмана (1 этап) в течение 2-3 часов
- Экстренно резекция сигмы с анастомозом конец в конец

// № 7. Вопрос 145

Обезвоживание организма при острой кишечной непроходимости наиболее быстро развивается при:

- Спастической кишечной непроходимости
- Паралитической кишечной непроходимости
- Обтурации поперечно-ободочной кишки опухолью
- Спаечной тонкокишечной непроходимости
- Опухоли сигмовидной кишки

// № 7. Вопрос 146

Клиническая картина острой обтурационной толстокишечной непроходимости менее всего характеризуется:

- Схваткообразными болями в животе
- Вздутием живота
- «ладьевидным животом»
- Постоянными болями в животе
- Запорами

// № 7. Вопрос 147

Для кишечной непроходимости на почве тоноко-толстокишечной инвагинации не характерно:

- Кровянистые выделения из прямой кишки
- «Овечий кал»
- Пальпируемое опухолевидное образование в правой подвздошной области
- Схваткообразные боли в животе
- Встречается у детей

// № 7. Вопрос 148

Какое диагностическое мероприятие проведёте в первую очередь при подозрении на острую кишечную непроходимость?

- Ангиографию чревной артерии
- Гастродуоденоскопию
- Аускультацию живота
- Обзорную рентгенографию брюшной полости стоя
- Обзорную рентгенографию брюшной полости лёжа

// № 7. Вопрос 149

Заворот кишки относится к одному из следующих видов кишечной непроходимости:

- Обтурационной
- Странгуляционной
- Смешанной
- Спастической
- Динамической

// № 7. Вопрос 150

Некроз кишки быстро развивается при:

- Обтурации просвета подвздошной кишки опухолью
- Завороте тонкой кишки
- Обтурации просвета тощей кишки желчным камнем
- Обтурации сигмовидной кишки
- Невправимой грыже

// № 7. Вопрос 151

Для низкой обтурационной кишечной непроходимости не характерно:

- Ранняя многократная рвота
- Задержка стула и газов
- Симптом Валя
- Выраженное вздутие живота
- Поздняя рвота с каловым запахом

// № 7. Вопрос 152

На эффективность проводимой консервативной терапии при острой кишечной непроходимости менее всего указывает:

- исчезновение болей и рвоты



- Обильное отхождение кала и газов
- Уменьшение вздутия живота
- Ослабление перистальтики
- Продвижение бария по кишечнику

// № 7. Вопрос 153

Выберите правильную тактику в начальной стадии обтурационной кишечной непроходимости:

- Только консервативное лечение
- Экстренная операция
- Плановая операция
- Оперативное лечение при неэффективности консервативных мероприятий
- Назогастральная интубация

// № 7. Вопрос 154

При курации больного с острой кишечной непроходимостью не следует учитывать следующее положение:

- Появление типичных рентгенологических признаков через 3-6 часов от начала механической кишечной непроходимости.
- При странгуляционной непроходимости многочасовое исследование пассажа бария по кишечнику противопоказано.
- Рвота наступает тем раньше, чем выше локализовано препятствие
- У ранее оперированных на брюшной полости причиной непроходимости чаще бывают спайки.
- У молодых людей причиной непроходимости чаще бывают опухоли кишечника.

// № 7. Вопрос 155

При завороте сигмовидной кишки с ее некрозом выполняют:

- Операцию Нобля
- Резекцию сигмовидной кишки с анастомозом конец в конец
- Операцию Гартмана (резекция кишки с колостомой)
- Мезосигмопликацию по Гаген-Торну
- Илиоректоанастомоз

// №8. Вопрос 1

Назовите наиболее частую причину развития острого вторичного панкреатита?

- Хронический гастрит
- Алкоголизм
- Желчнокаменная болезнь
- Травма
- Курение

// №8. Вопрос 2

В развитии острого панкреатита главенствующая роль принадлежит?

- Микробной флоре
- Плазмочитарной инфильтрации
- Микроциркуляторным нарушениям
- Аутоферментной агрессии
- Венозному стазу

// №8. Вопрос 3

Сколько панкреатического сока выделяет поджелудочная железа?

- 500-700 мл
- 700-1000 мл
- 700-1500 мл
- 1000-2000 мл
- более 2000 мл

// №8. Вопрос 4

В клинике-анатомической классификации острого панкреатита "..., жировой панкреонекроз, геморрагический панкреонекроз" пропущено?

- Калькулезный панкреатит
- Отечный панкреатит
- Деструктивный панкреатит
- Алкогольный панкреатит
- Гнойный панкреатит

// №8. Вопрос 5

Что не входит в системные осложнения при остром панкреатите?

- Панкреатогенный шок
- Септический шок
- Полиорганная недостаточность
- Стерильный панкреонекроз
- Кишечная непроходимость

// №8. Вопрос 6

Что не входит с стадии острого панкреатита?

- Стадия панкреатогенной колики или шока
- Стадия эндогенной интоксикации
- Стадия инфильтративно-воспалительных изменений
- Стадия нарушения эвакуаторной функции желудка
- Стадия гнойно-некротических изменений

// №8. Вопрос 7

Поперечная болевая резистентность передней брюшной стенки в проекции поджелудочной железы при остром панкреатите носит название симптома?

- Мейо-Робсона
- Керге
- Грея-Турнера
- Мондора
- Воскресенского

// №8. Вопрос 8

В клинике-анатомической классификации острого панкреатита "отечный панкреатит,..., геморрагический панкреонекроз" пропущен?

- Деструктивный панкреатит
- Гнойный панкреатит
- Жировой панкреонекроз
- Первичный панкреатит
- Калькулезный панкреатит

// №8. Вопрос 9

Что не входит в обязательный алгоритм обследования больного с острым панкреатитом?

- Клинико-лабораторное исследование
- ФГДС с осмотром папиллы
- Рентгеноскопия желудка, ДПК
- УЗИ
- ЭКГ

// №8. Вопрос 10

Эзофагогастродуоденоскопия у больных острым панкреатитом позволяет произвести?

- Оценку состояния большого дуоденального сосочка
- Подтверждение факта наличия острого панкреатита
- Уточнение локализации процесса в поджелудочной железе
- Определение распространенности поражения железы
- Установление формы острого панкреатита

// №8. Вопрос 11

Болезненность при пальпации в левом реберно-позвоночном углу характерна для симптома?

- Воскресенского
- Мейо-Робсона
- Грюнвальда
- Мандора
- Грея-Турнера

// №8. Вопрос 12

В клинике-анатомической классификации острого панкреатита " отечный панкреатит, жировой панкреонекроз, ..." пропущено?

- Калькулёзный панкреатит
- Деструктивный панкреатит
- Алкогольный панкреатит
- Геморрагический панкреонекроз
- Гнойный панкреатит

// №8. Вопрос 13

Пятна цианоза на боковых стенках живота при остром панкреатите характерно ДЛЯ симптома?

- Грюнвальда
- Мондора
- Грея-Турнера
- Кера
- Воскресенского

// №8. Вопрос 14

Развитие метеоризма у больных острым панкреатитом обусловлено?

- Сдавленное 12-перстной кишки отечной головкой поджелудочной железы
- Частой неукротимой рвотой
- Парезом кишечника
- Дефицитом панкреатических гормонов
- Ферментативной недостаточностью поджелудочной железы

// №8. Вопрос 15

Снижение рН в панкреатитах при жировом панкреонекрозе может приводить к развитию?

- Отечного панкреатита
- Гнойного панкреатита
- Парапанкреатического инфильтрата
- Абсцесса малой сальниковой сумки
- Геморрагического панкреонекроза

// №8. Вопрос 16

Невозможность определения брюшного отдела аорты в эпигастрии при остром панкреатите носит название симптома?

- Мейо-Робсона
- Мондора
- Кера
- Куплена
- Воскресенского

// №8. Вопрос 17

Выявление при лапароскопии серозного выпота и бляшек стеатонекроза со ответствует?

- Отечному панкреатиту
- Жировому панкреонекрозу
- Геморрагическому панкреонекрозу
- Гнойному панкреатиту
- Такие изменения не характерны для острого панкреатита

// №8. Вопрос 18

К острому панкреатиту относятся все формы, кроме?

- Отечного
- Псевдотуморозного панкреатита
- Жирового панкреонекроза
- Геморрагического панкреонекроза
- Гнойного панкреатита

// №8. Вопрос 19

Назовите наиболее частую причину развития острого первичного панкреатита?

- Хронический гастрит
- Алкоголизм
- Желчнокаменная болезнь
- Травма
- Курение

}

// №8. Вопрос 20

Основным в патогенетическом лечении острого панкреатита является?

- Подавление секреторной функции поджелудочной железы
- Ликвидация гиповолемии
- Инактивация панкреатических ферментов
- Назогастральная декомпрессия желудочно-кишечного тракта
- Введение цитостатиков

// №8. Вопрос 21

Первый период острого панкреатита длится?

- 1 - 6 часов
- 6 - 12 часов
- 12 - 24 часа
- 1 - 3 суток
- 3 - 7 суток

}

// №8. Вопрос 22

Второй период острого панкреатита характеризуется?

- Портальной гипертензией
- Перитонитом
- Функциональными изменениями в паренхиматозных органах
- Усилением болей в эпигастрии
- Разрешением желтухи

// №8. Вопрос 23

В третьем периоде острого панкреатита возникает?

- Портальная гипертензия
- Ферментативный перитонит

- Флегмона забрюшинной клетчатки
- Панкреатогенный шок
- Отек поджелудочной железы

// №8. Вопрос 24

Шок и коллапс при остром панкреатите вызывается?

- Отёком поджелудочной железы
- Ферментной токсемией
- Билиарной гипертензией
- Динамической кишечной непроходимостью
- Инфильтратом в сальниковой сумке

// №8. Вопрос 25

Что не входит в дифференциальную диагностику острого панкреатита?

- Тромбоз мезентериальных сосудов
- Инфаркт миокарда
- Перфоративная язва ДПК
- Портальная гипертензия
- Странгуляционная кишечная непроходимость

// №8. Вопрос 26

Что не входит малотравматические вмешательства, выполняемые при неинфицированном панкреонекрозе?

- Пункционно-дренирующий способ под контролем УЗИ при скоплениях жидкости около поджелудочной железы
- РХПГ, ЭПТ, ретроградная папиллитоэкстракция
- Декомпрессия кишечника
- Холецистостомия под контролем УЗИ или лапароскопа
- Видеолапароскопия, санация и дренирование брюшной полости при ферментативном перитоните

// №8. Вопрос 27

При выявлении отечного панкреатита при операции показано?

- Ушивание раны без какого-либо хирургического пособия
- Наложение холецистостомы
- Дренирование сальниковой сумки
- Холецистэктомия и резекция поджелудочной железы
- Резекция желудка

// №8. Вопрос 28

Что не входит в показания к проведению видеолапароскопии при остром панкреатите?

- Неясность клинической картины
- подозрение на перфорацию полого органа
- Явления острой кишечной непроходимости
- Явления ферментативного перитонита
- Показание к лапароскопической холецистостомии

// №8. Вопрос 29

Наиболее информативным методом исследования при остром панкреатите является?

- Диагностический пневмоперитонеум
- Обзорная рентгеноскопия брюшной полости
- Лапароскопия
- Гастродуоденоскопия
- Определение амилазы крови и мочи

// №8. Вопрос 30

При геморрагическом панкреонекрозе не показано?

- Экстренная лапаротомия
- Лапароскопическое дренирование брюшной полости
- Лечебная катетеризация чревной артерии
- Спазмолитики, анальгетики, ингибиторы протеаз, фторурацил
- Массивная инфузионная терапия

// №8. Вопрос 31

При сочетании острого флегмонозного холецистита и жирового панкреонекроза показано?

- Активная консервативная терапия
- Лапароскопическое дренирование брюшной полости для проведения перитонеального диализа
- Консервативная терапия и при стихании острых явлений - оперативное лечение
- Динамическое наблюдение на фоне консервативной терапии и в случае развития разлитого перитонита, оперативное лечение
- Экстренная операция

// №8. Вопрос 32

Для купирования болевого приступа при остром панкреатите не применяется?

- Вегетосимпатическая блокада
- Перидуральная анестезия
- Паранефральная блокада
- Блокада круглой связки печени
- Морфин

// №8. Вопрос 33

Выявление геморрагического выпота в брюшной полости и очагов жирового некроза на брюшине позволяет думать?

- О повреждении полого органа
- О разрыве печени
- Об остром панкреатите
- О перфоративной язве желудка
- О мезентеральном тромбозе

// №8. Вопрос 34

Наиболее частым симптомом острого панкреатита является?

- Тошнота и рвота
- Гипертония
- Вздутие живота
- Желтуха
- Боли в верхней половине живота

// №8. Вопрос 35

При остром панкреатите не наблюдается?

- Гипогликемия
- Гипокальциемия
- Гиперкальциемия
- Гиперглобулинемия
- Гиперальбунемия

// №8. Вопрос 36

К постнекротическим осложнениям острого панкреатита относится?

- Панкреатический шок
- Острая печеночная недостаточность
- Абсцесс сальниковой сумки
- Панкреатогенный перитонит

- Геморрагический панкреатит

// №8. Вопрос 37

В патогенезе острого панкреатита не участвует?

- Энтерокиназа
- Эластаза
- Фосфолипаза
- Трипсин
- Стрептокиназа

// №8. Вопрос 38

Наиболее информативным методом диагностики кисты поджелудочной железы является?

- ЭРПХГ
- Исследование пассажа бария по кишечнику
- Биохимическое исследование
- УЗИ
- Ничто из названного

// №8. Вопрос 39

В лечении острого панкреатита не применяют?

- Анальгетиков
- Инфузионной терапии
- Цитостатиков
- Спазмолитиков
- Морфина

// №8. Вопрос 40

Наиболее частой клинко-морфологической формой острого панкреатита является?

- Отечный панкреатит
- Жировой панкреонекроз
- Отечный панкреонекроз
- Гнойный панкреатит
- Жировой панкреонекроз с ферментативным панкреатитом

// №8. Вопрос 41

Наиболее характерными для острого панкреатита являются боли?

- Ноющие
  - Опоясывающие
  - Схваткообразные
  - Кинжальные
  - Тупые
- }

// №8. Вопрос 42

Больному с панкреатитом в первые и вторые сутки назначается?

- Стол 15
- Стол 0
- Стол 1
- Стол 10
- Голод

// №8. Вопрос 43

Развитие жирового панкреонекроза связано с?

- С секретом А-клеток островков Лангерганса
- С секретом В-клеток островков Лангерганса

- Амилазой
- Липазой и фосфолипазой А
- Трипсиногеном

// №8. Вопрос 44

В первые трое суток заболевания острым панкреатитом противопоказано применение?

- УЗИ
- Гастроскопии
- ЭРПХГ
- Рентгеноскопии органов брюшной полости
- Лапароскопии

// №8. Вопрос 45

При нагноившейся псевдокисте поджелудочной железы показано?

- Консервативная антибиотикотерапия
- Консервативная дезинтоксикационная терапия
- Операция
- Наблюдение
- Продолжить ранее назначенную терапию

// №8. Вопрос 46

Панкреатическая токсемия обусловлена всем, кроме?

- Трипсина
- Гистамина
- Брадикинина
- Калликрейна
- Амилазы

// №8. Вопрос 47

Клиническая картина панкреонекроза не характеризуется?

- Опоясывающими болями в животе
- Многократной рвотой
- Коллапсом
- Пневмоперитонеумом
- Тахикардией

// №8. Вопрос 48

При жировом панкреонекрозе показано?

- Лапаротомия дренирование брюшной полости
- Лапаротомия с иссечением капсулы железы
- Инфузионная терапия, антиферментные и цитостатические препараты
- Дистальная резекция поджелудочной железы
- Все верно

// №8. Вопрос 49

Характерным для острого панкреатита осложнением является?

- Аденома Б-клеток
- Камни поджелудочной железы
- Псевдокисты поджелудочной железы
- Склероз поджелудочной железы
- Кальцификация поджелудочной железы

// №8. Вопрос 50

Наиболее информативный метод исследования при подозрении на острый панкреатит?



- Обзорная рентгеноскопия брюшной полости
- Исследование мочи на диастазу
- Гастродуоденоскопия
- Ирригоскопия
- Общий анализ мочи

// №8. Вопрос 51

Лапароскопические признаки острого панкреатита все, кроме?

- Геморрагического выпота в брюшной полости
- Пятна стеатонекроза на брюшине
- Отека круглой связки печени
- Пареза желудка и толстой кишки
- Наложения фибрина на брюшине

// №8. Вопрос 52

При жировом панкреонекрозе могут наблюдаться все симптомы, кроме?

- Многократной рвоты
- Пареза желудка, и толстой кишки
- Симптома Мейо-Робсона
- Симптома Воскресенского
- Симптома Бартомье-Михельсона

// №8. Вопрос 53

Осложнением острого панкреатита может быть все, кроме?

- Абсцесса сальниковой сумки
- Печеночно-почечной недостаточности
- Портальной гипертензии
- Кисты поджелудочной железы
- Перитонита

// №8. Вопрос 54

Шок и коллапс при остром деструктивном панкреатите вызываются?

- Отеком поджелудочной железы
- Сдавлением дистального отдела холедоха
- Ферментной токсемией
- Биллиарной гипертензией
- Динамической непроходимостью кишечника

// №8. Вопрос 55

Для геморрагического панкреонекроза наиболее характерно?

- Резкие боли в верхней половине живота
- Однократная рвота
- Исчезновение печеночной тупости
- Усиление перистальтики
- Жидкий стул

// №8. Вопрос 56

При геморрагическом панкреонекрозе показано?

- Экстренная лапаротомия
- Плановая лапаротомия
- Ретроградная панкреатохолангиография
- Гастродуоденоскопия
- Все неверно

// №8. Вопрос 57

При абсцессе сальниковой сумки показано?

- Антибактериальная терапия
- Интенсивная инфузионная терапия
- Оперативное лечение
- Наблюдение
- Лапароскопия

// №8. Вопрос 58

Что не входит в виды хирургических вмешательств при инфицированном панкреонекрозе?

- Пункционно-дренирующий способ под контролем УЗИ
- Видеолапароскопическая санация и дренирование сальниковой сумки, секвестрэктомия
- Эфферентные методы лечения
- Лапаротомия, абдоминализация, секвестрнекрэктомия, дренирование сальниковой сумки и забрюшинного пространства
- Резекция поджелудочной железы

// №8. Вопрос 59

К постнекротическим осложнениям острого панкреатита относятся?

- Панкреатогенный шок
- Острая печеночная недостаточность
- Киста поджелудочной железы
- Панкреатогенный перитонит
- Инфаркт кишечника

// №8. Вопрос 60

К острому панкреатиту относятся все формы, кроме?

- Отечного панкреатита
- Псевдотуморозного панкреатита
- Жирового панкреатита
- Геморрагического панкреатита
- Гнойно-некротического панкреатита

// №8. Вопрос 61

Основным направлением патогенетического лечения острого панкреатита будут все, кроме?

- Подавление экскреторной деятельности железы
- Назначение слабительных
- Инактивация панкреатических ферментов
- Назогастральной декомпрессии желудочно-кишечного тракта
- Введение цитостатиков

// №8. Вопрос 62

Клиническая картина панкреонекроза характеризуется всем, кроме?

- Опоясывающих болей в животе
- Многократной рвоты
- Пневмоперитонеума
- Коллапса
- Тахикардии

// №8. Вопрос 63

Осложнениями острого панкреатита могут быть все, кроме?

- Абсцесса сальниковой сумки
- Печеночно-почечной недостаточности
- Панкреатогенного шока
- Инфаркта кишечника
- Перитонита

// №8. Вопрос 64

Из лекарственных препаратов применяются все, кроме?

- Гордокса
- Атропина
- Морфина
- 5-фторурацила
- Промедола

// №8. Вопрос 65

При обзорной рентгенографии выявлен свободный газ в брюшной полости. У больного?

- Кишечная непроходимость
- Острый панкреатит
- Прободная язва желудка
- Острый аднексит
- Острый холецистит

// №8. Вопрос 66

Обнаружив при лапароскопии геморрагический выпот в брюшной полости и пятна жирового некроза на брюшине, Вы подумаете?

- О повреждении полого органа
- О разрыве печени
- О перфоративной язве желудка
- Об остром панкреатите
- О мезентериальном тромбозе

// №8. Вопрос 67

При обзорной рентгенографии грудной клетки у больного острым панкреатитом можно увидеть?

- Дольчатые ателектазы,
- Междолевые ателектазы
- Медиастинальную эмфизему
- Левосторонний плеврит
- Смещение средостения

// №8. Вопрос 68

Ферментная токсемия при остром деструктивном панкреатите обусловлена?

- Каллекреином
- Гистамином
- Трипсином
- Продуктами распада тканей
- Все верно

// №8. Вопрос 69

Основными направлениями патогенетической терапии острого некротического панкреатита являются?

- Снижение экзокринной функции поджелудочной железы
- Ликвидация гиповолемии
- Борьба с инфекцией
- Инактивация ферментов
- Все верно

// №8. Вопрос 70

Этиологические факторы в развитии острого панкреатита все, кроме?

- Алкоголя
- Желчно-каменной болезни
- Воспалительных изменений дуоденального соска

- Операционной травмы
- Низкой кислотности желудочного сока

// №8. Вопрос 71

Составной частью панкреатического сока являются ферменты все, кроме?

- Трипсина
- Липазы
- Амилазы
- Энтерокиназы
- Мальтазы

// №8. Вопрос 72

Рентгенологические признаки острого панкреатита все, кроме?

- Высокого стояния диафрагмы
- Мелких тонкокишечных арок
- Чаш Клойбера
- Горизонтального уровня жидкости в проекции 12-перстной кишки
- Левостороннего плеврита

// №8. Вопрос 73

Эндоскопическая хирургия при остром панкреатите включает в себя методики, кроме?

- Наложение микрохолецистостомы
- Дренирование брюшной полости
- Дренирование круглой связки печени
- Секвестрэктомии
- Введение антибиотиков в брюшную полость

// №8. Вопрос 74

Показания к оперативному лечению при остром панкреатите?

- Гнойный перитонит
- Абсцесс поджелудочной железы
- Флегмона забрюшинного пространства
- Гангренозный холецисто-панкреатит
- Все верно

// №8. Вопрос 75

Причиной застоя желчи в желчном пузыре могут быть?

- Сдавления и перегибы желчных протоков
- Дискинезии
- Анатомические особенности строения желчного пузыря и протоков
- Все перечисленное

// №8. Вопрос 76

Больная 32 лет поступила для планового хирургического лечения по поводу хронического калькулезного холецистита. При УЗИ - множественные конкременты в полости желчного пузыря, стенка его не изменена. Патологии желчевыводящих путей и поджелудочной железы не выявлено. Какой способ хирургического лечения следует предпочесть?

- Холецистолитотомия с сохранением желчного пузыря
- Лапароскопическая холецистэктомия
- Микрохолецистостомия и санация желчного пузыря под контролем УЗИ
- Холецистэктомия традиционным хирургическим доступом
- Дистанционная волновая литотрипсия

// №8. Вопрос 77

Больная 62 лет оперирована по поводу хронического калькулезного холецистита. Произведена холецистэктомия, дренирование брюшной полости. 3 течение первых суток после операции отмечено снижение артериального давления, уровня гемоглобина, бледность кожных покровов, тахикардия. Какое послеоперационное осложнение следует заподозрить?

- Инфаркт миокарда
- Тромбоэмболия легочной артерии
- Острый послеоперационный панкреатит
- Динамическая кишечная непроходимость
- Внутри брюшное кровотечение

// №8. Вопрос 78

Причиной развития механической желтухи у больного может быть все нижеперечисленное, кроме?

- Конкремент в области шейки желчного пузыря.
- Увеличение головки поджелудочной железы
- Конкремент в проксимальной части холедоха
- Папиллит
- Стеноз дуоденального сосочка

// №8. Вопрос 79

Что характерно для симптома Курвуазье?

- Увеличенный, безболезненный, эластичный и подвижный желчный пузырь у больного с механической желтухой
- Увеличенный, безболезненный, эластичный желчный пузырь, желтухи нет.
- Механическая желтуха, желчный пузырь не увеличен, пальпация его безболезненна
- Паренхиматозная желтуха, желчным пузырь не увеличен, пальпация его болезненна

// №8. Вопрос 80

Больной 76 лет поступил в клинику с картиной механической желтухи, болен в течение месяца. При обследовании выявлен рак головки поджелудочной железы. Страдает сахарным диабетом и гипертонической болезнью. Какой вид лечения предпочтителен?

- Холецистостомия
- Операция Микулича
- Панкреатодуоденальная резекция
- Эндоскопическая папиллотомия
- Отказаться от операции, проводить консервативную терапию

// №8. Вопрос 81

Характер боли при деструктивном панкреатите?

- Схваткообразные боли
- Боль неопределенного характера
- Боль, вызывающая беспокойство
- Сильная, постоянная боль
- Боль отсутствует

// №8. Вопрос 82

Наиболее частая причина смерти при деструктивном панкреатите в поздние сроки заболевания?

- Гнойные осложнения
- Желтуха
- Энцефалопатия
- Кровотечение
- Тромбоэмболия легочной артерии

// №8. Вопрос 83

У больного 45 лет, на операции подтверждён диагноз рака головки поджелудочной железы, железа подвижна, метастазов нет. Выберите радикальную операцию?

- Гемирезекция поджелудочной железы
- Панкреатодуоденальная резекция
- Цистоэнтероанастомоз
- Гастроэнтероанастомоз
- Панкреатоэнтероанастомоз.

// №8. Вопрос 84

У больной, перенёвшей эндоскопическую папилосфинктеротомию, выраженный болевой синдром в эпигастральной области с иррадиацией в поясницу, повторная рвота, напряжение мышц передней брюшной стенки, выраженный лейкоцитоз, увеличен уровень амилазы сыворотки. О каком осложнении следует думать?

- Перфорация 12-п. кишки
- Острый холангит
- Желудочно-кишечное кровотечение
- Острый панкреатит
- Непроходимость кишечника.

// №8. Вопрос 85

У больной 60 лет, при поступлении жалобы на опоясывающие боли в эпигастральной области, многократную рвоту пищей и желчью. При пальпации болезненность в эпигастральной области с раздражением брюшины, тахикардия, L 10,0X10<sup>9</sup>ст/л, амилаза мочи 1024, крови 80, на рентгенограмме - пневматизация поперечно-ободочной кишки. Ваш диагноз?

- Острый панкреатит
- Обострение язвенной болезни
- Острый гастрит
- Острый холецистит
- Острая кишечная непроходимость.

// №8. Вопрос 86

У больного 20 лет, клиническая картина острого панкреатита, но нельзя исключить прободную язву желудка. Решено выполнить диагностическую лапароскопию. Выберите достоверный признак деструктивного панкреатита?

- Пневматизация кишечника
- Гиперемия брюшины
- Отек большого сальника
- Нжелудочного содержимого в брюшной полости
- Бляшки стеатонекроза на брюшине.

// №8. Вопрос 87

Какой из перечисленных синдромов не характерен для хронического панкреатита?

- Абдоминальные боли
- Стеаторея
- Креаторея
- Водная диарея
- Нарушенная толерантность к глюкозе

// №8. Вопрос 88

Характерными осложнениями первичного хронического панкреатита являются: а) холедохолитиаз; б) киста, свищи, регионарная гипертензия; в) желтуха, сужение 12 п.к.; г) желудочное кровотечение; д) колит. Выберите комбинацию ответов?

- а, в
- г,д
- б, в

- а, г, д
- б,г

// № 9. Вопрос 1

Какой процент людей после холецистэктомии не выздоравливает?

- 5-10%
- 10-15%
- 10-20%
- 15-25%
- более 25%

// № 9. Вопрос 2

После холецистэктомии при ультразвуковом исследовании нормальным диаметром общего желчного протока можно считать

- 6 – 7 мм
- 9 – 10 мм
- 11 – 12 мм
- 13 – 14 мм
- более 15 мм

// № 9. Вопрос 3

Что не входит в классификацию ПХЭС по Краковскому А.И. и Дунаеву Ю.К. (1978 Г.)?

- механические препятствия в ЖВП ( 20-24%)
- воспалительные заболевания в органах Гепатопанкреатодуоденальной зоны (60-65%)
- заболевания других органов и систем (15%)
- ПХЭС истинный и ложный

// № 9. Вопрос 4

Какое понятие не является определением ПХЭС у М.А.Ногаллера (1980г.)?

- не устранённая хирургом патология
- изменения в других органах и системах
- заболевания, связанные с операцией
- изменения в других органах и системах, сопровождающиеся болями в правом подреберье
- механические препятствия в ЖВП

// № 9. Вопрос 5

Что входит в профилактику ПХЭС во время операции?

- РХПГ до операции
- тщательная пальпация холедоха
- операционная холангиография
- холедохоскопия
- УЗИ

// № 9. Вопрос 6

Какая патология является дефектом вмешательства при холецистэктомии?

- нормальный диаметр холедоха 4-6 мм
- диаметр холедоха после холецистэктомии 6-7 мм
- оставление избыточной культи пузырного протока и даже части желчного пузыря с конкрементами
- длина культи должна быть около 0,5см
- расширение холедоха более 7-8мм

// № 9. Вопрос 7

Что не является дефектом вмешательства при холецистэктомии?

- перевязка, клепирование протоков
- коагуляционный некроз

- пересечение протока
- повреждения внепечёночных желчных протоков
- ушивание ложа желчного пузыря кетгутом

// № 9. Вопрос 8

Что не является причиной механического препятствия после холецистэктомии?

- диагностические ошибки до операции
- диагностические ошибки во время операции
- тактические ошибки во время операции и до операции (годами лечат консервативно)
- технические погрешности
- проведение операции в ночное время суток

// № 9. Вопрос 9

Какое обследование не входит в диагностику причин ПХЭС?

- ФГДС с осмотром папиллы, РХПГ
- ЧЧХГ (антеградная холеграфия)
- исследование на онкомаркеры
- Фистулография
- УЗИ, Дуоденография, КТ, МРТ

// № 9. Вопрос 10

Что не входит в лечение ПХЭС?

- восстановление желчеоттока естественным путём в 12п.к.
- реконструктивные операции- новый путь оттока желчи
- принцип двухэтапности вмешательств
- лечение холангита и печёночной недостаточности
- интестициальное дренирование тонкого кишечника

// № 9. Вопрос 11

Что не входит в хирургическое лечение ПХЭС?

- ЭПТ (5 мм- папиллотомия; 10-25мм- папиллосфинктеротомия)
- билиодигестивный анастомоз при неперестальтирующем холедохе, ятрогениях (ХЕА, ГЕА с петлёй по Ру; редко ХДА-холедоходуоденоанастомоз)
- удаление остатков желчного пузыря
- вмешательства на ранах и других органах
- НАЛОЖЕНИЕ ГАСТРОСТОМЫ

// № 9. Вопрос 12

Симптомы, возникшие через месяц после холецистэктомии: опоясывающие боли, желтуха, холангит соответствуют

- обтурационному холедохолитиазу
- обтурационному папиллолитиазу
- посттравматической стриктуре гепатикохоледоха
- лигированию гепатикохоледоха во время операции
- оставлению длинной культы пузырного протока

// № 9. Вопрос 13

Наиболее предпочтительная операция у больных с ПХЭС, стенозом папиллы и диаметром гепатикохоледоха равным 10 миллиметров

- лапаротомия, наружное дренирование холедоха
- лапаротомия, трансдуоденальная папиллосфинктеротомия
- эндоскопическая папиллосфинктеротомия
- билиодигестивный анастомоз
- папиллосфинктеротомия в сочетании с билиодигестивным анастомозом



// № 9. Вопрос 14

Для диагностики конкрементов в общем желчном протоке во время холецистэктомии что не стоит выполнять

- люминесцентную холангиографию
- операционную холангиографию
- холедохоскопию
- пальпацию гепатикохоледоха
- ретроградную холангиографию до операции

// № 9. Вопрос 15

Через два года после холецистэктомии у 60-летнего пациента в связи с появившимися болями в эпигастрии и правом подреберье выполнено УЗИ. Диаметр гепатикохоледоха пять миллиметров необходимо дообследование

- ФГДС
- ЭКГ
- внутривенную урографию
- ретроградную холангиографию
- дуоденальное зондирование

// № 9. Вопрос 16

Через шесть месяцев после холецистэктомии появилась безболезненная нарастающая желтуха. Наиболее вероятная причина

- обтурационный холедохолитиаз
- обтурационный папиллолитиаз
- посттравматическая стриктура холедоха
- лигирование холедоха во время операции
- хронический билиарный панкреатит

// № 9. Вопрос 17

Через год после холецистэктомии появились острые боли в эпигастрии, кожный зуд, темная моча, озноб наиболее вероятная причина

- обтурационный холедохолитиаз
- обтурационный папиллолитиаз
- посттравматическая стриктура холедоха
- острый гастрит
- солярит

// № 9. Вопрос 18

Не используете метод исследования желчевыводящих путей у больного с желтухой

- УЗИ
- внутривенную холангиографию
- ретроградную холангиографию
- антеградную пункционную холангиографию
- операционную холангиографию

// № 9. Вопрос 19

У больного с ПХЭС при УЗИ общий желчный проток 12 миллиметров. Ваше дальнейшее действие

- переведёте больного в терапию
- выпишете на амбулаторное лечение
- выполните ретроградную холангиографию с эндоскопической папиллотомией либо баллонной дилатацией
- назначите дуоденальное зондирование
- выполните пункционную чрезкожную холангиографию

// № 9. Вопрос 20

Наиболее предпочтительная операция при холедохолитиазе и стенозе папиллы

- эндоскопическая папиллотомия с литоэкстракцией
- лапаротомия, холедохолитотомия
- лапаротомия, трансдуоденальная папиллосфинктеротомия
- холедохоеюностомия
- холедоходуоденостомия

// № 9. Вопрос 21

При диаметре общего желчного протока 12 миллиметров наименее вероятна патология

- изолированный стеноз БДС
- продолженный стеноз БДС
- холедохолитиаз
- хронический гепатит с исходом в цирроз
- папиллолитиаз

// № 9. Вопрос 22

Через три месяца после холецистэктомии появились слабость, боли в суставах, ещё через неделю развилась желтуха. Наиболее вероятный предварительный диагноз

- холедохолитиаз
- папиллолитиаз
- вирусный гепатит
- панкреатит
- цирроз печени

// № 9. Вопрос 23

После холецистэктомии больную беспокоят опоясывающие боли в связи с приёмом пищи. В первую очередь необходимо назначит исследование

- УЗИ
- внутривенную холангиографию
- инфузионную холангиографию
- ретроградную холангиографию
- пункционную чрезкожную холангиографию

// № 9. Вопрос 24

Через 15 лет после холецистэктомии развился ПХЭС, стеноз папиллы, диаметр общего желчного протока 20 миллиметров. Наименее предпочтительное лечение

- лапаротомия, наружное дренирование холедоха
- лапаротомия, трансдуоденальная папиллосфинктеропластика
- эндоскопическая папиллотомия
- билиодигестивный анастомоз
- сочетание папиллосфинктеротомии и билиодигестивного соустья

// № 9. Вопрос 25

Через три дня после видеолапароскопической холецистэктомии по поводу острого холецистита диагностирована нарастающая желтуха. Наименее вероятной причиной желтухи является

- холедохолитиаз
- случайное лигирование холедоха
- гепатит
- перихоледохеальный лимфаденит
- стеноз БДС с папиллолитиазом

// № 9. Вопрос 26

При появлении механической желтухи через три дня после холецистэктомии вы не назначите для выяснения её причины

- УЗИ печени и протоков

- РХПГ
- фистулохолангиографию при наличии дренажа холедоха
- лапароскопию с биопсией печени
- изучение функциональных проб печени, маркеров гепатита сывороточных ферментов

// № 9. Вопрос 27

Наименее вероятной причиной, препятствующей оттоку желчи в двенадцатиперстную кишку, является

- увеличенная в размерах головка поджелудочной железы
- язва желудка, пенетрирующая в поджелудочную железу
- холедохолитиаз
- посттравматическая стриктура холедоха
- стеноз БДС

// № 9. Вопрос 28

Объём продуцируемой желчи печенью в сутки у взрослого человека

- 0-200 мл
- 200-500 мл
- 500-1500 мл
- 1500-2000 мл
- более 2000 мл

// № 9. Вопрос 29

У крайне тяжелого больного с расширенным до 15 миллиметров общим желчным протоком, острым гангренозным холециститом хирург закончит холецистэктомию

- перевязкой пузырного протока
- наружным дренажом холедоха
- холедоходуоденоанастомозом
- холедохоеюноанастомозом
- трансдуоденальной папиллосфинктеропластикой

// № 9. Вопрос 30

Через один год после холецистэктомии появилась безболевая желтуха, потеря в массе тела за один месяц до 15 килограммов. В первую очередь заподозрите

- вирусный гепатит
- токсический гепатит
- холедохолитиаз
- рак желудка
- рак головки поджелудочной железы

// № 9. Вопрос 31

В интраоперационную ревизию во время холецистэктомии, как правило, не входит

- РХПГ
- пальпация холедоха
- операционная холеграфия через культю пузырного протока
- осмотр и пальпация желудка, кишечника
- холедохоскопия

// № 9. Вопрос 32

Через четыре месяца после холецистэктомии сохраняются боли в эпигастральной области, потеря в массе тела до 10 килограммов, появилась мелена. Ваш предварительный диагноз

- хронический панкреатит
- рак желудка
- солярит
- холедохолитиаз
- хронический гепатит

// № 9. Вопрос 33

Среди выявленной патологии причиной ПХЭС является

- рак толстой кишки
- стеноз чревного ствола
- конкремент в кармане Гартмана
- язвенная болезнь
- кораловидный камень в правой почке

// № 9. Вопрос 34

Укажите причину, которая не является дефектом операции, из выявленной патологии у больных с ПХЭС

- хронический гепатит
- холедохолитиаз
- стриктура гепатикохоледоха в области пузырного протока
- длинная культя пузырного протока с конкрементом
- папиллолитиаз

// № 9. Вопрос 35

Укажите исследование, которое врач поликлиники не будет выполнять амбулаторно больному с ПХЭС

- УЗИ печени
- РХПГ
- ФГДС
- дуоденальное зондирование
- функциональные пробы печени

// № 9. Вопрос 36

Укажите истинную причину ПХЭС

- хроническая язва желудка или 12 п.к.
- хронический колит
- стеноз БДС
- хронический гепатит
- опухоль правой почки

// № 9. Вопрос 37

Невыполнение операционной холангиографии наиболее возможно при

- наличие мелких камней в гепатикохоледохе
- механической желтухе перед операцией
- расширении гепатикохоледоха
- подозрении на рак Фатерова соска
- отключенном желчном пузыре

// № 9. Вопрос 38

К интраоперационным методам исследования внепечёночных желчных путей не относится

- пальпация гепатикохоледоха
- холедохоскопия
- операционная холангиография
- внутривенная холангиография
- бужирование гепатикохоледоха

// № 9. Вопрос 39

При холедохолитиазе, остром гнойном холангите, механической желтухе больной нуждается

- в срочной амбулаторной консервативной терапии
- в срочной консервативной терапии в гастроэнтерологическом отделении
- в консервативной терапии в хирургическом отделении

- в плановой операции
- в срочной декомпрессии желчных путей

// № 9. Вопрос 40

Частым осложнением холедохолитиаза является

- острый гнойный холангит
- хронический активный гепатит
- перитонит
- варикозное расширение вен пищевода
- цирроз печени

// № 9. Вопрос 41

Какая патология в других органах не входит в понятие "ложный" ПХЭС?

- в 12-перстной кишке и желудке
- в толстой кишке
- воспалительные терапевтические заболевания печени и поджелудочной железы
- в правой почке, в позвоночнике, в грудной клетке
- в поджелудочной железе

// № 10. Вопрос 1

Какой из перечисленных критериев учитывается в первую очередь при определении показаний к хирургическому лечению неосложненной язвенной болезни желудка?

- хроническая интоксикация
- повышенная кислотность
- белковый дефицит
- вероятности малигнизации
- частые обострения

// № 10. Вопрос 2

Какая теория язвенной болезни определяет тактику лечения?

- нейрогуморальная
- пептическая
- сосудистая
- рефлюксная
- воспалительная

// № 10. Вопрос 3

Какой срок безуспешного консервативного лечения язвы 12-перстной кишки может служить основанием для выполнения органосберегающих операций?

- до 1 месяца
- до 3-х месяцев
- до 6 месяцев
- до 1 года
- больше 1 года

// № 10. Вопрос 4

Определите главную задачу хирургического вмешательства при язвенной болезни:

- удаление язвы - очага патологической иррадиации
- максимальное сохранение органа
- надежное подавление кислото-продукции
- нормализация моторно-эвакуаторной функции
- устранение дуодено-гастрального рефлюкса

// № 10. Вопрос 5

Какую операцию можно считать патогенетически наиболее обоснованной при хронической язве желудка?

- резекция 2/3 желудка
- селективная или стволовая ваготомия с дренирующей операцией
- селективная проксимальная ваготомия
- гастроэнтероанастомоз
- клиновидная резекция желудка

// № 10. Вопрос 6

Какой операции можно отдать предпочтение при хронической неосложненной язве 12-перстной кишки с затяжным течением и выраженным болевым синдромом?

- резекция 1/3 желудка
- селективная или стволовая ваготомия с дренирующей операцией
- селективная проксимальная ваготомия
- гастроэнтероанастомоз
- иссечение язвы 12-перстной кишки

// № 10. Вопрос 7

Какой объем первичной резекции органа при язвенной болезни считается патогенетически оправданным?

- 1/3 желудка
- 1/2 желудка
- 2/3 желудка
- 3/4 желудка
- 4/5 желудка

// № 10. Вопрос 8

Какую операцию на современном этапе можно считать наиболее физиологичной при язве тела желудка?

- резекция желудка типа Бильрот-2
- дистальная резекция типа Бильрот-2 на короткой петле
- дистальная резекция типа Бильрот-2 на длинной петле
- медиогастральная (привратниковая резекция)
- проксимальная резекция желудка

// № 10. Вопрос 9

Какую операцию можно считать наиболее физиологичной при неосложненной язве 12-перстной кишки?

- резекция желудка типа Бильрот-1
- дистальная резекция желудка типа Бильрот-2 на короткой петле
- дистальная резекция желудка типа Бильрот-2 на длинной петле
- селективная проксимальная ваготомия с пилоропластикой
- селективная проксимальная ваготомия без пилоропластики

// № 10. Вопрос 10

Какой вариант обработки язвы 12-перстной кишки наиболее предпочтителен при выполнении селективной проксимальной ваготомии (СПВ)?

- иссечение язвы желудка с пилоропластикой по Гейнике-Микуличу;
- иссечение язвы с пилоропластикой по Джадд-Танаки.
- мостовидная или сегментарная резекция луковицы 12-ти перстной кишки с язвой.
- пилоропластика без иссечения язвы или гастродуоденоанастомоз по Джабуле.

// № 10. Вопрос 11

Что представляет собой операция "пилоропластика"?

- рассечение пилорического жома с формированием широкого выхода из желудка
- сужение привратника с целью усиления его барьерной функции
- расширение стенозированного привратника до нормальных размеров;

- освобождение привратника, как физиологической структуры, из рубцов и спаек с целью обеспечения его нормальной функции
- формирование нового клапанного жома между желудком и 12-перстной кишкой

// № 10. Вопрос 12

Назовите самую вескую причину многократно рецидивирующих пептических язв после резекции желудка.

- неполная ваготомия
- экономная резекция желудка
- послеоперационный анастомозит
- рефлюкс - гастрит культи желудка
- синдром Золингера-Эллисона

// № 10. Вопрос 13

Лучшим методом интраоперационного контроля за полнотой ваготомии признана:

- внутрижелудочная рН-метрия специальным рН-зондом
- эндоскопическая рН-метрия
- хромогастроскопия с конго
- определение внутрижелудочкового рН через гастротомическое отверстие
- сочетание хромогастроскопии с трансллюминацией

// № 10. Вопрос 14

Гарантией против рецидива при операции по поводу язвенной болезни 12-перстной кишки является:

- селективная проксимальная ваготомия
- стволовая ваготомия с пилоропластикой
- истинная антрумэктомия
- антрумэктомия с селективной ваготомией
- резекция не менее 2/3 желудка

// № 10. Вопрос 15

Наиболее высокие цифры кислотности наблюдаются при язве:

- дна желудка
- антрального отдела
- пилорического канала
- тела
- кардиального отдела желудка

// № 10. Вопрос 16

Синдром Меллори-Вейсса — это:

- варикозное расширение вен пищевода и кардии, осложненное кровотечением
- кровоточащая язва дивертикула Меккеля
- кровотечение из слизистой на почве геморрагического ангиоматоза (болезнь Рандю-Ослера)
- трещины в кардиальном отделе желудка с кровотечением
- геморрагический эрозивный гастродуоденит

// № 10. Вопрос 17

Эндоскопическое исследование не позволяет диагностировать:

- тип гастрита
- синдром Маллори-Вейсса
- ранний рак желудка
- синдром Золингера-Эллисона
- стеноз привратника

// № 10. Вопрос 18

Определение границ антрального отдела желудка необходимо для:

- точной установки электродов рН-зонда
- выполнения этиопатогенетических обоснований резекции желудка при дуоденальной язве;
- определения уровня вагусной денервации желудка при селективной ваготомии;
- проведения истинной антрумэктомии
- определения дистальной границы интермедиальной зоны желудка

// № 10. Вопрос 19

Наиболее физиологичным методом резекции желудка считается:

- Бильрот-2 в модификации Рофмейстера-Финстерера
- резекция в модификации Ру
- Бильрота-1
- модификация Вальфура
- резекция Райхель-Полиа

// № 10. Вопрос 20

Установить источник гастродуоденального кровотечения позволяет:

- рентгенологическое исследование желудка
- лапароскопия
- назогастральный зонд
- фиброэзофагогастродуоденоскопия
- повторное определение гемоглобина и гематокрита

// № 10. Вопрос 21

Теоретическое обоснование диеты Мейленграфта базируется:

- на механическом щажении слизистой оболочки желудка
- на нейтрализации пищей желудочного сока и соляной кислоты
- на обеспечении высококалорийного питания
- все перечисленное верно
- все неверно

// № 10. Вопрос 22

Наиболее рациональной операцией при язве желудка является:

- классическая резекция не менее 2/3 желудка
- идеальная (истинная) антрумэктомия с удалением язвы
- селективная проксимальная ваготомия
- стволовая ваготомия с пилоропластикой
- иссечение язвы

// № 10. Вопрос 23

Селективная проксимальная ваготомия допустима при всем, кроме:

- дуоденальной язвы с явлениями субкомпенсированного стеноза
- прободной язвы 12-перстной кишки
- неосложненной дуоденальной язвы
- дуоденальной язвы, осложненной кровотечением
- сочетанной язвы желудка и 12-перстной кишки

// № 10. Вопрос 24

Для хронических гастродуоденальных язв не характерно:

- плотные края
- способность проникать в глубину стенки
- разные размеры (от 0,3 до 6,0 см и более) язвенного дефекта
- отсутствие конвергенции складок слизистой оболочки к краям язвы
- возможность развития различных осложнений



// № 10. Вопрос 25

Для успешного хирургического лечения дуоденальной язвы не обязательно:

- изучение дуоденальной проходимости
- исследование желудочной секреции
- оценка состояния привратника
- определение гастрин-сыворотки крови
- определение природы (вида) и уровня антрального гастрин

// № 10. Вопрос 26

Этиопатогенитическим обоснованным методом операции при неосложненной дуоденальной язве является:

- селективная проксимальная ваготомия
- идеальная антрумэктомия
- сочетание антрумэктомии с ваготомией
- высокая (2/3 и более) резекция желудка
- стволовая или селективная ваготомия

// № 10. Вопрос 27

Не характерным для язвенной болезни 12-ти перстной кишки является:

- большая распространённость заболевания
- более частое развитие у мужчин
- преимущественное образование в молодом возрасте
- более упорное, чем при желудочной язве, течение
- Крайне редкое злокачественное перерождение

// № 10. Вопрос 28

Операцией выбора при язвенной болезни с нарушением дуоденальной проходимости является:

- резекция желудка (антрумэктомия) с ваготомией по Бильрот-1
- резекция желудка (антрумэктомия) с ваготомией по Ру
- резекция желудка (антрумэктомия) с ваготомией по Гофмейстеру-Финстереру
- селективная проксимальная ваготомия с дуоденоюноанастомозом
- селективная проксимальная ваготомия без специальной коррекции нарушенной дуоденальной проводимости;

// № 10. Вопрос 29

Торможение желудочного кислотообразования наступает при антродуоденальном рН

- 6,0
- 5,0
- 4,0
- 3,0
- 2,5 и ниже

// № 10. Вопрос 30

Относительные показания к хирургическому лечению язвенной болезни ставятся при:

- стенозе привратника
- рецидиве язвенного кровотечения после эндоскопической остановки его:
- низких залуковичных язвах
- злокачественном перерождении язвы
- атипичной перфорации язвы

// № 10. Вопрос 31

Планируется операция по поводу дуоденальной язвы, необязательно проводить:

- эндоскопическое исследование верхних отделов желудочнокишечного тракта
- исследование желудочной секреции

- изучение секреторной функции поджелудочной железы
- исследование типа секреции желудочного сока и соляной кислоты
- изучение функционального состояния 12-перстной кишки.

// № 10. Вопрос 32

Начальный процесс язвообразования связан:

- с обратной диффузией водородных ионов
- с декомпенсацией антральной кислотонейтрализующей функции
- с нарушением кислотонейтрализующей функции 12-перстной кишки
- с механизмами, нарушающими равновесие между факторами защиты и агрессии гастроуденальной зоны
- со снижением секреторной функции поджелудочной железы

// № 10. Вопрос 33

При определении показаний к хирургическому лечению язвенной болезни не учитываются:

- длительность заболевания
- частота обострения и тяжесть их проявления
- эффективность проводимой консервативной терапии
- длительность ремиссии
- выраженность перипроцесса в области привратника и 12-перстной кишки

// № 10. Вопрос 34

Вольной 48 лет с гигантской язвой желудка (язвенной болезнью страдает на протяжении 11 лет с рецидивирующим течением): выявлена гистаминорезистентная ахлоргидрия. Какая операция показана больному?

- резекция желудка
- селективная проксимальная ваготомия
- стволовая ваготомия с пилоропластикой
- гастроэнтеростомия
- ваготомия с гемигастрэктомией

// № 10. Вопрос 35

Мужчина 33 лет, астеник. Холецистэктомия 2 года назад. После операция через 6 месяцев появилась изжога, боли в эпигастрии через 1,5 часа после еды с иррадиацией в спину, принимает соду. Наиболее вероятная причина ПХЭС?

- гастрит
- хроническая дуоденальная непроходимость
- язвенная болезнь 12-п.к.
- стеноз БДС
- панкреатит

// № 10. Вопрос 36

Больной 50 лет жалуется на боли в эпигастриальной области, тошноту, периодически рвоту. При гастроуденоскопии обнаружена пенетрирующая язва желудка, высокий уровень гастрина в крови, высокая кислотность желудочного сока. Укажите причину заболевания:

- глюкагонома
- гастринома
- смешанная опухоль поджелудочной железы
- опухоль ацинарной ткани
- инсулинома

// № 10. Вопрос 37

Что является наиболее достоверным симптомом язвенной болезни 12-перстной кишки?

- желудочный дискомфорт
- изжога

- строго локализованные боли в эпигастрии, имеющие определенную связь с приемом пищи
- отрыжка пищей
- запоры

// № 10. Вопрос 38

Для гиперхлоргидрии и повышенной функции желудочных желёз характерно: 1. Склонность к запорам; 2. Повышение активности пепсина; 3. Зияющий привратник; 4. Спазм привратника; 5. Гипокинезия желудка. Выберите правильную комбинацию ответов.

- 1, 2, 4;
- 1, 2, 5;
- 1, 2, 3;
- 1, 3, 5;
- 2, 4, 5.

// № 10. Вопрос 39

Что является наиболее достоверным симптомом язвенной болезни 12-перстной кишки:

- Желудочный дискомфорт
- Изжога
- Строго локализованные боли в эпигастрии, имеющие определенную связь с приемом пищи (поздние и голодные)
- Отрыжка пищей
- Запоры

// № 10. Вопрос 40

ОСНОВНЫМ ЗВЕНОМ УЛЬЦЕРОГЕНЕЗА ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- курение
- злоупотребление алкоголем
- сухоедение
- бессонница
- геликобактерная инфекция

// № 10. Вопрос 41

ХРОНИЧЕСКОЙ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ СРЕДИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ СТРАДАЮТ

- 0,1 - 1%
- 2 - 3%
- 6 - 8%
- 10 - 12%
- более 15%

// № 10. Вопрос 42

НЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ

- большая распространенность заболевания, чем язвенная болезнь желудка
- чаще болеют в возрасте до 40 лет
- более частое развитие у мужчин
- крайне редкое злокачественное перерождение
- крайне редко осложняется кровотечением и перфорацией

// № 10. Вопрос 43

ФАКТОРОМ АГРЕССИИ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- пепсин
- трипсин
- желчь
- слизь
- соляная кислота

// № 10. Вопрос 44

#### СОЛЯНАЯ КИСЛОТА ВЫДЕЛЯЕТСЯ ЖЕЛЕЗАМИ

- кардиального отдела
- тела желудка
- антрального отдела
- всех отделов желудка
- привратника

// № 10. Вопрос 45

#### ГАСТРИН ВЫДЕЛЯЕТСЯ СЛИЗИСТОЙ

- кардиального отдела
- тела желудка
- антрального отдела
- всеми отделами
- в привратнике

// № 10. Вопрос 46

#### ОСНОВНЫЕ СИМПТОМЫ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА

- ранние боли после еды
- тошнота и рвота
- изжога и отрыжка
- бессимптомное течение
- ранние боли после еды, тошнота, рвота, изжога, отрыжка

// № 10. Вопрос 47

#### В ЖЕЛУДКЕ ПЕРЕВАРИВАЮТСЯ

- белки
- жиры
- углеводы
- витамины и микроэлементы
- жиры и углеводы

// № 10. Вопрос 48

#### ПЕРВАЯ ФАЗА ЖЕЛУДОЧНОЙ СЕКРЕЦИИ РЕГУЛИРУЕТСЯ

- блуждающим нервом
- гастрином
- пепсином
- трипсином
- секретинном

// № 10. Вопрос 49

#### ГУМОРАЛЬНАЯ (ВТОРАЯ) ФАЗА ЖЕЛУДОЧНОЙ СЕКРЕЦИИ РЕГУЛИРУЕТСЯ

- ацетилхолином
- гастрином
- пепсином
- трипсином
- секретинном

// № 10. Вопрос 50

#### ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА

- чаще преобладает усиление факторов агрессии
- чаще наблюдается ослабление факторов защиты
- чаще равновесие факторов защиты и агрессии не нарушено
- нарушаются те и другие факторы

- главное значение имеет нарушение диеты

// № 10. Вопрос 51

ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ ЧАЩЕ НАБЛЮДАЕТСЯ

- преобладание факторов агрессии
- равновесие факторов агрессии и защиты
- усиление факторов защиты
- ослабление факторов агрессии
- ослабление факторов защиты

// № 10. Вопрос 52

НЕОБЯЗАТЕЛЬНО ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ В СХЕМУ ОБСЛЕДОВАНИЯ ВКЛЮЧАТЬ

- рентгеноскопию желудка и двенадцатиперстной кишки
- ФГДС
- фракционное исследование желудочного сока
- внутрижелудочную РН-метрию
- дуоденоскопию с биопсией из язвы

// № 10. Вопрос 53

ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ ИЗЖОГИ ЯВЛЯЕТСЯ

- усиление желудочной секреции
- усиление дуодено-гастрального рефлюкса
- недостаточность кардиального жома
- недостаточность пилорического жома
- обильное отделение желчи из желчного пузыря

// № 10. Вопрос 54

ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ НЕ ХАРАКТЕРНО

- преимущественное развитие в возрасте 20-40 лет
- повышение тонуса блуждающих нервов
- сезонные обострения
- хеликобактериоз желудка
- отсутствие ночной (тощачковой) желудочной секреции
- непрерывное кислотообразование

// № 10. Вопрос 55

КАКОЕ ЛЕКАРСТВО НЕ ОБЛАДАЕТ УЛЬЦЕРОГЕННЫМ ЭФФЕКТОМ

- аспирин
- бутадион
- кортикостероиды
- дигиталис
- индометацин

// № 10. Вопрос 56

ОТНОСИТЕЛЬНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ

- декомпенсированный стеноз привратника
- профузное кровотечение
- малигнизация язвы
- плохо поддающаяся консервативному лечению низкая залукович-ная язва
- перфорация язвы

// № 10. Вопрос 57

ОСЛОЖНЕНИЕ, НЕ ХАРАКТЕРНОЕ ДЛЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

- перфорация
- пенетрация
- малигнизация
- стеноз
- кровотечение

// № 10. Вопрос 58

РЕЗЕКЦИЯ ПО БИЛЬРОТ-I - ЭТО РЕЗЕКЦИЯ ЖЕЛУДКА С НАЛОЖЕНИЕМ

- гастрогastroанастомоза
- гастродуоденоанастомоза
- гастроеюноанастомоза
- все верно
- все неверно

// № 10. Вопрос 59

РЕЗЕКЦИЯ ПО БИЛЬРОТ-II- ЭТО РЕЗЕКЦИЯ ЖЕЛУДКА С НАЛОЖЕНИЕМ

- гастрогastroанастомоза
- гастродуоденоанастомоза
- гастроеюноанастомоза
- гепатико-еюноанастомоза
- билиодигестивного соустья

// № 10. Вопрос 60

АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К ОПЕРАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- гигантская язва
- язва привратника, угрожающая развитием стеноза
- плохо заживающая язва
- наличие генетической предрасположенности к язвенной болезни
- обнаружение в гастробиоптате из язвы атипичных клеток

// № 10. Вопрос 61

ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИ ОБОСНОВАННЫМ И НАИБОЛЕЕ ОПТИМАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ОПЕРАЦИИ ПРИ НЕОСЛОЖНЕННОЙ ДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- селективная проксимальная ваготомия
- стволовая ваготомия
- резекция желудка по Бильрот- II
- резекция желудка по Бильрот- I
- антрумэктомия

// № 10. Вопрос 62

ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВЫПОЛНЯЮТ

- СПВ с иссечением язвы
- стволовую ваготомию с иссечением язвы
- иссечение язвы
- резекцию желудка
- гастрэктомию

// № 10. Вопрос 63

ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ДУОДЕНАЛЬНУЮ ЯЗВУ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ПРОВОДЯТ

- рентгеноскопию желудка
- фиброгастродуоденоскопию
- исследование желудочной секреции
- определение уровня гастрина в сыворотке крови

- внутрижелудочную Ph-метрию

// № 10. Вопрос 64

СПВ НЕДОПУСТИМА ПРИ

- неосложненной язвенной болезни 12-перстной кишки
- прободной язве 12-перстной кишки
- язвенном стенозе привратника
- дуоденальной язве, осложненной пенетрацией и кровотечениями в анамнезе
- сочетании малигнизированной язвы желудка и язвы привратника

// № 10. Вопрос 65

НАИБОЛЕЕ ФИЗИОЛОГИЧНОЙ ОПЕРАЦИЕЙ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОЙ СТЕНОЗОМ ПРИВРАТНИКА, ЯВЛЯЕТСЯ

- ваготомия с гастроэнтероанастомозом
- ваготомия с пилоропластикой
- резекция по Бильрот-I
- резекция по Бильрот-II
- гастрэктомия

// № 10. Вопрос 66

ДЛЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ (ДПК) НЕ ХАРАКТЕРНО ОСЛОЖНЕНИЕ

- стеноз
- перфорация
- кровотечение
- малигнизация
- пенетрация

// № 10. Вопрос 67

ОСЛОЖНЕНИЕ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ВСТРЕЧАЮТСЯ В

- 1-2%
- 3-5%
- 10-20%
- 30-40%
- 50%

// № 10. Вопрос 68

ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЮТСЯ ПЕРФОРАТИВНЫЕ ЯЗВЫ

- Двенадцатиперстной кишки
- антрального отдела желудка
- тела желудка
- кардиального отдела желудка
- большой кривизны желудка

// № 10. Вопрос 69

В ПЕРВЫЙ ЧАС ПОСЛЕ ПЕРФОРАЦИИ ВЫЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ СИМПТОМЫ, КРОМЕ

- кинжальной боли
- напряжения мышц передней брюшной стенки
- резкой болезненности при пальпации живота
- слышимой на расстоянии перистальтики
- отсутствия печеночной тупости

// № 10. Вопрос 70

РАЗЛИЧАЮТ ВСЕ ФАЗЫ РАЗВИТИЯ ПЕРИТОНИТА, КРОМЕ

- токсической

- реактивной
- терминальной
- уремической
- нет неправильного ответа

// № 10. Вопрос 71

В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ДИАГНОЗА ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЫ ВЫПОЛНИТЕ

- ФГДС / ЭГДС
- обзорный R-снимок брюшной полости на свободный газ
- УЗИ брюшной полости
- лапароскопию
- пункцию заднего свода влагалища

// № 10. Вопрос 72

ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЫ ИСПОЛЬЗУЮТ ВСЕ, КРОМЕ

- обзорной рентгенографии брюшной полости на свободный газ в положении больного стоя
- рентгенокоспии желудка
- наложения пневмогаструма с рентгенографией брюшной полости
- ФГДС / ЭГДС
- лапароскопии

// № 10. Вопрос 73

ПРИ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЕ ПОКАЗАНО ЛЕЧЕНИЕ

- экстренная операция
- плановая операция
- только консервативное лечение в условиях хирургии
- консервативное лечение в терапии
- консервативное лечение амбулаторно

// № 10. Вопрос 74

ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЫ ДПК МЕНЕЕ ВСЕГО ВЕРОЯТНА ОПЕРАЦИЯ

- ушивание язвы
- ушивание с ваготомией
- иссечение язвы с ваготомией
- резекция желудка
- гастрэктомия

// № 10. Вопрос 75

РЕЗЕКЦИЯ БОЛЕЕ ВСЕГО ВЕРОЯТНА У БОЛЬНОГО С ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВОЙ ПРИ

- молодом возрасте больного
- язве ДПК
- сопутствующей тяжелой патологии
- поступлении пациента через 6 часов после перфорации
- каллезной язве желудка

// № 10. Вопрос 76

ДЛЯ ЯЗВЕННОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ДЛЯ МУЖЧИНЫ ХАРАКТЕРНО

- потеря 100-300 мл. крови
- потеря 300-500 мл крови
- потеря 500-1500 мл
- потеря более 1500 мл крови
- снижение систолического АД до 60 мм рт. ст.



// № 10. Вопрос 77

НЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ЯЗВЕННОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ

- брадикардия
- снижение ЦВД
- снижение АД
- рвота «кофейной гущей»
- мелена (дѣгтеобразный стул)

// № 10. Вопрос 78

ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ БОЛЬНОГО С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ЖЕЛУДОЧНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ  
НАИМЕНЕЕ ВЕРОЯТНО ВЫПОЛНЕНИЕ ДЕЖУРНЫМ ВРАЧОМ

- ФГДС / ЭГДС
- общего анализа крови
- исследования протромбинового индекса или тромбинового времени
- рентгеноскопии желудка
- ректального пальцевого исследования

// № 10. Вопрос 79

К МАЛОТРАВМАТИЧНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ЯЗВЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ МОЖНО ОТНЕСТИ ВСЕ,  
КРОМЕ

- эндоскопической коагуляции сосуда
- в/в введения хлористого кальция и/или E - аминокaproновой кислоты
- введения мочегонных
- введения викасола
- гемотрансфузии

// № 10. Вопрос 80

ЛЕЧЕБНАЯ ЭНДОСКОПИЯ ПРИ ЯЗВЕННОМ КРОВОТЕЧЕНИИ ИСКЛЮЧАЕТ

- обкалывание язвы с введением растворов с адреналином
- орошение теплым физиологическим раствором
- электрокоагуляцию
- клипирование сосуда
- лазерную коагуляцию и/или орошение спиртом

// № 10. Вопрос 81

ПОКАЗАНИЕМ К ЭКСТРЕННОЙ ОПЕРАЦИИ ПРИ ЯЗВЕННОМ КРОВОТЕЧЕНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- продолжающееся кровотечение;
- многократные кровотечения в анамнезе;
- длительный язвенный анамнез;
- большие размеры язвы;
- тяжесть кровопотери.

// № 10. Вопрос 82

ПРИ СИСТОЛИЧЕСКОМ АД НИЖЕ 90 ММ РТ. СТ. НАИМЕНЕЕ ВЕРОЯТНА ОПЕРАЦИЯ

- иссечение кровоточащей язвы
- гастротомия, прошивание язвы
- резекция желудка
- иссечение кровоточащей язвы 12 п. кишки, стволовая (трункулярная) ваготомия, пилоропластика
- прошивание кровоточащей язвы дуоденум, пилоропластика, стволовая ваготомия

// № 10. Вопрос 83

ДИЕТА МЕЙЛЕНГРАХТА ПРИ ЯЗВЕННОМ КРОВОТЕЧЕНИИ ЭТО

- общий стол охлажденный;
- общий стол в теплом виде
- все жидкое, охлажденное

- все жидкое в теплом виде
- все горячее

// № 10. Вопрос 84

ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ КРОВОТОЧАЩЕЙ ЯЗВЫ ВЕРОЯТНЕЕ ВСЕГО В ПЕРВЫЕ СУТКИ НЕ НАЗНАЧАЮТ

- гемотрансфузии, переливание плазмы
- переливание солевых растворов
- переливание глюкозы
- гепарин
- антибиотики

// № 10. Вопрос 85

ДЛЯ ЯЗВЕННОГО СТЕНОЗА ПРИВРАТНИКА НЕ ХАРАКТЕРНО

- тошнота, отрыжка тухлым, изжога
- дисфагия
- потеря веса
- ощущение раннего насыщения
- икота, рвота застойной пищей

// № 10. Вопрос 86

ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ СТЕНОЗА ПРИВРАТНИКА НЕ ИСПОЛЬЗУЕТЕ

- динамическое взвешивание
- рентгеноскопию желудка
- ФГДС / ЭГДС
- эвакуация желудочного содержимого через 5 часов после приема пищи
- выявление плеска желудочного содержимого при физикальном обследовании

// № 10. Вопрос 87

Различают Стадий Стеноза Привратника

- две
- три
- четыре
- пять
- шесть

// № 10. Вопрос 88

ЗАДЕРЖКА РАСТВОРА БАРИЯ В ЖЕЛУДКЕ БОЛЕЕ 24 ЧАСОВ ВОЗМОЖНА

- в норме
- при язвенной болезни ДПК вне стеноза
- при компенсированном стенозе
- при субкомпенсированном стенозе
- при декомпенсированном стенозе

// № 10. Вопрос 89

ПРИ СУБКОМПЕНСИРОВАННОМ СТЕНОЗЕ ДПК НАИБОЛЕЕ ПРИЕМЛЕМО

- только консервативное лечение в терапевтическом отделении
- только консервативное лечение в хирургическом отделении
- консервативное амбулаторное лечение
- санаторно-курортное лечение
- оперативное лечение

// № 10. Вопрос 90

ДЛЯ ДЕКОМПЕНСИРОВАННОГО СТЕНОЗА ХАРАКТЕРНО ВСЕ, КРОМЕ

- повышения ОЦК

- повышения гематокрита
- гиповолемии
- гипокалиемии
- гипохлоремии

// № 10. Вопрос 91

ПЕРЕД ОПЕРАЦИЕЙ ПО ПОВОДУ ДЕКОМПЕНСИРОВАННОГО СТЕНОЗА ВЕРОЯТНЕЕ ВСЕГО НЕ НАЗНАЧИТЕ

- промывание желудка 2 раза в сутки
- в/в введение белковых препаратов и жировых эмульсий
- в/в введение солевых растворов
- в/в введение растворов глюкозы
- введение мочегонных

// № 10. Вопрос 92

ПРИ КОМПЕНСИРОВАННОМ СТЕНОЗЕ ПРИВРАТНИКА НАИБОЛЕЕ ОПТИМАЛЬНА ОПЕРАЦИЯ

- стволовая ваготомия (СВ), пилоропластика или дуоденопластика
- СПВ, пилоропластика
- СВ, гемирезекция желудка
- резекция 2/3 желудка
- антральная резекция желудка по Б-II

// № 10. Вопрос 93

ПРИ ЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДПК, ОСЛОЖНЕННОЙ ДЕКОМПЕНСИРОВАННЫМ СТЕНОЗОМ С ПЕРЕРАСТЯНУТОЙ И ИСТОНЧЕННОЙ СТЕНКОЙ ЖЕЛУДКА ВЕРОЯТНЕЕ ВСЕГО БУДЕТ ВЫПОЛНЕНА

- гастрэктомия
- СВ, гастродуоденоанастомоз
- СВ, пилоропластика
- СПВ, пилоропластика
- дистальная резекция по Б-I или Б-II

// № 10. Вопрос 94

МАЛИГНИЗАЦИЯ НЕ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ ЯЗВ

- антрума
- кардии
- луковицы ДПК
- угла желудка
- большой кривизны желудка

// № 10. Вопрос 95

ИЗНАЧАЛЬНО ЯВЛЯЮТСЯ КАРЦИНОМОЙ, КАК ПРАВИЛО, ЯЗВЫ

- луковицы ДПК
- антрума
- кардии
- большой кривизны желудка
- малой кривизны желудка

// № 10. Вопрос 96

ДИАГНОСТИКА МАЛИГНИЗАЦИИ ЯЗВЫ ПРОВОДИТСЯ В ОБЯЗАТЕЛЬНОМ ПОРЯДКЕ С ПОМОЩЬЮ

- анализа симптомов заболевания
- тщательного сбора анамнеза
- рентгенологического обследования
- гастробиопсии

- сбора физикальных данных

// № 10. Вопрос 97

ФАКТОРАМИ РИСКА ЗАБОЛЕВАНИЯ РАКОМ ЖЕЛУДКА СЧИТАЮТ ВСЕ, КРОМЕ

- гиперацидного гастрита
- атрофического анацидного гастрита
- аденоматозных полипов желудка
- иммунодефицита и пернициозной анемии
- хеликобактериоза желудка

// № 10. Вопрос 98

ДЛЯ РАКА ЖЕЛУДКА НЕ ХАРАКТЕРНО

- боли в эпигастрии
- анорексия (отсутствие аппетита)
- тошнота
- похудание
- судороги

// № 10. Вопрос 99

ПРИ РАКЕ ЖЕЛУДКА ВОЗМОЖНО ВСЕ, КРОМЕ

- желудочного кровотечения
- перфорации опухоли с перитонитом
- метастазов в печень
- стеноза в антральном отделе
- самоизлечения

// № 10. Вопрос 100

ВЫЗДОРОВЛЕНИЕ ПРИ РАКЕ ЖЕЛУДКА ГАРАНТИРУЕТСЯ ТОЛЬКО В СЛУЧАЕ ПРОВЕДЕНИЯ

- химиотерапии
- фитотерапии
- лучевой терапии
- уринотерапии
- радикальной операции

// № 10. Вопрос 101

ПРИ РАКЕ ЖЕЛУДКА РАДИКАЛЬНОЙ ОПЕРАЦИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- резекция 1/5 желудка
- резекция 1/3 желудка
- резекция 1/2 желудка
- резекция 2/3 желудка с лимфодиссекцией
- гастрэктомия или субтотальная резекция с лимфодиссекцией

// № 10. Вопрос 102

К ПАЛЛИАТИВНОЙ ОПЕРАЦИИ ПРИ РАКЕ ЖЕЛУДКА БОЛЕЕ ВСЕГО ОТНОСИТСЯ

- гастроэнтеростомия
- субтотальная проксимальная резекция
- субтотальная дистальная резекция
- гастрэктомия с лимфаденэктомией
- комбинированная гастрэктомия

// № 10. Вопрос 103

ПАЛЛИАТИВНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ЖЕЛУДКА ВЫПОЛНЯЕТСЯ ПРИ МЕТАСТАЗАХ В ПЕЧЕНЬ И

- раке малой кривизны
- раке области дна желудка
- раке угла желудка

- раке большой кривизны
- раке со стенозом или кровотечением из распадающейся опухоли

// № 10. Вопрос 104

ГАСТРОБИОПСИЯ ИЗ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА ПОКАЗАНА ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ЕЕ В

- области кардии
- области угла желудка
- антрума
- большой кривизны
- любой локализации

// № 10. Вопрос 105

ПРИЧИНОЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПЕПТИЧЕСКОЙ ЯЗВЫ АНАСТОМОЗА ПОСЛЕ ДИСТАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА НЕ БУДЕТ:

- недостаточный объем резекции
- большая ширина гастроэнтероанастомоза
- оставление слизистой антрального отдела желудка
- синдром Золлингера-Эллисона
- гиперпаратиреозидизм и гипертонус блуждающих нервов

// № 10. Вопрос 106

НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЙ СИМПТОМ ДЕМПИНГ-СИНДРОМА

- боли в эпигастральной области
- тошнота
- рвота съеденной пищей
- слабость после еды
- отрыжка воздухом

// № 10. Вопрос 107

НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЙ ПРИЗНАК СИНДРОМА ПРИВОДЯЩЕЙ ПЕТЛИ

- боли в эпигастрии
- тошнота
- слабость после приема пищи
- отрыжка воздухом
- обильная периодическая с примесью желчи рвота, приносящая облегчение

// № 10. Вопрос 108

ПОСТАВИТЬ ДИАГНОЗ СИНДРОМА ПРИВОДЯЩЕЙ КИШКИ (ВАРИАНТ РЕФЛЮКСА) МОЖНО С ПОМОЩЬЮ СЛЕДУЮЩЕГО ИССЛЕДОВАНИЯ

- ФГДС / ЭГДС
- рентгеноскопии желудка
- МРТ
- УЗИ
- КТ

// № 10. Вопрос 109

ПОСТАВИТЬ ДИАГНОЗ ДЕМПИНГ-СИНДРОМА МОЖНО С ПОМОЩЬЮ СЛЕДУЮЩЕГО ИССЛЕДОВАНИЯ

- ФГДС
- рентгеноскопии желудка
- контроля скорости продвижения бария по кишечнику
- УЗИ
- колоноскопия.

// № 10. Вопрос 110

## ПОЗДНИЙ ДЕМПИНГ-СИНДРОМ - ЭТО

- расширение приводящей петли
- гиповолемия
- гипогликемия
- гипергликемия
- гиперволемия

// № 10. Вопрос 111

Ранний демпинг- синдром – это:

- расширение приводящей петли
- гиповолемия
- гипогликемия
- гипергликемия
- гиперволемия

// № 10. Вопрос 112

УРОВЕНЬ ЭТОГО ГОРМОНА ВОЗРАСТАЕТ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ПРИ СИНДРОМЕ ЗОЛЛИНГЕРА-ЭЛЛИСОНА

- гастрин
- панкреозимин
- эритропоэтин
- инсулин
- глюкагон

// № 10. Вопрос 113

НАИБОЛЕЕ ОПТИМАЛЬНЫМ ВИДОМ ВАГОТОМИИ ПРИ НЕОСЛОЖНЕННОЙ ДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЕ СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ

- стволовую
- селективную желудочную
- селективную проксимальную
- заднюю стволовую и переднюю селективную

// № 10. Вопрос 114

РАЗВИТИЕ «ПОРОЧНОГО КРУГА» ВОЗМОЖНО ПОСЛЕ

- резекции желудка по Бильрот-1;
- резекции желудка по Гофмейстеру-Финстереру
- гастроэнтеростомии
- гастроэнтеростомии с Брауновским анастомозом
- пилоропластики

// № 10. Вопрос 115

ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ РЕФЛЮКС-ГАСТРИТА ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА ПО Б-II НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРИМЕНИТЬ

- наложение дополнительного гастроэнтероанастомоза
- реконструктивную операцию по Ру
- реконструкцию по Б-I
- стволовую ваготомию

// № 10. Вопрос 116

ПРИ ДЕМПИНГ-СИНДРОМЕ НЕ БУДЕТЕ ВЫПОЛНЯТЬ

- резекция желудка по Ру
- ваготомию, реконструкцию (сужение) анастомоза
- редуоденизацию по Б-I
- наложение гастроэнтероанастомоза
- редуоденизацию по Генлею

// № 10. Вопрос 117

При синдроме приводящей кишки не будете выполнять

- реконструкцию по Б-I
- реконструкцию по Б-II-Ру
- реконструкцию (редуоденизацию) по Генлею
- дуоденоюностомию, брауновское соустье
- гастроэнтеростомию

// № 11. Вопрос 1.

Наружные грыжи живота формируются через

- дефекты кожи
- дефекты в п/к фасции
- дефекты в париетальной брюшине брюшной стенки
- дефекты в висцеральной брюшине
- дефекты в мышечно-апоневротическом слое брюшной стенки

// № 11 .Вопрос 2.

Внутренние грыжи живота не формируются и не образуются

- в брюшинных карманах
- в складках париетальной брюшины
- через расширенное пупочное кольцо
- через естественные отверстия в диафрагме
- через приобретенное отверстие в диафрагме

// № 11 .Вопрос 3.

Грыжи живота встречаются чаще в возрасте

- 11-20 лет
- 21-30
- 31-40
- 41-50
- старше 50 лет

// № 11 .Вопрос 4.

Чаще встречаются грыжи

- паховые
- бедренные
- пупочные
- послеоперационные
- диафрагмальные
- запирающего отверстия

// № 11 .Вопрос 5.

Необязательным этиологическим моментом образования грыж является

- истончение и утрата эластичности тканей
- операция лапаротомия
- расширение отверстий брюшной стенки
- повышение внутрибрюшного давления
- дефект в апоневрозе

// № 11 .Вопрос 6.

К факторам, способствующим повышению внутрибрюшного давления, не относят

- ожирение
- кашель
- бег на длинные дистанции

- асцит, беременность
- запоры

// № 11 .Вопрос 7.

Основная причина появления брюшных грыж

- пожилой возраст
- прогрессирующее похудание
- наследственность
- паралич нервов брюшной стенки
- состояния, вызывающие повышение внутрибрюшного давления

// № 11 .Вопрос 8.

Основная причина появления послеоперационных грыж

- раннее вставание
- кашель после операции
- нагноение кожных швов
- дефекты в апоневрозе
- длительный парез кишечника

// № 11 .Вопрос 9.

Основной причиной появления врожденной грыжи является

- наследственность
- слабость брюшной стенки у детей
- особенности анатомии тазовых костей
- внутриутробное недоразвитие
- трудные роды

// № 11 .Вопрос 10.

Наружные грыжи живота встречаются у населения в

- 0,1 – 0,5 %
- 1 – 2 %
- 3 – 4 %
- 10 – 15 %
- 20 %

// № 11 .Вопрос 11.

Наименее всего появлению грыж способствует

- затрудненное мочеиспускание
- частое пение
- беременность
- ожирение
- тяжелый физический труд

// № 11 .Вопрос 12.

К элементам грыжи менее всего относится

- грыжевой мешок
- шейка грыжевого мешка
- предбрюшинная жировая клетчатка
- грыжевое содержимое
- грыжевые ворота

// № 11 .Вопрос 13.

Грыж не бывает

- полных
- неполных



- завершенных
- вправимых
- невправимых

// № 11 .Вопрос 14.

К неполной паховой грыже можно отнести

- невправимую
- вправимую
- канальную
- скользящую
- ущемленную

// № 11 .Вопрос 15.

Симптомом вправимой грыжи никогда не является

- выпячивание
- боль при натуживании и кашле
- тимпанит при перкуссии выпячивания
- напряжение и болезненность выпячивания
- увеличение выпячивания в вертикальном положении

// № 11 .Вопрос 16.

При ношении взрослыми бандажа неверно

- бандаж назначают больным с серьезными противопоказаниями к операции
- бандаж препятствует выходу внутренних органов в грыжевой мешок
- бандаж способствует выздоровлению
- его использование возможно только при вправимой грыже
- его длительное ношение может привести к развитию невправимой грыжи

// № 11 .Вопрос 17.

Яичко в грыжевом мешке находится при грыже

- косой
- прямой скользящей
- пахово-мошоночной
- врожденной
- приобретенной

// № 11 .Вопрос 18.

Для прямой паховой грыжи характерна слабость стенки

- верхней
- нижней
- задней
- передней
- всех стенок

// № 11 .Вопрос 19.

Нижней стенкой пахового канала является

- пупартова связка
- куперова связка
- жимбернатова связка
- поперечная фасция
- край поперечной мышцы

// № 11 .Вопрос 20.

Латеральной стенкой бедренного кольца (грыжевых ворот при бедренной грыже) является

- паховая связка

- куперова связка
- жимбернатова связка
- бедренная артерия
- бедренная вена

// № 11 .Вопрос 21.

Именно это не верно для косой паховой грыжи

- среди всех грыж они встречаются в 75-85 %
- мужчины составляют 90-97 %
- проходит через медиальную паховую ямку
- косые встречаются в 5 раз чаще прямых
- врожденные косые паховые грыжи бывают у взрослых в 10 % случаев

// № 11 .Вопрос 22.

Именно это не верно для прямой паховой грыжи

- в большинстве случаев опускается в мошо
- может лежать вне элементов семенного канатика
- грыжевые ворота чаще широкие, поэтому реже ущемляется в сравнении с косыми грыжами
- часто бывает двусторонней
- чаще бывает рецидив после операции в сравнении с косыми грыжами

// № 11 .Вопрос 23.

Стенкой бедренного кольца (грыжевых ворот при бедренной грыже) не является

- бедренная вена
- бедренная артерия
- пупартова связка
- жимбернатова связка
- гребешок лобковой кости (куперова связка)

// № 11 .Вопрос 24.

Основной признак левосторонней скользящей паховой грыжи

- в грыжевом мешке сигмовидная кишка
- в грыжевом мешке мочевого пузыря
- в стенке грыжевого мешка мочевого пузыря
- невраивимость грыжи
- врожденная природа грыжи

// № 11 .Вопрос 25.

Это не верно для бедренных грыж

- чаще болят женщины
- редко бывают большими
- не склонны к ущемлению
- содержимое грыжевого мешка - чаще всего тонкая кишка или сальник
- возникают после больших физических нагрузок

// № 11 .Вопрос 26.

Не используют для диагностики вправимых паховых грыжах

- осмотр
- пальпацию
- выявление симптома кашлевого толчка
- перкуссию и аускультацию
- лапароскопию

// № 11 .Вопрос 27.

Наименее информативно при диагностике внутренних грыж живота

- осмотр больного
- сбор анамнеза
- рентгенологическое обследование желудочно-кишечного тракта
- лапароскопия
- УЗИ брюшной полости

// № 11 .Вопрос 28.

Неверно для грыж белой линии живота

- чаще встречаются у женщин
- у детей бывают крайне редко
- могут быть множественными
- могут формироваться с предбрюшинной липомы
- при больших грыжах применяют аутопластику по Сапежко

// № 11 .Вопрос 29.

Наилучшим методом, облегчающим дифференцировку пахово-мошоночной грыжи и водянки оболочек яичка, является

- трансиллюминация и УЗИ
- пункция
- пальпация
- экстренная операция
- аускультация

// № 11 .Вопрос 30.

Грыжевой мешок врожденной паховой грыжи образован

- висцеральной брюшиной
- брыжейкой кишки
- париетальной брюшиной
- поперечной фасцией
- влагалищным отростком брюши

// № 11 .Вопрос 31.

Перед операцией по поводу вправимой грыжи белой линии живота ФГДС необходима для

- определения характера органа в грыжевом мешке
- выявления размеров грыжевых ворот
- исключения патологии желудка
- оценки вправимости грыжи
- исключения опухоли брюшной стенки

// № 11 .Вопрос 32.

Стенкой пахового канала у здоровых не является

- апоневроз косой мышцы живота
- прямая мышца живота
- внутренняя косая мышца живота
- поперечная мышца живота
- поперечная фасция

// № 11 .Вопрос 33.

Какой этап операции, как правило, не выполняют при неосложненных грыжах

- рассекают ткани над выпячиванием
- грыжевые ворота подготавливают к пластике
- выделяют и вскрывают грыжевой мешок
- резецируют грыжевое содержимое
- отсекают мешок после перевязки у шейки с пластикой грыжевых ворот

// № 11 .Вопрос 34.

Что не верно для герниопластики с использованием полипропиленовой сетки

- целесообразно использовать при рецидивных грыжах
- крайне низкий процент рецидива заболевания
- в течение 10 лет сетка не рассасывается
- методика создает высокое внутрибрюшинное давление
- реакция тканей на ее присутствие минимальна

// № 11 .Вопрос 35.

Неверно для пластики по Жирару

- укрепление передней стенки пахового канала
- чаще применяют у молодых
- чаще при небольших косых паховых грыжах
- рекомендуется при рецидивных грыжах
- над семенным канатиком подшивают к пупартовой связке внутреннюю косую и поперечную мышцу живота

// № 11 .Вопрос 36.

Неверно для пластики по Бассини

- укрепление задней стенки пахового канала
- рекомендуется при рецидивных грыжах
- под семенным канатиком подшивают к пупартовой связке внутреннюю косую и поперечную мышцы
- рекомендуется при больших паховых грыжах
- чаще применяют у молодых

// № 11 .Вопрос 37.

Грыжевые ворота при бедренных грыжах закрывают сшивая

- паховую и куперову связку
- паховую и жимбернатову связку
- жимбернатову и куперову связки
- паховую и широкую фасцию бедра (ее поверхностный листок)
- паховую связку и фасциальное влагалище бедренной вены

// № 11 .Вопрос 38.

Неверно для видеолaparоскопической пластики при паховой грыже

- мал процент рецидивов
- малотравматичное вмешательство
- больной рано возвращается к труду, занятиям спортом
- необходим наркоз, возможно образование спаек
- наиболее оптимальна у тяжелых больных с ущемленной грыжей

// № 11 .Вопрос 39.

При неоднократно рецидивирующих гигантских послеоперационных вентральных грыжах наиболее оптимальным для укрепления или закрытия грыжевых ворот будет

- применение капрона
- дерматоластика
- ношение бандажа
- применение перикарда крупного рогатого скота
- применение полипропиленовой сетки

// № 11 .Вопрос 40.

Неверно для пупочной грыжи

- часто встречается у детей
- в возрасте до 3 лет возможно самоизлечение
- причиной может быть асцит

- у мужчин встречается чаще, чем у женщин
- применяют аутопластику по Мейо или Сапежко

// № 11 .Вопрос 41.

Частым проявлением скользящей грыжи пищеводного отверстия диафрагмы является

- дисфагия
- отрыжка
- изжога
- опоясывающие боли
- схваткообразные боли

// № 11 .Вопрос 42.

Параэзофагеальная грыжа опасна, прежде всего

- развитием язвенной болезни желудка
- развитием злокачественного новообразования желудка
- малигнизацией пищевода
- появлением варикозно расширенных вен пищевода
- ущемлением желудка

// № 11 .Вопрос 43.

Именно это побуждает больных в первую очередь идти на операцию при грыжах живота

- косметический дефект
- постепенное в течение нескольких лет нарушение функции внутренних органов
- развитие невправимости
- формирование скользящей грыжи
- угроза ущемления

// № 11 .Вопрос 44.

Летальность плановых грыжесечений и операций при ущемленной грыже

- одинакова
- после плановых операций выше
- после экстренных операций выше в 2 раза
- после экстренных операций выше в 5 раз
- после экстренных операций выше в 10 раз

// № 11 .Вопрос 45.

Для диагностики скользящей пищеводной и параэзофагеальных грыж используют

- рентгеноскопию желудка
- ФГДС
- жалобы больных
- анамнез заболевания
- все перечисленное

// № 11 .Вопрос 46.

Скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы опасна, прежде всего

- кровотечение
- малигнизацией
- появлением варикозно расширенных вен в пищеводе
- появлением полипов в желудке
- развитием хронического атрофического гастрита

// № 11 .Вопрос 47.

У 17-летнего школьника во время игры в футбол появились боли в правой паховой области. В анамнезе – правосторонняя паховая грыжа с ущемлениями. Больной пытался вправить грыжу, но безуспешно. Определите тактику ведения больного:

- попытка нового вправления через 2-3 часа;
- спазмолитик и теплая ванна;
- антибиотики и строгий постельный режим;
- немедленная герниотомия;
- обзорная рентгеноскопия брюшной полости.

// № 11 .Вопрос 48.

Ранними признаками ущемления наружной грыжи брюшной стенки является все, кроме:

- резкой боли;
- внезапной невраваемости грыжи;
- болезненности и невравления грыжевого мешка;
- острого начала заболевания;
- высокой температуры.

// № 11 .Вопрос 49.

Что такое Рихтеровское ущемление:

- ущемление кишечника в области дуодено-еюнального мешка;
- ущемление перекрученной сигмовидной кишки;
- ущемление желудка в диафрагмальной грыже;
- пристеночное ущемление;
- ущемление Меккелева дивертикула.

// № 11 .Вопрос 50.

Тактика при самопроизвольном вправлении ущемленной грыжи:

- больного можно отпустить домой, а затем прооперировать в плановом порядке;
- показано экстренное грыжесечение;
- показана экстренная лапаротомия с ревизией кишечника;
- не оперировать больного, тщательно наблюдая его в условиях хирургического отделения;
- ничто из предложенного не верно.

// № 11 .Вопрос 51.

Ущемление грыжи характерно всеми следующими признаками, кроме:

- резких болей в области грыжевого выпячивания
- внезапного развития заболевания
- симптомов кишечной непроходимости
- свободного вправления грыжи в брюшную полость
- внезапного прекращения вправления в брюшную полость

// № 11 .Вопрос 52.

Какое мероприятие Вы считаете первоочередным при ущемленной паховой грыже многочасовой давности:

- теплая ванна;
- попытка вправления грыжи;
- срочная операция;
- спазмолитики для облегчения вправления грыжи;
- анальгетики перед вправлением грыжи.

// № 11 .Вопрос 53.

Каковы отличия операции при ущемленной грыже от планового грыжесечения:

- вначале рассекается ущемляющее кольцо;
- вначале вскрывается грыжевой мешок;
- методика вмешательства совершенно одинакова;
- заканчивается аналогичной пластикой грыжевых ворот;

// № 11 .Вопрос 54.

Ущемленную бедренную грыжу не надо дифференцировать с:

- ущемленной паховой грыжей;
- острым тромбофлебитом варикозного узла в области овальной ям-ки;
- острым паховым лимфаденитом;
- липомой.

// № 11 .Вопрос 55.

В клинику поступила больная, у которой Вы предполагаете Рихтеровское ущемление. Ваша тактика:

- наблюдение для точного установления диагноза;
- консервативное лечение;
- вправление грыжи;
- наблюдение в течение 6 часов, при отсутствии улучшения срочная операция;
- срочная операция.

// № 11 .Вопрос 56.

При оценке жизнеспособности кишки при ущемленной грыже в последнюю очередь будете ориентироваться на:

- Цвет кишки;
- Наличие перистальтики;
- Пульсацию сосудов брыжейки;
- Сроки заболевания

// № 11 .Вопрос 57.

При флегмоне грыжевого мешка и кишечной непроходимости показано:

- консервативное лечение: холод, голод, антибиотикотерапия;
- вскрытие флегмоны;
- дренирование флегмоны двухпросветным дренажом с активной аспирацией;
- инкубация кишечника зондом;
- операция: лапаротомия, ликвидация кишечной непроходимости, иссечение единым блоком грыжевого мешка с некротизированными петлями кишечника.

// № 11 .Вопрос 58.

В ходе операции по поводу ущемленной грыжи при вскрытии грыжевого мешка обнаружены две петли тонкого кишечника. О каком ущемлении идет речь:

- ретроградном;
- пристеночном;
- узлообразовании в грыжевом мешке;
- ущемлении двух петель кишки;
- ни о чем из названного.

// № 11 .Вопрос 59.

У больного 70 лет, находящегося в травматологическом отделении на ске-летном вытяжении по поводу перелома бедра, развилось ущемление паховой грыжи. Ваша тактика:

- динамическое наблюдение;
- вправление грыжи;
- применение бандажа;
- внутривенное введение спазмолитиков;
- экстренная операция.

// № 11 .Вопрос 60.

Показанием к экстренной операции при самопроизвольном вправлении ущемленной грыжи является:

- наличие грыжевого выпячивания;
- появление перитональных признаков;
- повышение температуры;
- дизурические явления;

- сам факт самопроизвольного вправления.

// № 11 .Вопрос 61.

Тимпанический звук над грыжевым выпячиванием позволяет заподозрить ущемление:

- большого сальника;
- мочевого пузыря;
- семенного канатика;
- петли кишечника;
- червеобразного отростка.

// № 11 .Вопрос 62.

При резекции приводящего отдела ущемленной кишки отступают на:

- 30-40 см;
- 20-25 см;
- 10-20 см;
- 5-10 см
- 2-3 см.

//№12 вопрос 1

Нетипично для острой закупорки магистральных артерий нижней конечности в первые часы:

- бледность
- боли
- отек
- парестезии
- исчезновение пульса

//№12 вопрос 2

К острому ишемическому синдрому нижних конечностей не относят:

- отсутствия пульса
- парестезии
- трофические язвы
- паралич конечностей
- бледности кожных покровов и боли

//№12 вопрос3

Для эмболии бедренной артерии не характерно:

- отсутствие пульса на бедренной артерии тотчас под паупертовой связкой
- отсутствие пульсации бедренной артерии в Гунтеровом канале
- отсутствие пульсации подколенной артерии
- усиление (по сравнению с другой конечностью) пульсации бедренной артерии тотчас под паупертовой связкой
- парез, плегия конечности

//№12 вопрос4

При решении вопроса о тактике лечения больного с тяжелой ишемией конечности неизвестного генеза в первую очередь выполняется:

- сфигмография
- осцилография
- термография
- УЗ доплерография
- окклюзионная плетизмография

//№12 вопрос5

При эмболии бедренной артерии, ишемии ППВ степени методом выбора является:

- экстренная эмболэктомия



- тромболитическая терапия
- антикоагулянтная терапия
- симптоматическая терапия
- первичная ампутация конечности

//№12 вопрос6

Для больного острой ишемией нижней конечности вследствие артериальной эмболии не характерно:

- гиперкоагуляция
- гипокоагуляция
- угнетение фибринолиза
- гиперагрегация тромбоцитов
- гиперфибриногемия

//№12 вопрос7

Для эмболии подколенной артерии характерно:

- отсутствие пульсации бедренной артерии
- отсутствие пульсации подколенной артерии
- сохранение пульсации артерий на стопе
- усиление пульсации подколенной артерии

//№12 вопрос8

Наиболее совершенным инструментом для эмболэктомии из магистральной артерии является:

- сосудистое кольцо Вольмара
- вакуум-отсос
- балонный катетер Фогарти
- катетер Dormia
- окончатые щипцы

//№12 вопрос9

Наиболее частой причиной эмболии артерий большого круга кровообращения является:

- атеросклероз дуги аорты
- ишемическая болезнь сердца
- тромбоз вен большого круга кровообращения
- аневризма аорты
- аневризма сердца

//№12 вопрос10

Для острой ишемии конечности 1Б степени, развившейся вследствие эмболии бедренной артерии, не характерно:

- а - чувство онемения и похолодания конечности
- парестезии
- боли в покое
- ограничение активных движений в суставах конечности
- похолодание конечности

//№12 вопрос11

В дифференциальной диагностике острого тромбоза бедренной артерии с острым илеофemorальным венозным тромбозом важной роли не играет:

- интенсивность болей
- возраст
- наличие резкого отека бедра и голени
- отсутствие пульсации артерии конечности
- похолодание конечности

//№12 вопрос12

Операция эмбол- и тромбэктомия при острой непроходимости бифуркации аорты и артерий нижней конечности, при тяжелой ишемии противопоказана в:

- случае развития острого инфаркта миокарда
- случае острого ишемического инсульта
- случае абсцедирующей пневмонии
- случае развития тотальной контрактуры пораженной конечности
- случае значительной гипергликемии

//№12 вопрос13

Для острой ишемии конечности 3Б степени, развившейся вследствие эмболии бедренной артерии, не характерен признак:

- боль в конечности
- похолодание конечности
- отсутствие активных движений в суставах конечности
- произвольные мышечные сокращения
- тотальная мышечная контрактура и субфасциальный отёк

//№12 вопрос14

При развитии острого тромбоза подколенной артерии, ишемии IA степени у больного с геморрагическим инсультом необходима:

- экстренная тромбэктомия
- тромболитическая терапия
- антикоагулянтная терапия
- симптоматическая терапия
- первичная ампутация конечности

//№12 вопрос15

Наиболее частой причиной острого тромбоза артерий нижних конечностей является

- облитерирующий тромбангит
- облитерирующий атеросклероз
- травма артерии
- экстравазальная компрессия артерии
- полицитемия

//№12 вопрос16

Для острой ишемии конечности IIВ степени, развившейся вследствие эмболии бедренной артерии, не характерно:

- боль в конечности
- "мраморный" рисунок кожных покровов
- похолодание конечности
- отсутствие активных движений в суставах конечности
- мышечная контрактура

//№12 вопрос17

В дифференциальной диагностике острых артериальных тромбозов от эмболии важной роли не играет:

- перемежающаяся хромота
- возраст
- ангиография
- мерцательная аритмия

//№12 вопрос18

При эмболии бедренной артерии, ишемии конечности IIБ степени методом выбора является

- тромболитическая терапия стрептазой
- антикоагулянтная терапия
- экстренная восстановительная операция

- первичная ампутация конечности
- чрескожная интраваскулярная дилатация артерии

//№12 вопрос19

Это наиболее характерно для II степени ишемии при остром артериальном тромбозе

- онемение, похолодание, парестезии
- боли
- парезы, параличи
- субфасциальный отек
- мышечная контрактура

//№12 вопрос20

Отличительным признаком артериального тромбоза от артериальной эмболии не является:

- более постепенное развитие заболевания
- более быстрое развитие заболевания
- более или менее выражены коллатерали
- профессия пациента
- фоновое заболевание облитерирующий атеросклероз

//№12 вопрос21

Выберите признак, характерный для артериальной эмболии:

- абсолютное показание к операции
- никогда экстренно и срочно не оперируют
- всегда предшествует перемежающаяся хромота
- назначают тромболитики без антикоагулянтов
- назначают антибиотики резерва

//№12 вопрос22

Неверно для артериальной эмболии:

- эмболом чаще всего является оторвавшаяся часть тромба
- частой причиной заболевания является инфаркт миокарда с нарушением ритма сердечных сокращений
- причиной заболевания часто бывает венозный илео-феморальный тромбоз
- признаком некроза является мышечная контрактура
- как правило, эмбол локализуется в области ветвления артерий

//№12 вопрос23

Неверно для артериального тромбоза:

- предшествует нарушение целостности сосудистой стенки
- фоновым заболеванием может быть сахарный диабет
- предшествует замедление кровотока
- способствует развитию заболевания гиперкоагуляция и гиповолемия
- всегда необходимо экстренно оперировать

//№12 вопрос24

Для диагностики уровня острой окклюзии артерий нижних конечностей вы используете

- реовазографию
- КТ
- МРТ
- ангиографию
- термометрию

//№12 вопрос25

Неверно для острой мезентериальной ишемии

- требует срочного лечения и хирургического вмешательства
- для диагностики используют ангиографию

- возможна диагностическая лапароскопия
- при вмешательстве возможны эмболэктомия, шунтирование артерий, резекция кишки
- без операции летальность составляет 50%

//№12 вопрос26

Что не нетипично для синдрома Лериша?

- нарушение сексуальной функции с исчезновением способности к эрекции и эякуляции
- нарушение спермогенеза и сперматогистогенеза
- слабость и быстрая утомляемость нижних конечностей
- атрофия мышц нижних конечностей
- синяя пятнистая окраска подошвенных поверхностей

//№12 вопрос27

Хроническая артериальная ишемия нижних конечностей не проявляется

- облысением конечности
- деформацией ногтей
- атрофией кожи
- атрофией мышц
- трофической язвой голени

//№12 вопрос28

Симптомы болезни Рейно

- поражение нижних конечностей
- мигрирующий тромбофлебит верхних конечностей
- некроз ногтевых фаланг стоп
- язвы на голени
- боли в дистальных отделах верхних конечностей, симметричность поражения, некроз ногтевых фаланг

//№12 вопрос29

Облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей характеризуется

- летучими болями в суставах конечности
- перемежающейся хромотой
- молниеносным некрозом стопы
- возникновением трофических язв в области коленных суставов
- сопутствующим тромбофлебитом глубоких вен

//№12 вопрос30

Симптом плантарной ишемии характерен для

- постфлебитического синдрома
- болезни Рейно
- варикозного расширения поверхностных вен
- цирроза печени
- облитерирующего атеросклероза

//№12 вопрос31

Синдром Лериша - это

- брахиоцефальный неспецифический артериит
- атеросклеротическая окклюзия бифуркации брюшной аорты
- капиллярпатия дистальных отделов конечности
- мигрирующий тромбангиит
- окклюзия нижней полой вены

//№12 вопрос32

Для синдрома Лериша характерно все, кроме

- похолодания нижних конечностей

- бледности кожных покровов
- мигрирующего тромбофлебита нижних конечностей
- болей в ягодицах при сидении
- импотенции

//№12 вопрос33

Современной теорией, объясняющей этиологию облитерирующего эндартериита, является

- никотиновая
- эндокринная;
- инфекционно-аллергическая
- кортико-висцеральная
- тромбогенная

//№12 вопрос34

При 1 стадии облитерирующего эндартериита методом выбора является

- консервативное лечение
- поясничная симпатэктомия
- периаартериальная симпатэктомия
- восстановительная сосудистая операция
- первичная ампутация

//№12 вопрос35

В консервативном лечении облитерирующего эндартериита 2 стадии не применяют:

- реологически активные вещества
- кортикостероиды
- витамины группы В
- никотиновую кислоту
- антибиотики

//№12 вопрос36

При проведении дифференциальной диагностики между облитерирующим атеросклерозом и эндартериитом решающую роль играет

- проба Оппеля
- данные реовазографии
- данные аорто-артериографии
- данные радионуклидного исследования с  $^{99}\text{Tc}$  (технецием) пирофосфатом
- проба Самуэляса

//№12 вопрос37

При сегментарной атеросклеротической окклюзии бедренной артерии, хронической ишемии конечности II б стадии, методом выбора является

- консервативное лечение
- поясничная симпатэктомия
- реконструктивная сосудистая операция
- тромбэктомия катетером Фогарти
- первичная ампутация конечности

//№12 вопрос38

При облитерирующем эндартериите IIIБ стадии у больного 38 лет в случае окклюзии подколенной и передней большеберцовой артерии операцией выбора является

- профундопластика
- эндартерэктомия из подколенной артерии
- бедренно-задне-большеберцовое шунтирование
- чрескожная интраваскулярная дилатация катетером Грюнтцига

- первичная ампутация

//№39 вопрос39

Для хронической ишемии нижних конечностей на почве облитерирующего эндартериита не характерно:

- перемежающаяся хромота
- значительный отек, бедра и голени
- бледность кожных покровов
- понижение температуры кожных покровов
- атрофическое истончение кожи

//№40 вопрос40

Ангиографическими признаками облитерирующего эндартериита являются все перечисленные, кроме

- равномерного сужения артерии
- диффузного характера окклюзии
- конической формы обрыва контрастирования сосуда
- изъеденности контура магистральных артерий
- множественных мелких, извитых суженных коллатеральных ветвей

//№41 вопрос41

При атеросклеротической окклюзии бедренной артерии с поражением также и подколенной и большеберцовых артерий у больного 83 лет с хронической ишемией 4 стадии, гангреной стопы методом выбора является

- консервативное лечение
- поясничная симпатэктомия
- реконструктивная сосудистая операция
- первичная ампутация
- микрохирургическая трансплантация большого сальника на голень

//№42 вопрос42

При облитерирующем эндартериите наиболее часто поражаются

- дуга аорты и брахиоцефальный ствол
- грудной отдел аорты
- бифуркация аорты
- бедренная артерия
- артерии голени

//№43 вопрос43

Ангиографическими признаками облитерирующего атеросклероза сосудов нижних конечностей являются все перечисленные, кроме

- изъеденности контура артерии
- неравномерного сужения магистральных сосудов
- кальциноза артерии
- равномерного конического сужения магистральной артерии с ровными контурами и ее обрыва с плохо развитыми коллатералиями
- крупных прямых, хорошо развитых коллатералий

//№44 вопрос44

При хирургическом лечении синдрома Лериша лучшим методом будет

- поясничная симпатэктомия
- периаартериальная симпатэктомия
- бифуркационное аорто-бедренное шунтирование
- одностороннее аорто-бедренное шунтирование
- тромбэктомия катетером Фогарти

//№45 вопрос45

При лечении больного со стенозом общей подвздошной артерии на протяжении 2 см, суживающим сосуд на 2/3 просвета, методом выбора является

- бифуркационное аорто-бедренное шунтирование
- одностороннее подвздошно-бедренное шунтирование
- одностороннее бедренно-подколенное шунтирование
- чрескожная интраваскулярная дилатация и стентирование
- поясничная симпатэктомия

//№46 вопрос46

При облитерирующем атеросклерозе в первую очередь поражаются

- большеберцовые артерии
- подколенная артерия
- бедренная артерия
- артерии стопы
- бифуркация аорты и подвздошные артерии

//№47 вопрос47

Для второй стадии хронической ишемии нижних конечностей характерно

- только зябкость, парестезии, судороги
- перемежающаяся хромота по прохождении 500 м
- боли в покое
- перемежающаяся хромота по прохождении 200-300 м
- боли при прохождении 25-100 м

//№48 вопрос48

Для выявления хронической ишемии нижних конечностей не используете

- компьютерную томографию
- дуплексное ангиосканирование
- ультразвуковую доплерографию
- реовазографию
- ангиографию

//№49 вопрос49

Это не верно для облитерирующего эндартериита

- является заболеванием 20-30-летних
- поражаются дистальные артерии нижних конечностей
- развитию заболевания способствуют переохлаждение, курение
- часто применяют операцию симпатэктомию
- является основной причиной хронической ишемии нижних конечностей у мужчин

//№50 вопрос50

При облитерирующем атеросклерозе хирурги не выполняют

- ампутации
- симпатэктомию
- эндартерэктомию
- шунтирования и протезирования
- пересадки донорских нижних конечностей

//№51 вопрос51

При облитерирующем эндартериите хирурги не выполняют

- ампутации
- симпатэктомию
- эндартерэктомию
- шунтирования и протезирования
- пересадки донорских нижних конечностей

//№52 вопрос52

Характерна односторонняя локализация отеков нижних конечностей при:

- венозном тромбозе;
- «нефротическом» отеке;
- «сердечном» отеке;
- «суставном» отеке.

//№53 вопрос53

Характерен цианотичный цвет кожных покровов, при:

- венозном тромбозе;
- «нефротическом» отеке;
- «сердечном» отеке;
- «суставном» отеке.

//№54 вопрос54

При осмотре в санпропускнике вы диагностировали у больной острый тромбофлебит большой подкожной вены с уровнем распространения до нижней трети бедра. Как вы поступите?

- назначите противовоспалительные препараты и компрессы с мазью Вишневского;
- назначите физиотерапию и антибиотики;
- рекомендуете строгий постельный режим, прием фенилина;
- при появлении отека конечности госпитализируете в хирургический стационар;
- экстренно госпитализируете в хирургическое отделение для консервативной терапии и динамического наблюдения.

//№55 вопрос55

В хирургическом санпропускнике вы осмотрели больную с острым восходящим тромбофлебитом БПВ с уровнем распространения до средней трети голени. Как вы поступите?

- назначите консервативную терапию без рекомендации постоянного динамического наблюдения
- госпитализируете в хирургическое отделение .
- рекомендуете консервативную терапию и динамическое наблюдение у хирурга поликлиники по месту жительства;
- при появлении отека конечности рекомендуете госпитализацию в хирургический стационар.

//№56 вопрос56

У больного клиника острого илеофemorального флеботромбоза справа.

По данным ретроградной илеокаваграфии и УЗДГ – окклюзионная форма тромбоза без флотации тромба. Ваша тактика?

- Экстренная операция – тромбэктомия катетером Фогарти.
- Консервативная терапия под наблюдением хирурга поликлиники.
- Консервативная терапия в хирургическом отделении – назначение фибринолитиков, активаторов фибринолиза, прямых антикоагулянтов, дезагрегантов, компрессионной терапии.
- Консервативная терапия в стационаре – прямые антикоагулянты, спазмолитики, дезагреганты.
- Рекомендуете эластическое бинтование нижней конечности и дообследование в условиях поликлиники.

//№57 вопрос57

При осмотре на дому вы диагностировали у больного острый тромбофлебит большой подкожной вены с уровнем распространения до границы верхней трети бедра. Как вы поступите?

- назначите противовоспалительные препараты и компрессы с мазью Вишневского;
- назначите физиотерапию и антибиотики;
- рекомендуете строгий постельный режим, прием фенилина;
- при появлении отека конечности госпитализируете в хирургический стационар;
- экстренно госпитализируете в хирургическое отделение для проведения экстренной операции.



//№58 вопрос58

При проведении дифференциальной диагностики между облитерирующим атеросклерозом и эндартериитом решающую роль играют

- проба Оппеля
- данные реовазографии
- данные аорто-артериографии
- данные радионуклидного исследования с  $^{99}\text{Tc}$  (технецием) пирофосфатом
- проба Самуэльса

//№59 вопрос59

При сегментарной атеросклеротической окклюзии бедренной артерии, хронической ишемии конечности II Б стадии методом выбора является

- консервативное лечение
- поясничная симпатэктомия
- реконструктивная сосудистая операция
- тромбэктомия катетером Фогарти
- первичная ампутация конечности

//№60 вопрос 60

Назовите основное звено патогенеза в развитии варикозной болезни:

- Венозный рефлюкс (обратный ток крови через несостоятельные клапаны) Эффект гравитации. Несостоятельность соединительной ткани стенки вены.
- Эффект гравитации.
- Несостоятельность соединительной ткани стенки вены.
- Повышенное артериальное давление (Гипертоническая болезнь).

//№61 вопрос61

Отек обеих нижних конечностей характерный ранний признак для:

- заболеваний вен нижних конечностей;
- заболеваний почек;
- заболеваний сердца;
- заболеваний суставов.

//№62 вопрос62

У больного вы диагностировали острый илеофemorальный флеботромбоз слева. По данным ретроградной илеокаваграфии – флотирующая форма тромбоза. Ваша тактика?

- Экстренная операция – тромбэктомия катетером Фогарти.
- Консервативная терапия под наблюдением хирурга поликлиники.
- Консервативная терапия в хирургическом отделении – назначение фибринолитиков, активаторов фибринолиза, прямых антикоагулянтов, дезагрегантов, компрессионной терапии.
- Консервативная терапия в стационаре – прямые антикоагулянты, спазмолитики, дезагреганты.
- При тяжелом состоянии больного – установка каво-фильтра, при отсутствии высокого операционного риска – тромбэктомия катетером Фогарти.

//№63 вопрос63

У больного отек, боли и синюшность кожных покровов левой нижней конечности. Подкожные вены не изменены. Ваш диагноз?

- Острый тромбоз глубоких вен левой голени.
- Острый тромбофлебит БПВ правой нижней конечности.
- Острый тромбофлебит БПВ левой нижней конечности.
- ПТФС левой нижней конечности.
- Варикозная болезнь левой нижней конечности.

//№64 вопрос64

Укажите наиболее опасное осложнение тромбоза глубоких вен нижней конечности:

- трофическая язва голени;
  - эмболия легочной артерии;
  - флебит варикозных узлов;
  - облитерация глубоких вен;
  - слоновость.
- }

//№65 вопрос65

Назовите симптомы острого тромбоза подвздошно-бедренного венозного сегмента:

- гиперемия кожи бедра в области прохождения вен;
- отек стопы и голени; . распирающие боли в бедре , увеличение объема бедра и голени;
- распирающие боли в бедре;
- увеличение объема бедра и голени;
- бледность кожных покровов бедра.

//№66 вопрос66

Возникновению тромбоза в магистральных сосудах нижних конечностей способствует:

- повышение адгезии тромбоцитов; снижение скорости кровотока;
- гиперкоагуляционное состояние крови;
- повреждение эндотелия сосудов;
- повышение способности эритроцитов к агрегации.
- все верно.

//№67 вопрос67

С какими заболеваниями необходимо дифференцировать развившуюся варикозную болезнь нижних конечностей?

- посттромботической болезнью нижних конечностей; пороками развития глубоких вен;
- пороками развития глубоких вен;
- острым лимфангоитом;
- врожденными артерио-венозными свищами;
- острым илео-фemorальным венозным тромбозом.

//№68 вопрос68

ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ НА ПОЧВЕ ОБЛИТЕРИРУЮЩЕГО ЭНДАРТЕРИИТА ХАРАКТЕРНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ЯВЛЯЮТСЯ

- перемежающаяся хромота, бледность кожных покровов
- значительный отек, бедра и голени
- бледность кожных покровов
- повышение температуры кожных покровов
- атрофическое истончение кожи

//№69 вопрос69

С какими факторами связано развитие трофических расстройств кожи при варикозной болезни нижних конечностей?

- окклюзия мелких артерий;
- несостоятельность перфорантных вен; несостоятельность клапанов ствола большой подкожной вены;
- несостоятельность клапанов ствола большой подкожной вены;
- острый тромбоз глубоких вен голени;
- дерматит.

//№70 вопрос70

У больной, ранее перенесшей острый тромбоз глубоких вен правой нижней конечности, при осмотре выявлен рисунок варикозно-трансформированных подкожных вен, отечность нижней конечности.

Трофических расстройств нет. Ваш диагноз?

- ПТФС правой нижней конечности, отечно-варикозная форма.

- Варикозная болезнь правой нижней конечности.
- ПТФС правой нижней конечности, варикозно-трофическая форма.
- ПТФС правой нижней конечности, язвенно-некротическая форма.
- Флебоангиодисплазия.

//№71 вопрос71

Связь с временным фактором, «острое» появление отека характерно при:

- венозном тромбозе;
- «нефротическом» отеке;
- «сердечном» отеке;
- «суставном» отеке.

//№72 вопрос72

Выберите симптомы, характерные для острого тромбоза глубоких вен голени:

- отек всей нижней конечности;
- умеренные боли в икроножных мышцах; положительный симптом Хоманса; небольшой отек стопы и нижней трети голени;
- небольшой отек стопы и нижней трети голени;
- положительный симптом Хоманса;
- положительный симптом перемежающейся хромоты.

//№73 вопрос73

К ОСТРОМУ ИШЕМИЧЕСКОМУ СИНДРОМУ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ОТНОСЯТ ВСЁ, КРОМЕ

- отсутствия пульса
- парестезий
- трофических язв
- паралича конечностей
- бледности кожных покровов и болей

//№74 вопрос74

Вас пригласили на дом к больной 20 лет с беременностью 38 недель. При осмотре вы диагностировали илеофemorальный венозный тромбоз. Что следует предпринять?

- госпитализировать больную в родильный дом;
- проводить консервативную терапию в домашних условиях;
- характер лечения - после определения индекса протромбина в амбулаторных условиях;
- госпитализировать больную в сосудистое отделение;
- направить больную в женскую консультацию.

//№75 вопрос75

У больного, 3 года назад лечившегося по поводу острого тромбоза глубоких вен правой нижней конечности, при осмотре выявлены варикозно-трансформированные подкожные вены и трофическая язва над медиальной лодыжкой голени. Ваш диагноз?

- ПТФС правой нижней конечности, отечно-варикозная форма.
- Варикозная болезнь правой нижней конечности.
- ПТФС правой нижней конечности, варикозно-трофическая форма.
- Флебоангиодисплазия.

//№76 вопрос76

У больной, по медиальной поверхности правой голени имеется трофическая язва, покрытая фибрином. Выражен подкожный рисунок варикозных вен. В анамнезе – по поводу тромбоза глубоких вен не лечилась. По УЗДГ глубокие вены проходимы. Ваш диагноз?

- ПТФС правой нижней конечности, отечно-варикозная форма.
- Варикозная болезнь правой нижней конечности.
- ПТФС правой нижней конечности, варикозно-трофическая форма.

- Варикозная болезнь правой нижней конечности, осложненная трофической язвой, в стадии гидратации.
- Варикозная болезнь правой нижней конечности, осложненная трофической язвой, в стадии дегидратации.

//№77 вопрос77

У больного, перенесшего резекцию желудка по поводу рака, с помощью ретроградной илиокавографии выявлен флотирующий тромб в инфраренальном сегменте нижней полой вены. Какой метод хирургической профилактики тромбоэмболии легочной артерии наиболее целесообразен в данном случае?

- тромбэктомия из нижней полой вены;
- перевязка нижней полой вены;
- пликация нижней полой вены пластмассовой клеммой;
- имплантация зонтичного кава-фильтра.

//№78 вопрос78

**ОПЕРАЦИЯ ЭМБОЛ- И ТРОМБОЭМБОЛЭКТОМИЯ ПРИ ОСТРОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ БИФУРКАЦИИ АОРТЫ И АРТЕРИЙ КОНЕЧНОСТИ, ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ИШЕМИИ ПОКАЗАНА ВО ВСЕХ СЛУЧАЯХ, КРОМЕ**

- случаев развития острого инфаркта миокарда
- случаев острого ишемического инсульта
- случаев абсцедирующей пневмонии
- случаев развития тотальной контрактуры пораженной конечности
- все неверно

//№79 вопрос79

Что можно рекомендовать для консервативного лечения варикозного расширения вен нижних конечностей?

- регулярное плавание; Б. теплые термальные и плавательные бассейны;
- переменные бассейны, использование экстрактов с тонизирующим и антиотечным действием;
- ходьба в эластичных чулках.
- все верно.

//№80 вопрос80

Симптомы варикозного расширения вен нижних конечностей все, кроме:

- отека дистальных отделов конечности к концу дня;
- судорог в ногах по ночам;
- резких болей в икроножных мышцах при ходьбе (перемежающаяся хромота);
- трофических расстройств кожи в нижней трети голени;
- наличия расширенных вен.