

**МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
ОШСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
ЦЕНТР ПОСЛЕДИПЛОМНОГО И НЕПРЕРЫВНОГО МЕДИЦИНСКОГО
ОБРАЗОВАНИЯ
Отдел программ хирургических специальностей**

РАССМОТРЕНО

На заседании отдела протокол № 36

от « 25 » 05 2023-года

Рук.отд. Белеков Ж.О. 

УТВЕРЖДАЮ

Председатель УМК ЦПиНМО

Пр № 9 от « 26.05 » 2023-года

Калыбекова К.Д. 

ФОНД ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ

Для итоговой государственной аттестации по специальности


«Хирургия»


На 20 22 -20 23 учебный год

3-курс

Наименование дисциплины	Всего часов 4608	Аудиторные занятия 10% (384 ч)		Практика 90%(4224ч)
		Лекции	Семинарские	-
ОКД	864	36	36	792
СД	3120	130	130	2860
ВК	432	18	18	396
Аттестации	192	8	8	176

Составители:

1. ФИО Турбаев З.А подпись /  /

2. ФИО Муратов У.Р подпись /  /

Эксперт –тестолог: ФИО Аскарров Г.У подпись /  /

г.Ош – 2023

№	Название дисциплины	Количество тестовых задач	% ное соотношение
1	Раздел: Хирургия легких и плевры	17	4,8 %
2	Раздел хирургия селезенки	17	4,8%
3	Раздел:Амбулаторно поликлинический раздел (амбулаторная хирургия)	66	18,8 %
4	Раздел острый аппендицит	32	9,1 %
5	Раздел хирургия грыжи живота	42	12%
6	Раздел хирургия желудка и 12 п.к.	40	11,4%
7	РАЗДЕЛ Хирургия ЖВП, ЖП, ПЖЖ.Раздел острый и хронический панкреатит. Кисты и свищи	99	28,3 %
8	Раздел острый гнойный перитонит	17	4,8%
9	Раздел хирургия печени	20	5,7%
Итого:		350	100%

Раздел: Хирургия легких и плевры

1. При осмотре больного, перенесшего пневмонию, хирург выявил отставание в дыхании правой половины грудной клетки, отсутствие голосового дрожания в этой зоне, ослабление дыхания и резкое притупление перкуторного звука. Назовите, о каком осложнении свидетельствует описанная клиническая картина?

- а) об абсцессе легкого
- б) о рецидиве пневмонии
- в) о выпотном плеврите
- г) о гангрене легкого

2. Больной упал с высоты 7-этажного дома и доставлен в тяжелом состоянии с явлениями шока. 3. Диагностирован левосторонний напряженный пневмоторакс, эмфизема средостения. Срочно дренирована левая плевральная полость. По дренажу в большом количестве поступает воздух, легкое не расправляется. Введение второго дренажа и активная аспирация по обоим дренажам не изменили ситуации, нарастает дыхательная недостаточность, прогрессирует эмфизема средостения. Остается коллапс легкого. При бронхоскопии обнаружен дефект стенки левого главного бронха, закрытый сгустком крови.

Укажите какую хирургическую тактику следует выполнить больному ?

- а) продолжить активную аспирацию по 2 м дренажам с увеличением вакуума
- б) произвести верхнюю переднюю медиастинотомию
- в) выполнить левостороннюю торакотомия, наложить первичный шов бронха
- г) сделать левостороннюю пневмоэктомию

3. Больная попала в автомобильную катастрофу. Доставлена в тяжелом состоянии: кровохарканье, одышка, парадоксальное движение правой половины грудной клетки. Рентгенологически выявлен «окончатый» перелом 7-ми ребер справа по среднеключичной и среднеподмышечной линиям с отхождением отломков 4-го ребра, гемопневмоторакс. АД 90\60 мм рт.ст., пульс 112 уд. в минуту, слабого наполнения и напряжения. При плевральной пункции эвакуирована кровь, свертывающаяся в шприце; свободно в шприц поступает воздух.

Выберите действие хирурга для оказания помощи больному.

- а) в дренировании плевральной полости
- б) В предварительном дренировании плевральной полости перед торакотомией
- в) в немедленной торакотомии, ушивании ткани легкого, остеосинтезе

г) в повторных плевральных пункциях в сочетании с консервативной терапией

4. Больной поступил в клинику с жалобами на сильный кашель с гнойной мокротой с неприятным запахом, повышенную температуру. Болез 4 месяца. Состояние удовлетворительное. Перкуторно над легкими слева укорочение перкуторного звука. Аускультативно наряду с сухими и влажными хрипами амфорическое дыхание. На рентгенограмме в нижней доле слева полость с горизонтальным уровнем жидкости и перифокальным воспалением. Наиболее вероятный диагноз?

а. Туберкулез легких

б. Абсцесс легкого

в. Рак легкого с распадом

г. Нагноившаяся киста легкого

5. У больного в терапевтическом отделении диагностирован острый абсцесс легкого. Возникло кровотечение, которое к моменту осмотра хирурга остановилось. Дальнейшая тактика?

а. Больной наблюдается в терапевтическом отделении

б. Проводится гемостатическая терапия в терапевтическом отделении

в. Больной переводится в торакальное отделение и при возобновлении кровотечения оперируется

г. Больной оперируется в экстренном порядке

6. У больного 35 лет, находившегося на лечении в больнице, в течение 4 недель по поводу пневмонии, внезапно появился кашель, отошло большое количество зловонной мокроты (при стоянии в банке разделилась на три слоя: внизу – гной, в середине – серозная жидкость, вверху – пенистый слой), температура тела уменьшилась, состояние больного улучшилось. Что произошло с больным?

а. Наступило излечение пневмонии

б. Вскрылся абсцесс в бронхиальное дерево

в. Развился пиопневмоторакс

г. Развилась гангрена легкого и переход процесса на плевральную полость

7. Больной 78 лет, жалуется на боли в левой половине грудной клетки, кашель с выделением мокроты с примесью крови, температура – 37,2. На рентгенограмме в

нижней доле левого легкого выявлена тень без четких контуров с полостью в центре. Предположительный диагноз?

- а. Рак легкого с распадом
- б. Острый абсцесс легкого
- в. Левосторонняя пневмония
- г. Буллезный болезнь

8. Больной 39 лет, ведущий асоциальный образ жизни (БОМЖ), поступил в тяжелом состоянии на 12-й день от начала заболевания. После переохлаждения повысилась температура до 40°, боли в грудной клетке. При осмотре – признаки гнойной интоксикации и дыхательной недостаточности. На рентгенограмме на фоне массивного затемнения, занимающего верхнюю, среднюю и верхушечный сегмент нижней доли, видны множественные, различных размеров, едва заметные и крупные, с горизонтальными уровнями и без них деструкции (стадия распада некротических участков). Выделяет большое количество зловонной пенистой мокроты вида «мясных помоев». Ваш диагноз?

- а. Абсцесс левого легкого
- б. Туберкулез левого легкого
- в. Рак правого легкого с распадом
- г. Гангрена правого легкого

9. Больная 33 лет, страдает частыми простудными заболеваниями с детства, лечилась неоднократно по поводу бронхитов, пневмоний. Обострения сопровождаются повышением температуры тела, отделением большого количества слизисто-гнойной мокроты по утрам, боли в груди, одышка. В последние месяцы в мокроте появились прожилки крови. Ваш предположительный диагноз?

- а. Бронхоэктатическая болезнь, I стадия
- б. Бронхоэктатическая болезнь, стадия нагноения бронхоэктазов
- в. Абсцесс легкого
- г. Плеврит

Определение степени дыхательной недостаточности и в зависимости от полученных 3,4,5 ответов результатов решение вопроса об операции.

10. Больной 45 лет, жалуется на боли в левой половине грудной клетки, повышение температуры до 40°, общую слабость. Лечился две недели амбулаторно. Объективно: бледность кожных покровов, акроцианоз, укорочение перкуторного звука по всем полям слева, при аускультации дыхание не прослушивается. На рентгенограмме гомогенное затемнение на всем протяжении левой плевральной полости, легочной рисунок не определяется, синусы не дифференцируются, межреберные промежутки расширены, тень сердца и средостения смещены вправо. Укажите ваш Диагноз?

- а. Пиопневмоторакс слева
- б. Левосторонняя тотальная эмпиема
- в. Гангрена легких
- г. Декортикация легкого

11. Больной лечится в торакальном отделении 4 месяца, проводится комплексное консервативное лечение по поводу абсцесса легкого. Отмечается улучшение общего состояния, снижение температуры до 37,4, уменьшение признаков интоксикации. На рентгенограмме определяется полость 8х7 см с плотными краями, выраженная инфильтрация окружающих тканей, в полости секвестр легочной ткани 3х3 см. Укажите Ваш уточненный диагноз, дальнейшее лечение?

- а. Гангрена легкого. Операция в плановом порядке.
- б. Хронический абсцесс легкого (с наличием секвестра в полости абсцесса)
Оперировать больного
- в. Эмпиема легкого. Продолжать интенсивную консервативную терапию
- г. Плеврит. Выписать больного на амбулаторное лечение

12. Больная 25 лет, поступила в торакальное отделение с клиникой эмпиемы плевры. Обследована клинически, лабораторно, рентгенологически. Диагноз: хроническая эмпиемы плевры. Дежурным врачом выполнено дренирование, удален гной, дренаж подсоединен к системе Субботина, однако давление не удерживается. Выберите в чем причина, что делать?

а. Дренирование не следовало было проводить, так как не удерживается отрицательное давление в системе Субботина.

б. У больной имеется бронхиальный свищ

в. Необходимо оперировать больную в экстренном порядке

г. Другая причина надо обследовать

13. Укажите какая радикальная операция применяется при хроническом абсцессе с локализацией в У1 сегменте правого легкого?

а. Декортикация легкого

б. Нижнедолевая лобэктомия справа

в. Торакопластика

г. Пневмонэктомия

14. Назовите что является показанием к срочному хирургическому вмешательству при бронхоэктатической болезни%

а. Легочное кровотечение

б. 2-3 стадия развития заболевания

в. Безуспешность консервативного лечения

г. Двухстороннее поражение легких

15. Укажите сроки дренирования плевральной полости при острой эмпиеме плевры у больного 40 лет:

а. 10 дней

б. 3 недели

в. 1 месяц

г. До полного расправления легкого и отсутствия отделяемого по дренажу

16. Мужчина 28 лет доставлен в приемное отделение ЦРБ через два часа после травмы. Получил удар ножом в левую половину груди.

Состояние тяжелое, сознание ясное. Покрыт холодным потом, кожа бледная, пульс 120 в мин, АД 80 и 40 мм рт ст. В четвертом межреберье по среднеключичной линии слева рана 1,5 на 0,5 см с ровными краями, острыми углами, из раны выделяется воздух и алая кровь. При перкуссии укорочение перкуторного звука с уровня средней подмышечной линии (больной лежит), при аускультации дыхание слева резко ослаблено. Левая и правая граница сердца перкуторно расширены, верхушечный толчок не определяется. На ЭКГ – зона ишемии в переднее-боковых отделах левого желудочка. На рентгеновском снимке в прямой проекции сглажена талия сердца, тень сердца в форме трапеции. В плевральной полости равномерное затемнение над всем легочным полем.

Назовите предварительный диагноз данному случае?

- А) тампонада сердца, с повреждением левой доли печени
- Б) ранение сердца, внутрибрюшное кровотечение
- В) Проникающее ножевое ранение груди слева, ранение сердца, тампонада сердца
- Г) ранение груди слева и скользящая ранение сердца

17. При осмотре больного, перенесшего пневмонию, хирург выявил отставание в дыхании правой половины грудной клетки, отсутствие голосового дрожания в этой зоне, ослабление дыхания и резкое притупление перкуторного звука. Назовите, о каком осложнении свидетельствует описанная клиническая картина?

- а) об абсцессе легкого
- б) о рецидиве пневмонии
- в) о выпотном плеврите
- г) о гангрене легкого

(Раздел: Хирургия легких и плевры 17 вопросов)

Раздел хирургия селезенки

1. Укажите как должен поступить врач при осмотре больного в алкогольном опьянении, доставленного с места автокатастрофы с подозрением на повреждение селезенки в приемный покой больницы?:

- а. Осмотреть больного, сделать анализ крови, мочи и при хороших показателях крови и гемодинамики отправить больного домой
- б. В подобной ситуации, отправить больного домой и сообщить в поликлинику о необходимости активного наблюдения за больным
- в. В подобной ситуации, отправить больного домой без рекомендаций и сообщить в милицию

г. В подобной ситуации, госпитализировать больного в хирургическое отделение для более детального обследования

2. Назовите чем характеризуются постспленэктомический сепсис?

а. Может развиваться в первые два года после спленэктомии

б. Часто сопутствует спленэктомии по поводу травмы

в. Наиболее высок риск развития у пожилых

г. Внезапное и молниеносное начало заболевания

3. Укажите наиболее частое осложнение после спленэктомии

а. Поддиафрагмальный абсцесс

б. Кровотечение

в. Некроз стенки желудка

г. Тромбоз глубоких вен голени

4. 30-летний пациент доставлен в больницу после автокатастрофы с жалобами на боли в животе слабость, головокружение. Кожные покровы. АД не определяется, пульс 140 на сонных артериях, в левом подреберье кровоподтек от удара. Дыхание выслушивается Назовите неотложную помощь?

а. Выполнить диагностическую лапароскопию

б. Немедленно доставить больного в операционную и выполнить лапаротомию

в. Вызвать на консультацию терапевта

г. Выполнить рентгенографию органов брюшной полости

5. У больного, 30 лет, перенесшего малярию, во время резкого движения, появились умеренные боли в животе, головокружение, АД 90/60 мм рт.ст., тахикардия. Что у больного?

а. Разрыв селезенки, внутрибрюшное кровотечение

б. Почечную колику

в. Желудочно-кишечное кровотечение

г. разрыв печени

6. Больной 40 лет, страдающий миелолейкозом, после ушиба живота осмотрен в приемном отделении и отпущен домой. На 3-и сутки появилась слабость, потеря сознания, тахикардия. АД 60/40. Укажите что с больным?

а. Двухмоментный разрыв селезенки

б. Заворот селезенки

в. Инфаркт селезенки

г. разрыв аорты

7. Укажите какой из органов брюшной полости наиболее часто травмируется при автокатастрофе:

а. Почки

б. Селезенка

в. Мочевой пузырь

г. Желчный пузырь

8. Назовите на каком основании поставится диагноз повреждения селезенки

а. палпаторно

б. Снижении показателей красной крови, показателей гематокрита, ОЦК

в. УЗИ селезенки и брюшной полости

г. в динамическом наблюдением

9. Больной поступил в клинику после того как был сбит грузовой машиной. Бледен, АД 80/40 мм рт.ст., пульс 120 ударов в минуту. Беспокоят сильные боли в правой половине живота. При перкуссии в отлогих местах брюшной полости определяется наличие свободной жидкости.

Назовите какое кровотечение имеет место в данном случае?

А) Паренхиматозное, внутреннее.

Б) Желудочное кровотечение

В) Легочное кровотечение

Г) Лимфоррея

10. Больной 42 лет, оперированный 2 года назад по поводу разрыва селезёнки, поступил в клинику с жалобами на острую боль в животе, возникшую 2 часа назад, частые позывы на рвоту. Боли носят схваткообразный характер. Стула нет, газы не отходят. Беспокоен, громко кричит. Живот вздут больше в верхней половине, перитонеальные симптомы сомнительные, выражено напряжение мышц передней брюшной стенки. Рентгенологически выявляются многочисленные уровни и чаши Клойбера.

Укажите есть ли необходимость в дополнительных инструментальных исследованиях больного?

А) КТ исследование

Б) нужны

В) Не нужны.

Г) УЗИ

11. Как должен поступить врач при осмотре больного в алкогольном опьянении, доставленного с места автокатастрофы с подозрением на повреждение селезенки в приемный покой больницы?:

а. Осмотреть больного, сделать анализ крови, мочи и при хороших показателях крови и гемодинамики отправить больного домой

б. В подобной ситуации, отправить больного домой и сообщить в поликлинику о необходимости активного наблюдения за больным

в. В подобной ситуации, отправить больного домой без рекомендаций и сообщить в милицию

г. В подобной ситуации, госпитализировать больного в хирургическое отделение для более детального обследования

12. Разрывы селезенки возникают спонтанно и при травме. Выберите верное утверждение относительно разрывов селезенки:

а. Резецируют область вокруг небольших разрывов капсулы

б. При массивных разрывах селезенки сочетающихся с повреждениями других органов, пытаются сохранить селезенку

в. Удаление селезенки безвредно, т.к. иммунологические функции органа не значимы

г. Вторичные разрывы селезенки (разрывы субкапсулярной гематомы) возникают в течение двух недель после травмы

13. 30-летний пациент доставлен в больницу после автокатастрофы с жалобами на боли в животе слабость, головокружение. Кожные покровы. АД не определяется, пульс 140 на сонных артериях, в левом подреберье кровоподтек от удара. Дыхание выслушивается Неотложная помощь?

а. Выполнить диагностическую лапароскопию

б. Немедленно доставить больного в операционную и выполнить лапаротомию

в. Вызвать на консультацию терапевта

г. Выполнить рентгенографию органов брюшной полости

14. У больного, 30 лет, перенесшего малярию, во время резкого движения, появились умеренные боли в животе, головокружение, АД 90/60 мм рт.ст., тахикардия. Что у больного?

а. Разрыв селезенки, внутрибрюшное кровотечение

б. Разрыв печени

в. Желудочно-кишечное кровотечение

г. Разрыв брыжейки тонкого кишечника

15. Больной 40 лет, страдающий миелолейкозом, после ушиба живота осмотрен в приемном отделении и отпущен домой. На 3-и сутки появилась слабость, потеря сознания, тахикардия. АД 60/40. Что с больным?

- а. Двухмоментный разрыв селезенки
- б. Заворот селезенки
- в. Инфаркт селезенки
- г. Разрыв хвостатой части поджелудочной железы

16. У взрослых размеры и вес селезенки в норме:

- а. Длина 80-150 мм, ширина 60-90, толщина 40-60, вес 140-250 г
- б. Длина 50-80 мм, ширина 40-60 мм, толщина 30-35, вес 60-120 г
- в. Длина 150-200 мм, ширина 40-60 мм, толщина 32-38 мм, вес 260-380 г
- г. Длина 180, ширина 95-105 мм, толщина 70-80 мм, вес 400-500 г

17. Кровоснабжение селезенки осуществляет селезеночная (a.lienalis) артерия, которая отходит:

- а. От брюшного отдела аорты
- б. От поджелудочной артерии
- в. От чревного ствола, являясь наиболее крупной ее ветвью
- г. От левой желудочной артерии

(Раздел: Хирургия селезенки 17 вопросов)

Раздел: Амбулаторно поликлинический раздел (амбулаторная хирургия)

1. На прием к хирургу в поликлинику явился больной с окклюзирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей, хронической артериальной ишемией. При данном заболевании выявляется:

- а. боль при движении в суставах конечностей
- б. перемежающаяся хромота
- в. радикулит
- г. возникновение трофических язв в области коленных суставов

2. Что должен назначить амбулаторный хирург больному с подозрением на перфорацию полого органа брюшной полости?

- а. гастродуоденоскопию
- б. сонографию
- в. лапароцентез
- г. обзорную рентгенографию брюшной полости

3. На прием к амбулаторному хирургу пришел больной с обострением хронического калькулезного холецистита. При осмотре выявляется иктеричность склер, беспокоит зуд, моча темная, кал ахоличный. Какой тип желтухи наблюдается у данного пациента?

- А. надпеченочная
- б. печеночная
- в. подпеченочная
- г. гемолитическая

4. Атеросклероз сосудов конечностей приводит к:

- А.роже;
- б.варикозному расширению вен;
- в.гангрене;
- г.артрозу;

5. Какие из выявленных хирургом на приеме в поликлинике патологических состояний обусловили прогрессирование у больного варикозной болезни?

- А. нарушение клапанного аппарата вен
- б. нарушения свертывания крови
- в. патология артериального кровотока в конечности
- г. сердечная слабость

6. В поликлинику обратился больной 61 года с жалобами на периодические боли в мышцах голени, особенно при ходьбе (около 100-150 м) или подъеме по лестнице. Особенно плохо чувствует себя зимой. Является курильщиком с 35-летним стажем. При объективном исследовании выявлено отсутствие пульса на стопах и резкое ослабление на правой подколенной артерии. Установлен диагноз: облитерирующий атеросклероз нижних конечностей. Укажите стадию заболевания:

- А. I
- б. II
- в. III
- г. IV

7. Больной 31 года обратился с жалобами на повышение температуры до 38 °С, боли в поясничной области, припухлость. Во время осмотра в правой поясничной области найдено болезненный инфильтрат размером 5×6 см, кожа над ним багрового цвета, в центре много гнойнонекротических свищей, из которых выделяется гной. Наиболее вероятный диагноз?

- А. Абсцесс поясничной области.
- Б. Рожь.
- В. Паранефрит.
- Г. Карбункул поясничной области.
- Д. Почечная колика.

8. У больного 15 лет после выдавливания угря на лице появилось болезненное уплотнение тканей и покраснение кожи, температура тела поднялась до 38 °С. Объективно: в участке носогубного треугольника есть отек и покраснение кожи. При пальпации определяется болезненное уплотнение тканей круглой формы, размерами 2×2 см, без признаков размягчения. Ваш диагноз?

- А. Фурункул.
- Б. Воспалительный инфильтрат.
- В. Карбункул.
- Г. Абсцесс.

9. При обследовании в поликлинике хирург выявил у больного повышение температуры, боли при дефекации, наличие припухлости с гиперемией кожи на промежности. Давность заболевания - 3 суток. Для какого парапроктита характерны такие признаки?

- А. подслизистого
- б. подкожного
- в. ишиоректального
- г. пельвиоректального

10. В сельскую участковую амбулаторию к хирургу привезли тракториста с рваной раной локтевой области и артериальным кровотечением. Больному введены обезболивающие, поставлена система для внутривенных инфузий и наложен жгут выше раны. Решено направить больного специализированным транспортом в сосудистый стационар. Сколько времени может находиться жгут на конечности без

периодического распускания?

А. 1.5 час

б. 2 часа

в. 3 часа

г. 4 часа

11. К амбулаторному хирургу обратился пациент с жалобами на резкую боль во 2 пальце правой кисти, повышение температуры тела до 37,9°C. При осмотре палец резко увеличен в объеме, неправильной формы, кожа цианотична, движения в суставах пальца отсутствуют. Давность заболевания - 5 суток. Наиболее вероятный диагноз:

А. костный панариций

б. тендовагинит

в. пандактилит

г. подкожный панариций

12. К амбулаторному хирургу обратился больной с температурой 38°C, жалобами на озноб, выраженные головные боли. При осмотре в области затылка определяется плотный болезненный синюшно-багровый инфильтрат, на коже имеется несколько свищевых отверстий, через которые выделяется гной. Поставьте диагноз:

А. абсцесс

б. карбункул

в. флегмона

г. фурункул

13. К амбулаторному хирургу обратился пациент с жалобами на интенсивные, «сверлящего» характера боли на протяжении дистальной фаланги 3 пальца правой руки, повышение температуры тела до 39°C, головную боль, общее недомогание. При осмотре наблюдается колбообразное утолщение фаланги, кожа над ним гиперемирована. Давление по оси пальца резко болезненно. Давность заболевания - 3 суток. Наиболее вероятный диагноз:

А. костный панариций

б. тендовагинит

в. пандактилит

г. подкожный панариций

14. Какой метод исследования хирургу поликлиники следует назначить больному с подозрением на полипоз толстого кишечника?

А. исследование реакции Грегерсена

б. ультрасонографию

в. ректороманоскопию

г. колоноскопию

15.С каким наиболее редким осложнением варикозной болезни может встретиться амбулаторный хирург?

А. экзематозный дерматит

б. тромбоз малоберцовой вены

в. разрыв варикозного узла

г. трофическая язва

16.Какие из выявленных хирургом на приеме в поликлинике патологических состояний обусловили прогрессирование у больного варикозной болезни?

А. нарушение клапанного аппарата вен

б. нарушения свертывания крови

в. патология артериального кровотока в конечности

г. сердечная слабость

17.В поликлинику обратилась женщина, с жалобами на боли в области ниже уха, отечность. Температура ночью поднималась до 39-40 градусов. Объективно: на правой стороне лица, ниже уха отмечается гиперемия, истончение кожи. При пальпации усиление болей. Какое заболевание вы заподозрите?

А. паротит

б. отит

в. неврит

г. лимфаденит

18.К амбулаторному хирургу обратился пациент с жалобами на резкую боль во 2 пальце правой кисти, повышение температуры тела до 37,9°C. При осмотре палец резко увеличен в объеме, неправильной формы, кожа цианотична, движения в суставах пальца отсутствуют. Давность заболевания - 5 суток. Наиболее вероятный диагноз:

А. костный панариций

б. тендовагинит

в. пандактилит

г. подкожный панариций

19.К амбулаторному хирургу обратился пациент с жалобами на интенсивные, «сверлящего» характера боли на протяжении дистальной фаланги 3 пальца правой руки, повышение температуры тела до 39°C, головную боль, общее недомогание. При осмотре наблюдается колбообразное утолщение фаланги, кожа над ним гиперемирована. Давление по оси пальца резко болезненно. Давность заболевания - 3 суток. Наиболее вероятный диагноз:

А. костный панариций

б. тендовагинит

в. пандактилит

г. подкожный панариций

20.К амбулаторному хирургу обратился больной с температурой 38°C, жалобами на озноб, выраженные головные боли. При осмотре в области затылка определяется плотный болезненный синюшно-багровый инфильтрат, на коже имеется несколько свищевых отверстий, через которые выделяется гной. Поставьте диагноз:

- А. абсцесс
- б. карбункул
- в. флегмона
- г. фурункул

21. На прием к амбулаторному хирургу пришел пациент с инфицированной раной правого предплечья, от которой в виде жгута проксимально тянется полоска инфильтрации и гиперемии. Пальпация данной зоны болезненна. О развитии какого осложнения следует думать?

- А. абсцесс
- б. тендовагинит
- в. стволковой лимфангиит
- г. миозит

22. Непрерывное максимальное по продолжительности время наложения жгута на нижнюю конечность зимой составляет:

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

23. У больного 37 лет на 11 сутки после операции аппендэктомии амбулаторный хирург выявил парез кишечника, ознобы, боли в правой половине живота, отсутствие симптомов раздражения брюшины, увеличение печени и иктеричность склер. О каком осложнении операции можно думать?

- А. о перитоните
- б. о спаечной кишечной непроходимости
- в. о печеночном абсцессе
- г. об абсцессе дугласового пространства

24. Какие осложнения можно ожидать амбулаторному хирургу у больного с хроническим абсцессом легкого?

- А. кровотечение
- б. ишемическую болезнь сердца
- в. поддиафрагмальный абсцесс
- г. развитие булл в легком

25. При определении показаний к оперативному лечению зоба амбулаторному

хирургу следует исключить:

- А. тиреотоксический зоб
- б. узловой эутиреоидный зоб
- в. висцеропатическую стадию тиреотоксического зоба
- г. диффузный гипотиреоидный зоб

26. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности после выполнения больному операции по поводу инвагинации кишечника (стационарный и амбулаторный этапы):

- А. 20-30 суток
- б. 30-40 суток
- в. 40-50 суток
- г. 50-55 суток

27. Какое лечение должен назначить хирург поликлиники больной с ценкеровским дивертикулом?

- А. удаление дивертикула с миоэзофаготомией
- б. гастростомию
- в. зондовое питание
- г. эндоскопическое рассечение сужения ниже дивертикула пищевода

28. Целью бинтования нижних конечностей эластичными бинтами в послеоперационном периоде является:

- А. необходимость профилактики лимфостаза
- б. ускорение кровотока по глубоким венам
- в. замедление кровотока по глубоким венам
- г. профилактика трофических расстройств

29. При изучении данных ультрасонографии у больной с желчнокаменной болезнью хирург поликлиники диагностировал наличие желчной гипертензии. Какой диаметр холедоха будет свидетельствовать об этом?

- А. 3 мм
- б. 5 мм
- в. 8 мм
- г. 12 мм

30. Женщина 34 лет пришла на амбулаторный прием к хирургу. Жалуется на боли по медиальной поверхности левой голени в нижней и средней третях бедра. Боли появились 3 дня назад в области голени и впоследствии распространились на бедро. Температура повысилась до 37,5 °С, стала затруднительной ходьба. При осмотре по ходу варикозно измененной левой большой подкожной вены на голени и бедре имеется гиперемия кожного покрова. Пальпация в паховой области безболезненная. Отека стопы и голени нет.

С каким заболеванием необходимо дифференцировать эту патологию?

- А) лимфаденопатия
- Б) лимфорея
- В) тромбозом глубоких вен, лимфангитом
- Г) с рожистым воспалением

31. Малая подкожная вена обычно располагается:

- А. в подкожной клетчатке на всем протяжении
- Б. в подкожной клетчатке в нижней половине голени и между листками фасции в верхней
- С. между листками фасции на всем протяжении
- Г. субфасциально

32. К системе глубоких вен не относится:

- А. поверхностная вена бедра
- Б. малая подкожная вена
- В. подколенная вена
- Г. задне-большеберцовые вены

33. Истоки большой подкожной вены расположены:

- А. у медиальной лодыжки
- Б. у латеральной лодыжки
- В. на тыльной поверхности стопы
- Г. Голени

34. По глубоким венам объем оттока крови составляет:

- А. 50%
- Б. 98-100%

В. 85-90%

Г. 30 45%

35. Остиальные клапаны расположены:

А. в подвздошных венах

Б. в заднебольшеберцовых венах

В. в больших подкожных венах

Г. в устьях подкожных вен

36. Направление тока крови в прямых клапанных перфорантах:

А. из глубоких в поверхностные вены

Б. разнонаправленное в зависимости от положения тела

В. из поверхностных вен в глубокие

Г. бедренной вены

37. Больше количество коммуникантных вен расположено в:

А. верхней трети бедра

Б. нижней трети бедра

В. средней трети бедра

в. нижней трети голени

38. Основным патогенетическим фактором варикозной болезни является:

А. венозная гипертензия

Б. артериальная ишемия

В. венозный стаз

Г. микроциркуляторные расстройства

39. Относительная недостаточность клапанов поверхностных венозных магистралей приводит к развитию:

А. горизонтальный вено-венозный рефлюкс

Б. развитие телеангиоэктазий

В. артериальный стаз

Г. вертикальный рефлюкс

40. Наиболее тяжелой формой варикозной болезни является:

А. сегментарный варикоз с рефлюксом по поверхностным и перфорантным венам

Б. телеангиоэктазии

В. варикозное расширение при наличии рефлюкса по глубоким венам

Г. посттромботический синдром

41. «Золотым» стандартом диагностики в современной флебологии является:

А. рентгенография нижних конечностей

Б. флебоменометрия

В. артериоаортография

Г. ультразвуковое дуплексное ангиосканирование е. платизмография

42. Ограничением в использовании флебографии является:

А. малая информативность

Б. инвазивность

В. низкая специфичность

Г. техническая трудность пункции венозных структур

43. Для оценки проходимости глубоких вен с использованием функциональных проб используется проба:

А. Дельбе-Пертеса

Б. Шейниса

В. Гаккенбруха

Г. Броди Троянова – Тренделенбурга

44. Современной классификацией венозной недостаточности, отражающей клинические, этиологические, анатомические и патогенетические аспекты нарушений в венозной системе, является:

А. CEAP

Б. FTGA

В. классификация Введенского А.Н.

Г. классификация Савельева В.С.

45. Методом выбора при распространенном варикозе с рефлюксом по поверхностным и перфорантным венам является:

- А. компрессионная терапия
- Б. терапия флеботониками
- В. склеротерапия
- Г. хирургическое лечение

46. Методом выбора при телеангиоэктазиях является:

- А. компрессионная терапия
- Б. терапия флеботониками
- В. склеротерапия
- Г. хирургическое лечение

47. Для выполнения склеротерапии используются следующие препараты, кроме:

- А. этоксисклерол
- Б. тромбовар
- В. диосмин
- Г. фибровейн

48. Устранить сброс крови из глубоких вен в поверхностные позволяют операции:

- А. Троянова – Тренделенбурга
- Б. Кокета
- В. Линтона
- Г. Кохера

49. Устранить горизонтальный рефлюкс позволяет выполнение следующих вмешательств, кроме:

- А. эндоскопическая диссекция перфорантных вен
- Б. операция Линтона
- В. операция Кокета

Г. операция Троянова – Тренделенбурга

50. К операциям направленным на удаление варикозно трансформированных подкожных вен относятся все, кроме:

- А. Маделунга
- Б. Мюллера
- В. Коккета
- Г. Бэбкокка

51. Экстравазальная коррекция клапанов общей бедренной вены применяется при:

- А. тромбозе подколенной вены
- Б. ретикулярном варикозе
- В. сочетанной форме варикозной болезни
- Г. восходящем тромбофлебите

52. Для определения состоятельности венозных клапанов используется проба:

- А. Вальсальвы
- Б. Сикара
- В. Шейниса
- Г. Вишневному

53. Для удаления ствола подкожной вены используется:

- А. Флебокомпрессор
- Б. зонд Бэбкокка
- В. Флебоэкстрактор Эша
- Г. зажим Бильрота

54. После флебэктомии рекомендуется:

- А. ранняя активизация больного
- Б. эластическая компрессия нижних конечностей
- В. прием флеботоников

Г. прием антиагрегантов

55. К миниинвазивным вмешательствам, позволяющим устранить вертикальный рефлюкс по стволу подкожной вены относятся:

- А. высокочастотная абляция
- Б. стволовая склерооблитерация
- В. лазерная коагуляция
- Г. все перечисленное верно

56. Наиболее эффективными средствами профилактики прогрессирования варикозной болезни являются:

- А. эластическая компрессия нижних конечности
- Б. соблюдение рационального режима труда и отдыха
- В. ограничение тяжелой физической нагрузки
- Г. терапия вазопротекторами

57. Пациентам с варикозной болезнью показано назначение компрессионного трикотажа:

- А. первой степени компрессии
- Б. второй степени компрессии
- В. третьей степени компрессии
- Г. четвертой степени компрессии

58. К осложнениям варикозной болезни относятся все кроме:

- А. трофические язвы
- Б. тромбофлебит
- С. кровотечение из варикозных вен
- Г. острый илиофemorальный тромбоз

59. С целью уменьшения воспалительных явлений при остром тромбофлебите в первую очередь следует применять:

- А. антибиотики цефалоспоринового ряда
- Б. антибиотики пенициллинового ряда
- В. нестероидные противовоспалительные средства
- Г. сульфаниламиды

60. При быстро прогрессирующем восходящем тромбофлебите показано:

- А. массивная антибактериальная терапия:

- Б. имплантация кавафилтра
- В. перевязка коммуникантных вен
- Г. операция Троянова – Тренделенбурга

61. После проведения склеротерапии больному следует назначить:

- А. постельный режим
- Б. нестероидные противовоспалительные средства
- В. эластическая компрессия
- Г. антибиотики

62. При наружном кровотечении из варикозно расширенной вены с целью остановки кровотечения в первую очередь следует применить:

- А. давящую повязку
- Б. наложение жгута
- В. флебэктомию
- Г. склеротерапию

63. С каким заболеванием в первую очередь необходимо дифференцировать варикозную болезнь нижних конечностей:

- А. посттромботическая болезнь нижних конечностей
- Б. рожистое воспаление
- В. острый лимфангиит
- Г. деформирующий артроз

64. Наиболее опасным осложнением тромбоза глубоких вен является:

- А. трофическая язва голени
- Б. эмболия легочной артерии
- В. тромбофлебит поверхностных вен
- Г. лимфедема

65. При подозрении на тромбоз глубоких вен показано выполнение:

- а. флебографии
- Б. УЗДГ
- В. флебэктомии
- Г. флебоманометрии

66. Выявление флотирующего тромба в глубокой венозной системе является абсолютным показанием к выполнению:

- А. УЗИ брюшной полости
- Б. флебэктомии
- В. установки кавафилтра
- Г. перевязки подвздошных вен –

Раздел: Амбулаторно поликлинический раздел 66 вопросов (амбулаторная хирургия)

Острый аппендицит

1. Вызов хирурга скорой помощи к больному 17 лет на 3 день болезни. Жалобы на постоянные боли по всему животу, которые в начале заболевания локализовались в правой подвздошной области.

Объективно: температура тела 38,7°. Кожа бледная. Слизистые сухие, язык обложен серым налетом. Пульс 120 ударов в минуту. Живот вздут, не участвует в акте дыхания. При пальпации разлитая болезненность и мышечное напряжение по всей передней брюшной стенке.

Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз ?

- А) Разрыв мышцы передней стенки брюшной полости
- Б) Острое панкреанекроз
- В) Острый разлитой перитонит аппендикулярной этиологии
- Г) Обострение ЯБЖ

02. Больной 36 лет обратился в поликлинику к хирургу с жалобами на боли в животе, больше в области правого мезогастрия, по вечерам отмечает подъем температуры до 37,5 С°С. Из анамнеза установлено, что заболевание началось 6 суток назад с появления болевого синдрома в правой половине живота, в основном около пупка. Была тошнота, рвота. На третьи сутки боли уменьшились. За медицинской помощью не обращался, поскольку находился в командировке.

Объективно; язык влажный, кожные покровы обычной окраски, пульс 80 в минут. Живот участвует в акте дыхания, мягкий. При пальпации в правой подвздошной области определяется образование до 10 см в диаметре, умеренно болезненное. Лейкоцитоз 9,0 тысяч, НБ - 140 г/л.

Укажите дополнительные методы обследования для уточнения диагноза?

- А) Рентген
- Б) МРТ
- В) УЗИ
- Г) Сцинтиграфия

03. Мужчина 45 лет, болен в течение 4 суток. Беспокоят боли в правой подвздошной области, температура 37,2. При осмотре: Язык влажный. Живот не вздут, участвует в акте дыхания, мягкий, болезненный в правой подвздошной области. Перитонеальные симптомы неубедительны. В правой подвздошной области пальпируется опухолевидное образование 10 x 12 см, болезненное, малоподвижное. Стул регулярный. Лейкоцитоз- 12 тыс.

Тактика лечения этого заболевания?

- А) выжидательная-срочное оперативное вмешательство
- Б) госпитализация в терапии
- В) госпитализация в гастроэнтерологии
- Г) госпитализация в кардиологии

04.Больной 36 лет обратился в поликлинику к хирургу с жалобами на боли в животе, больше в области правого мезогастрия, по вечерам отмечает подъем температуры до 37,5 С'С. Из анамнеза установлено, что заболевание началось 6 суток назад с появления болевого синдрома в правой половине живота, в основном около пупка. Была тошнота, рвота. На третьи сутки боли уменьшились. За медицинской помощью не обращался, поскольку находился в командировке.

Объективно; язык влажный, кожные покровы обычной окраски, пульс 80 в минут. Живот участвует в акте дыхания, мягкий. При пальпации в правой подвздошной области определяется образование до 10 см в диаметре, умеренно болезненное. Лейкоцитоз 9,0 тысяч, НЬ - 140 г/л.

Укажите правильный диагноз?

- А) ЯБЖ
- Б) Аппендикулярный инфильтрат
- В) Клит
- Г) Болезнь Гиршпрунга

05.Мужчина 45 лет, болен в течение 4 суток. Беспокоят боли в правой подвздошной области, температура 37,2. При осмотре: Язык влажный. Живот не вздут, участвует в акте дыхания, мягкий, болезненный в правой подвздошной области. Перитонеальные симптомы неубедительны. В правой подвздошной области пальпируется опухолевидное образование 10 x 12 см, болезненное, малоподвижное. Стул регулярный. Лейкоцитоз- 12 тыс.

Показания к оперативному лечению?

- А) при эффективности анальгетиков
- Б) Абсцедирование аппендикулярного инфильтрата
- В) при малигнизации
- Г) при отсутствие УЗИ аппарата

06.Мужчина 20 лет. Заболел около 6 часов назад, когда появились сильные боли в эпигастрии, которые спустя некоторое время локализовались в правой половине живота, больше в правой подвздошной области. Температура – 37,6°. Язык сухой. Живот не вздут, при пальпации выраженная болезненность в правой подвздошной области, где определяется напряжение мышц и резко положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Лейкоциты - $14.5 \times 10^9/\text{л}$.

Выберите предварительный клинический диагноз?

- А) ЖКБ
- Б) Острый аппендицит
- В) ЯБЖ
- Г) МКБ

07.Мужчина 20 лет. Заболел около 6 часов назад, когда появились сильные боли в эпигастрии, которые спустя некоторое время локализовались в правой половине живота, больше в правой подвздошной области. Температура – 37,6°. Язык сухой. Живот не вздут, при пальпации выраженная болезненность в правой подвздошной области, где определяется напряжение мышц и резко положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Лейкоциты - $14.5 \times 10^9/\text{л}$.

Выберите какое лечение является наиболее правильным ?

- А)плановая операция – аппендэктомия.
- Б)экстренная операция – аппендэктомия.
- В) консервативное лечение

Г) наблюдение 48 ч

08. У больной 50 лет, поступившей в хирургическое отделение на 4-е сутки от начала заболевания, диагноз острого аппендицита несомненен. Ни при пальпации, ни при влагалищном и ректальном исследовании четких данных об инфильтрате не обнаружено. Больную решено оперировать. Вскрыта брюшная полость и обнаружен плотный аппендикулярный инфильтрат.

Укажите каковы ваши действия на операционном столе ?

- А) Дренирование области раны.
- Б) Дренирование области инфильтрата. Ушивание раны.
- В) Дренирование области чистой зоны
- Г) Ушивание раны наглухо

09. Мужчина 45 лет, болен в течение 4 суток. Беспокоят боли в правой подвздошной области, температура 37,2. При осмотре: Язык влажный. Живот не вздут, участвует в акте дыхания, мягкий, болезненный в правой подвздошной области. Перитонеальные симптомы неубедительны. В правой подвздошной области пальпируется опухолевидное образование 10 x 12 см, болезненное, малоподвижное. Стул регулярный. Лейкоцитоз - 12 тыс.

Укажите верный диагноз?

- А) Острый холецистит
- Б) Цирроз печени
- В) Острый аппендицит
- Г) Колит

10. Больной Н., 19 лет оперирован по поводу острого флегмонозного аппендицита. Операция закончена ушиванием раны передней брюшной стенки наглухо. К концу первых суток после аппендэктомии больного беспокоит резкая слабость, головокружение. Объективно отмечается бледность кожи, пульс 102 в минуту, АД 100/60 мм.рт.ст. язык влажный, живот равномерно болезненный, симптомы раздражения брюшины слабopоложительные, пер-куторно определяется свободная жидкость в отлогих местах брюшной полости. Перевязка сухая. В анализе крови Эр. - 3,5 x 10⁹/л, гемоглобин - 108 г/л, лейкоциты - 10,5 x 10⁹/л.

Выберите тактику хирурга?

- А) химиотерапия
- Б) сделать ФГДС
- В) экспресс анализы ОАК, ОАМ
- Г) Экстренная релапаротомия

11. Больной П., 62 лет, находится в хирургическом отделении по поводу острого гангренозного аппендицита. Операция 5 суток назад. Сегодня появились боли в области послеоперационной раны, озноб, температура тела поднялась до 38,50С.

Объективно: послеоперационная рана отечна, кожа вокруг раны гиперемирована, при пальпации определяется инфильтрация и болезненность.

Лабораторные данные: Лейкоцитоз - 32*10⁹/л, п/я - 18 %, с/я - 43 %, СОЭ - 32 мм/час, определяется анизо- и - пойкилоцитоз

Тактика ведения больного?

- А) консервативное лечение
- Б) гормональная терапия
- В) Снять швы, вести как гнойную рану
- Г) в стадии инфильтрата

12. Женщина 32 лет. Вторая беременность - 34 недели. В анамнезе хронический калькулезный холецистит. Около 8 часов назад появились небольшие боли в эпигастальной области. Была однократная рвота. Спустя 1,5 часа боли сместились в область правого подреберья. Боли носят постоянный характер, без иррадиации.

Температура тела – 32,7°. Лейкоциты – $11,6 \times 10^9/\text{л}$. Язык несколько суховат. Живот увеличен в размерах за счет матки. При пальпации напряжен и болезненный в области правого подреберья. Симптом Щеткина-Блюмберга не выражен, Ровзинга отрицательный, Ситковского положительный.

Ваш предварительный диагноз?

- А) Острый аппендицит.
- Б) Перитонит
- В) ЯБЖ
- Г) МКБ

13. Больной П., 62 лет, находится в хирургическом отделении по поводу острого гангренозного аппендицита. Операция 5 суток назад. Сегодня появились боли в области послеоперационной раны, озноб, температура тела поднялась до 38,50С.

Объективно: послеоперационная рана отечна, кожа вокруг раны гиперемирована, при пальпации определяется инфильтрация и болезненность.

Лабораторные данные: Лейкоцитоз - $32 \times 10^9/\text{л}$, п/я – 18 %, с/я – 43 %, СОЭ – 32 мм/час, определяется анизо- и – пойкилоцитоз

Какие химиотерапевтические и антисептические средства применимы в данной ситуации?

- А) венотоники в/м, промывание растворами АС, водорастворимые мази (левомиколь, диоксиколь),
- Б) Антибиотики в/м, промывание растворами АС, водорастворимые мази (левомиколь, диоксиколь), повязки с АС
- В) Промывать рану
- Г) только повязки с А

14. Больной П., 62 лет, находится в хирургическом отделении по поводу острого гангренозного аппендицита. Операция 5 суток назад. Сегодня появились боли в области послеоперационной раны, озноб, температура тела поднялась до 38,50С.

Объективно: послеоперационная рана отечна, кожа вокруг раны гиперемирована, при пальпации определяется инфильтрация и болезненность.

Лабораторные данные: Лейкоцитоз - $32 \times 10^9/\text{л}$, п/я – 18 %, с/я – 43 %, СОЭ – 32 мм/час, определяется анизо- и – пойкилоцитоз

Виды дренирования раны?

- А) пассивная, проточно-промывная дренирование
- Б) Активная, пассивная, проточно-промывная дренирование
- В) проточно-промывная дренирование
- Г) Активная

15. У больного, 76 лет, с трансмуральным инфарктом миокарда заподозрен острый деструктивный аппендицит. Укажите Ваши действия?

- А. Экстренная операция
- Б. Наблюдение и операция при появлении симптомов перитонита
- В. Назначение массивных доз антибиотиков широкого спектра действия и операция при неэффективности этой терапии
- Г. Операция при подтверждении диагноза путем лапароскопии

16. Укажите какой из симптомов острого аппендицита редко встречается у людей пожилого возраста?

- А. Незначительная боль в правой подвздошной области
- Б. Высокая температура тела

В. Мышечное напряжение в правой подвздошной области

Г. Задержка стула

17. Назовите какое из указанных ниже исследований наименее информативно в диагностике острого аппендицита?

А. Лабораторное исследование, / особенно – количество лейкоцитов крови

Б. Лапароцентез

В. Ректальное исследование

Г. Подмышечная и ректальная термометрия

18. У больной, 23 лет, с беременностью 32 недели, находящейся в хирургическом отделении 18 часов, при динамическом наблюдении полностью исключить наличие острого аппендицита нельзя. Выберите Вашу лечебную тактику?

А. Больную необходимо оперировать

Б. Необходимо продолжить наблюдение за больной

В. Произвести ультрасонографию брюшной полости

Г. Совместно с гинекологом вызвать искусственное прерывание беременности,

19. Вы должны оперировать больного с типичной картиной острого флегмонозного аппендицита. Отметьте Каким оперативным доступом целесообразно произвести аппендэктомию в данном случае?

А. Нижнесрединная лапаротомия

Б. Разрез Волковича-Дьяконова

В. Правосторонний параректальный доступ

Г. Правосторонний трансректальный разрез

20. Укажите в каком случае острого аппендицита больному показано общее обезболивание?

А. Больной с ранним сроком беременности

Б. При осложнении острого аппендицита разлитым перитонитом

В. Больным от 14 до 16 лет

Г. При подозрении на ретроцекальное расположение червеобразного отростка

21. Назовите какие мероприятия необходимы при подозрении на острый аппендицит?

А. Назначение холода местно, обезболивающих препаратов и спазмолитиков с динамическим наблюдением

Б. Операция аппендэктомиа

В. Операция аппендэктомиа с дренированием брюшной полости

Г. Динамическое наблюдение в течение 4-6 часов с контролем температуры тела и количеством лейкоцитов в крови

22. Отметьте у какой лиц чаще всего встречается Первично-гангренозный аппендицит?

- А. У детей
- Б. У лиц с тяжелой травмой
- В. У мужчин
- Г. У лиц пожилого и старческого возраста

23. Укажите что является Наиболее рациональным методом обработки культи аппендикса у взрослых?

- А. Перевязка шелковой лигатурой с погружением культи
- Б. Перевязка лавсановой лигатурой с погружением культи
- В. Погружение неперевязанной культи
- Г. Перевязка кетгутовой лигатурой с погружением культи

24. Отметьте от-куда начинается развитие патологического процесса при остром аппендиците?

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

25. Укажите какой метод исследования наиболее информативен в дифференциальной диагностике острого аппендицита и нарушенной внематочной беременности?

- А. Исследование лейкоцитоза в периферической крови
- Б. Кожная термометрия
- В. Обзорная рентгенография органов брюшной полости
- Г. Пункция заднего свода влагалища

26. Назовите в чем заключаются принципиальные отличия оперативных вмешательств при катаральной и флегмонозной формах острого аппендицита?

- А. Необходимостью ревизии органов брюшной полости до выполнения аппендэктомии при катаральном аппендиците
- Б. Необходимостью новокаиновой блокады брыжейки червеобразного отростка при флегмонозном аппендиците
- В. Обязательным введением дренажа в брюшную полость при флегмонозном аппендиците
- Г. Необходимостью ревизии органов брюшной полости после удаления червеобразного отростка при катаральном аппендиците

27. При осмотре больного, 76 лет, дома участковый терапевт заподозрил острый аппендицит, однако полной уверенности в диагнозе нет. С момента начала заболевания прошло всего шесть часов. Отметьте что предпринять?

- А. Рекомендовать консультацию хирурга

Б. Срочно отправить больного в поликлинику для дополнительного лабораторного обследования

В. Учитывая возраст больного и небольшой срок с начала заболевания, рекомендовать консервативное лечение. Покой, холод местно, антибиотики

Г. Срочно госпитализировать больного в хирургический стационар

28. Как известно, симптом Кохера-Волковича относится к наиболее информативным симптомам в диагностике острого аппендицита. Укажите, при каком заболевании может отмечаться сходное перемещение боли:

А. Острый пиелонефрит

Б. Болезнь Крона

В. Острый правосторонний аднексит

Г. Прободная язва желудка или двенадцатиперстной кишки

29. Укажите что такое Симптом Кохера-Волковича?

А. Усиление болей в правой подвздошной области при нанесении толчков в левой подвздошной области

Б. Усиление болей в правой подвздошной области при напряжении в правой подвздошно-поясничной мышце

В. Усиление болей в правой подвздошной области в положении больного на левом боку

Г. Перемещение болей из эпигастральной области или верхней половины живота в подвздошную область

30. Укажите основной симптом, позволяющий диагностировать тазовое расположение острого аппендицита?

А. Симптом Щеткина-Блюмберга

Б. Симптом Ровзинга

В. Болезненность передней стенки прямой кишки при ректальном исследовании

Г. Напряжение мышц в правой подвздошной области

31. Назовите что обычно развивается при аппендикулярный инфильтрате?

А. В первые двое суток с момента заболевания

Б. На 3-4 сутки с момента заболевания

В. На 7-9 сутки с момента заболевания

Г. В раннем периоде после аппендэктомии

32. Развитие пилефлебита наиболее вероятно при одной из следующих форм острого аппендицита: Выберите правильный ответ?

А. Аппендикулярной колике

- Б. Катаральном аппендиците
- В. Флегмонозном аппендиците
- Г. Первичном гангренозном аппендиците

Раздел ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ 32 ВОПРОС

Раздел хирургия грыжи живота

1. Чаще всего травматические диафрагмальные грыжи бывают:
 - а. скользящими
 - б. Ложными
 - в. Параэзофагеальными
 - г. Истинными
2. Какие из перечисленных клинических ситуаций являются показанием к хирургическому лечению скользящей грыжи пищеводного отверстия диафрагмы:
 - а. Ущемление грыжи
 - б. Впервые выявленная грыжа с эрозивным эзофагитом
 - в. Выраженная клиника рефлюкс-эзофагита, не поддающегося консервативной терапии
 - г. Эзофагит
3. Какие назначения следует считать ошибочными при глубоком химическом ожоге пищевода в первые сутки после происшествия:
 - а. Промывание ротовой полости, пищевода и желудка питьевой водой
 - б. Обезболивающие препараты
 - в. Инфузионная терапия
 - г. Бужирование пищевода
4. Какие неотложные лечебные меры необходимы при неоперабельной опухоли пищевода, полностью обтурирующей его просвет?
 - а. Наложение гастростомы
 - б. Паллиативная резекция пищевода
 - в. Лучевая терапия
 - г. Инфузионная терапия
5. При скользящей грыже пищеводного отверстия диафрагмы (ПОД), в отличие от параэзофагеальной грыжи, рентгенологически выявляется:
 - а. Выхождение свода желудка в средостение при натуживании
 - б. Перемещение кардиального отдела желудка в средостение
 - в. «Проскальзывание» петли тонкой кишки через ПОД

- г. Перемещение большей части желудка кроме кардиального отдела в грудную полость
6. Наиболее информативным методом ранней диагностики рака пищевода является:
- а. Рентгеноскопия пищевода
 - б. Компьютерная томография
 - в. Фиброэзофагогастроскопия
 - г. ЯМР-томография
7. Укажите, какие диафрагмальные грыжи встречаются чаще всего:
- а. Ложные травматические грыжи
 - б. Грыжи слабых зон диафрагмы
 - в. Скользящие грыжи пищеводного отверстия диафрагмы
 - г. Параэзофагеальные грыжи
8. Для скользящей грыжи пищеводного отверстия диафрагмы являются нетипичными:
- а. Боль в эпигастрии
 - б. Изжога, отрыжка
 - в. Срыгивание пищей
 - г. Приступы опоясывающих болей в животе
9. В качестве первого шага при лечении выявленной параэзофагеальной грыжи следует избрать:
- а. Назначение щадящей диеты
 - б. Назначение антацидных препаратов
 - в. Оперативное лечение
 - г. Санаторно-курортное лечение
10. Укажите, какие из перечисленных жалоб больного нельзя отнести к синдрому дисфагии:
- а. Пища «застревает в горле» при глотании
 - б. Ощущение затруднения прохождения пищи по пищеводу
 - в. Ощущение жжения за грудиной, уменьшающееся после приема соды, альмагеля
 - г. Твердая пища проходит по пищеводу, жидкая задерживается
11. Какой из клинических признаков, появившихся после ФГС, является абсолютным свидетельством ятрогенной перфорации пищевода:
- а. Сильные боли при глотании
 - б. Поступление крови в просвет пищевода
 - в. Подкожная эмфизема
 - г. Повышение температуры

12. Треугольник Ларрея является слабой зоной диафрагмы, где может сформироваться:

- а. Парастернальная грыжа
- б. Ребернопоясничная грыжа
- в. Врожденная грыжа диафрагмы
- г. Грыжи слабых зон диафрагмы

13. В основе клинических проявлений скользящей грыжи пищеводного отверстия диафрагмы лежит:

- а. Ущемление части желудка в пищеводном отверстии диафрагмы
- б. Рефлюкс-эзофагит
- в. Обострение гиперацидного гастрита
- г. Возникновение кардиоспазма

14. При формирующемся рубцовом сужении пищевода, вызванном химическим ожогом, показано:

- а. Резекция стенозированного участка пищевода
- б. Операция Добромыслова-Торрека
- в. Бужирование пищевода
- г. Применение спазмолитиков

15. К ранним клиническим проявлениям рака пищевода следует отнести:

- а. Усиленное слюноотделение
- б. Парадоксальную дисфагию жидкая пища застревает, твердая проходит
- в. Ощущение затруднения прохождения пищи по пищеводу
- г. Боли за грудиной и в спине

16. Скользящей называется грыжа, при которой:

- а. Грыжевое содержимое легко проходит через грыжевые ворота в оба направления
- б. Содержимым грыжевого мешка является какой-либо орган с интраперитонеальным покрытием
- в. В состав стенки грыжевого мешка входит орган с мезоперитонеальным покрытием
- г. Срыгивание пищей

17. Наиболее информативным методом исследования, позволяющим отличить скользящую грыжу пищеводного отверстия диафрагмы от параэзофагеальной, является:

- а. Фиброэзофагогастроскопия
- б. Обзорная рентгенография грудной и брюшной полости
- в. Компьютерная томография

г. Рентгеноскопия пищевода и желудка

18. Укажите, для какой из перечисленных причин дисфагии подходит термин «ахалазия кардии»:

- а. Рак кардии с переходом на пищевод
- б. Врожденная недостаточность кардии
- в. Кардиоспазм
- г. Рубцовое сужение кардии

19. Укажите осложнения, которые не встречаются при скользящих грыжах пищеводного отверстия диафрагмы:

- а. Эрозивный эзофагит
- б. Пищеводное кровотечение
- в. Ущемление желудка
- г. Рубцовая стриктура пищевода

20. Больная, 50 лет, оперирована в экстренном порядке через 10 часов после ущемления пупочной грыжи. На операции: при вскрытии грыжевого мешка обнаружены две петли тонкой кишки. После рассечения ущемляющего кольца петли кишечника признаны жизнеспособными (появилась отчетливая пульсация брыжеечных сосудов, перистальтика, розовый цвет кишки), погружены в брюшную полость. Выполнена пластика грыжевых ворот.

Через сутки состояние больного ухудшилось. Усилились боли в животе. Одышка до 24 в 1 минуту. Пульс 112, ритмичный. Язык сухой, обложен коричневым налетом. Живот умеренно вздут, при пальпации болезненный во всех отделах. Положительные перитонеальные симптомы. Кишечные шумы единичные. Газы не отходят.

Какое осложнение возникло у больного и почему?

- А) Ущемленная пупочная грыжа (ретроградное W-образное ущемление)
- Б) Кишечная непроходимость
- В) Колит
- Г) Болезнь Крона

21. Больная, 50 лет, оперирована в экстренном порядке через 10 часов после ущемления пупочной грыжи. На операции: при вскрытии грыжевого мешка обнаружены две петли тонкой кишки. После рассечения ущемляющего кольца петли кишечника признаны жизнеспособными (появилась отчетливая пульсация брыжеечных сосудов, перистальтика, розовый цвет кишки), погружены в брюшную полость. Выполнена пластика грыжевых ворот.

Через сутки состояние больного ухудшилось. Усилились боли в животе. Одышка до 24 в 1 минуту. Пульс 112, ритмичный. Язык сухой, обложен коричневым налетом. Живот умеренно вздут, при пальпации болезненный во всех отделах. Положительные перитонеальные симптомы. Кишечные шумы единичные. Газы не отходят.

Выберите лечебную тактику в данной ситуации?

- А) лапароскопия диагностическая
- Б) лапароцентез

В) Больному показана релапаротомия, резекция кишки.

Г) ушивание с пластикой

22. Больная, 50 лет, оперирована в экстренном порядке через 10 часов после ущемления пупочной грыжи. На операции: при вскрытии грыжевого мешка обнаружены две петли тонкой кишки. После рассечения ущемляющего кольца петли кишечника признаны жизнеспособными (появилась отчетливая пульсация брыжеечных сосудов, перистальтика, розовый цвет кишки), погружены в брюшную полость. Выполнена пластика грыжевых ворот.

Через сутки состояние больного ухудшилось. Усилились боли в животе. Одышка до 24 в 1 минуту. Пульс 112, ритмичный. Язык сухой, обложен коричневым налетом. Живот умеренно вздут, при пальпации болезненный во всех отделах. Положительные перитонеальные симптомы. Кишечные шумы единичные. Газы не отходят.

Укажите наиболее характерные основные симптомы ущемленной грыжи?

А) пот, лихорадка, озноб

Б) боль, болезненность, напряжение, невраивимость.

В) слабость, недомогание

Г) вынужденное положение, лихорадка

23. К Вам на прием обратилась больная 40 лет, которая жаловалась на наличие острых болей в левой паховой области, возникших около 3 часов назад. При осмотре в этой области определяется овоидной формы плотно-эластическое образование размером 5х6 см, болезненное. Образование расположено ниже пупартовой связки. Температура нормальная.

Укажите тактику лечения врача - хирурга ?

А) плановое оперативное вмешательств

Б) Экстренное оперативное вмешательство

В) консервативное лечение

Г) выписывается домой

24. Больной 30 лет оперирован по поводу ущемленной паховой грыжи. При вскрытии грыжевого мешка было обнаружено ущемление двух петель тонкой кишки, которые по внешнему виду жизнеспособны.

Укажите что наиболее характерно для характера ущемления тонкой кишки?

А) Ретроградное ущемление петель толстой кишки

Б) Ретроградное ущемление петель тонкой кишки

В) Ретроградное ущемление петель ДП-кишки

Г) Ретроградное ущемление петель прямой кишки

25. Больной 30 лет оперирован по поводу ущемленной паховой грыжи. При вскрытии грыжевого мешка было обнаружено ущемление двух петель тонкой кишки, которые по внешнему виду жизнеспособны.

Укажите что необходимо проверить врачу-хирургу в ходе операции при ущемлении?

А) Обнаружить третью петлю толстой кишки, которая, как правило, подвержена ущемлению. Оценить ее жизнеспособность и определить объем оперативного вмешательства

Б) Обнаружить третью петлю прямой кишки

В) Обнаружить третью петлю тонкой кишки, которая, как правило, подвержена ущемлению. Оценить ее жизнеспособность и определить объем оперативного вмешательства

Г) Обнаружить третью петлю сигмовидной кишки

26. У больного 46 лет, поступившего в стационар через 6 часов от момента ущемления паховой грыжи, произошло ее самопроизвольное вправление. Хирург решил выполнить грыжесечение с пластикой пахового канала. При этом во время операции не удалось детально осмотреть органы брюшной полости, но прилежащие к шейке грыжевого мешка петли тонкого кишечника не изменены, выпота в брюшной полости нет. Операция прошла

без осложнений. На следующий день больной жаловался на вздутие и боли в животе, температура поднялась до 38С, но эти явления были расценены как реакция и послеоперационный парез. Однако к концу дня стало ясно, что у больного развился перитонит.

Сформулируйте тактику дальнейшего лечения ?

- А) Экстренное оперативное вмешательство лапаротомия, ревизия брюшной полости.
- Б) Плановое оперативное вмешательство ревизия брюшной полости
- В) перевод в отделение БИТ
- Г) выписывать домой.

27. Больной 30 лет оперирован по поводу ущемленной паховой грыжи. При вскрытии грыжевого мешка было обнаружено ущемление двух петель тонкой кишки, которые по внешнему виду жизнеспособны.

Ведение послеоперационного периода больного ?

- А) На 7 день постельный режим и назначение анальгетиков. На 15 день можно сидеть и ходить.
- Б) На первый день постельный режим и назначение анальгетиков. На второй-третий день можно сидеть и ходить.
- В) На 4 день постельный режим и назначение анальгетиков.
- Г) На 20 день постельный режим и назначение анальгетиков. На 30 день можно сидеть и ходить.

28. К Вам на прием обратилась больная 40 лет, которая жаловалась на наличие острых болей в левой паховой области, возникших около 3 часов назад. При осмотре в этой области определяется овоидной формы плотно-эластическое образование размером 5х6 см, болезненное. Образование расположено ниже пупартовой связки. Температура нормальная.

Укажите верный диагноз?

- А) Ущемленная левосторонняя бедренная грыжа
- Б) Ущемленная правосторонняя бедренная грыжа
- В) Ущемленная правосторонняя паховая грыжа
- Г) Ущемленная паховая грыжа

29. У больного 46 лет, поступившего в стационар через 6 часов от момента ущемления паховой грыжи, произошло ее самопроизвольное вправление. Хирург решил выполнить грыжесечение с пластикой пахового канала. При этом во время операции не удалось детально осмотреть органы брюшной полости, но прилежащие к шейке грыжевого мешка петли тонкого кишечника не изменены, выпота в брюшной полости нет. Операция прошла без осложнений. На следующий день больной жаловался на вздутие и боли в животе, температура поднялась до 38С, но эти явления были расценены как реакция и послеоперационный парез. Однако к концу дня стало ясно, что у больного развился перитонит.

Укажите причину перитонита ?

- А) Ущемление петли толстой кишки
- Б) Ущемление петли тонкой кишки
- В) Ущемление петли прямой кишки
- Г) Ущемление петли сигмовидной кишки

30. Выполнялась операция женщине 57 лет по поводу гигантской вентральной грыжи. Во время операции выявлен некроз жирового подвеса ободочной кишки.

Что должен предпринять хирург в данной ситуации?

- А) Удаление некротизированного жирового подвеса, дренирование брюшной полости, продолжить герниопластику.
- Б) Оставить некротизированного жирового подвеса, дренирование брюшной полости,
- В) Оставить некротизированного жирового подвеса, УЗИ исследование
- Г) Оставить некротизированного жирового подвеса, КТ-данные

31. 43-летний мужчина много лет страдает пахово-мошоночной грыжей. Час тому назад при подъеме тяжести почувствовал сильную боль в паховой области, была один раз рвота. Фельдшер по «скорой» помощи оценил состояние больного как удовлетворительное, в правой паховой области отметил образование резко болезненное, напряженное, невправимое.

Составьте план обследования больного на дому?

- А) Инструментальные исследования
- Б) только УЗИ-обследование
- В) Анамнез, осмотр, пальпация.
- Г) Осмотр

32. 43-летний мужчина много лет страдает пахово-мошоночной грыжей. Час тому назад при подъеме тяжести почувствовал сильную боль в паховой области, была один раз рвота. Фельдшер по «скорой» помощи оценил состояние больного как удовлетворительное, в правой паховой области отметил образование резко болезненное, напряженное, невправимое.

Проведите дифференциальную диагностику грыжи свободной, невправимой, ущемленной?

- А) Ущемленная грыжа
- Б) в брюшную полость не вправляется
- В) резко болезненная
- Г) Ущемленная грыжа в брюшную полость не вправляется, резко болезненная

33. При ущемленной грыже в отличие от неущемленной во время операции необходимо:

- а) Вначале рассечь ущемленное кольцо
- б) Вначале рассечь грыжевой мешок
- в) Можно делать то и другое с последующей пластикой грыжевых ворот
- г) Выполнить резекцию ущемленных образований (кишки, сальник)

34. При самопроизвольном вправлении ущемленной грыжи тактика хирурга предусматривает:

- а) Лапаротомию с ревизией органов брюшной полости
- б) Тщательное наблюдение за больным в условиях стационара
- в) Поставить очистительную клизму
- г) Возможность отпустить больного домой с повторным осмотром

35. Больной жалуется на наличие грыжи в паховой области. При ущемлении имеют место боли в надлобковой области, учащенные позывы на мочеиспускание. Наиболее вероятно больного:

- а) Грыжа запирающего отверстия
- б) Прямая паховая грыжа
- в) Бедренная грыжа
- г) Скользящая грыжа

36. Невправимость грыжи зависит:

- а) От спаек грыжевого мешка с окружающими тканями
- б) От спаек между грыжевым мешком и органами, находящимися в нем
- в) От сужения грыжевых ворот
- г) От выхождения в нее мочевого пузыря

37. Для лечения прямой паховой грыжи целесообразнее всего применять операцию:

- а) Бассини и Постемпского
- б) Мартынова
- в) Жирар-Спасокукоцкого
- г) Руджи-Парлавецчио

38. При выявлении нежизнеспособной петли кишки во время операции грыжесечения отводящий отрезок кишки должен быть резецирован, отступя от видимой границы некроза на расстояние:

- а) 5-10 см
- б) 15-20 см
- в) 25-30 см
- г) 35-40 см

39. При поступлении больного с подозрением на Рихтеровское ущемление необходимо провести:

- а) Наблюдение в течении 1-2 часов для уточнения диагноза, а затем операцию
- б) Выполнение срочной операции
- в) Наблюдение
- г) Консервативное лечение

40. При проведении дифференциальной диагностики между пахово-мошоночной грыжей и водянкой оболочек яичек следует прибегнуть:

- а) К трансиллюминации и пальпации
- б) К пункции
- в) К перкуссии
- г) К аускультации

41. Шейка мешка бедренной грыжи расположена:

- а) Впереди круглой связки
- б) Медиальнее бедренных сосудов
- в) Латеральнее бедренных сосудов
- г) Позади бедренных сосудов

42. Внутренние органы могут составлять часть стенки грыжевого мешка при следующих грыжах:

- а) Рихтерской
- б) Косой паховой
- в) Скользящей
- г) Прямой паховой

(Раздел хирургия грыжи живота 42 вопросов)

Раздел хирургия желудка и 12 п.к.

1. Молодой человек 24 лет, доставлен через сутки после начала заболевания жалобами на общую слабость, рвоту цвета кофейной гущи, периодически возникающие весной и осенью «голодные» боли в эпигастрии. Ухудшение последние две недели, когда появились боли в эпигастрии, которые уменьшились после приема альмагеля.

Укажите наиболее верный диагноз?

- а) Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, осложненная кровотечением
- б) Расширение пищеводной вены нижней трети
- в) Хронический гастрит в стадии обострения
- г) химический ожог 2-3 степени желудка и двенадцатиперстной кишки

2. Через 3 месяца после резекции 2/3 желудка по Бильрот II в модификации Гофмейстера - Финстерера по поводу язвы желудка больной обратился с жалобами на слабость, возникающую через 15 минут после приема пищи, сопровождающуюся чувством жара в верхней половине туловища, резким потоотделением. Приступы более выражены при

приёме пищи, богатой углеводами. После операции больной не прибавляет в массе.
Дефицит массы тела составляет 8 кг.

Укажите в каком обследовании нуждается этот пациент?

- А) оценке субъективных данных, УЗИ данных
- Б) оценке клинических данных, результатов провокационной пробы, рентгенологических данных
- В) результаты положительных проб
- Г) биохимические, электролитные данные

3. Молодой человек 24 лет, доставлен через сутки после начала заболевания с жалобами на общую слабость, рвоту цвета кофейной гущи, периодически возникающие весной и осенью «голодные» боли в эпигастрии. Ухудшение последние две недели, когда появились боли в эпигастрии, которые уменьшились после приема альмагеля.

Определите какое осложнение возможно у больного?

- а) Гастродуоденальное кровотечение
- Б) Расширение пищевода вены нижней трети
- В) Полиорганная недостаточность
- Г) химический ожог 2-3 степени желудка и двенадцатиперстной кишки

4. Молодой человек 24 лет, доставлен через сутки после начала заболевания с жалобами на общую слабость, рвоту цвета кофейной гущи, периодически возникающие весной и осенью «голодные» боли в эпигастрии. Ухудшение последние две недели, когда появились боли в эпигастрии, которые уменьшились после приема альмагеля.

Какая клиника является показанием к оперативному лечению ?

- А) профузное гастродуоденальное кровотечение
- Б) схваткообразные боли
- В) неэффективности анальгетиков
- Г) анемия

5. Больной 40 лет доставлен скорой помощью, длительное время страдает язвенной болезнью желудка. В настоящее время на фоне обострения, которое началось около двух недель назад, отметил уменьшение болей в эпигастрии в течение последних двух дней. В то же время появилась нарастающая слабость, головокружение, жажда. Сегодня утром, поднявшись с постели, на несколько секунд потерял сознание.

Объективно: кожные покровы бледные, влажные на ощупь. Язык влажный, живот не вздут, мягкий, участвует в акте дыхания, при пальпации незначительная болезненность в эпигастрии, симптомов раздражения брюшины нет, пульс 110 в минуту, ритмичный, артериальное давление 100/70 мм рт ст.

Показания к оперативному лечению?

- А) профузное желудочное кровотечение при неэффективности или невозможности эндоскопического гемостаза
- Б) хроническое желудочное кровотечение при эффективности
- В) При онкологическом состоянии
- Г) при малигнизации

6. Молодой человек 24 лет, доставлен через сутки после начала заболевания с жалобами на общую слабость, рвоту цвета кофейной гущи, периодически возникающие весной и осенью «голодные» боли в эпигастрии. Ухудшение последние две недели, когда появились боли в эпигастрии, которые уменьшились после приема альмагеля.

Ваши рекомендации при выписке?

- А) учет у терапевта
- Б) наблюдение у гастроэнтеролога
- В) учет у хирурга
- Г) наблюдение у эндоскопического хирурга

7. Больной 40 лет доставлен скорой помощью, длительное время страдает язвенной болезнью желудка. В настоящее время на фоне обострения, которое началось около двух недель назад, отметил уменьшение болей в эпигастрии в течение последних двух дней. В то же время появилась нарастающая слабость, головокружение, жажда. Сегодня утром, поднявшись с постели, на несколько секунд потерял сознание.

Объективно: кожные покровы бледные, влажные на ощупь. Язык влажный, живот не вздут, мягкий, участвует в акте дыхания, при пальпации незначительная болезненность в эпигастрии, симптомов раздражения брюшины нет, пульс 110 в минуту, ритмичный, артериальное давление 100/70 мм рт ст.

Какова тактика лечения?

- А) после эндоскопической остановки его проводится хирургическое лечение
- Б) после эндоскопической остановки его проводится консервативное лечение
- В) после эндоскопической остановки его проводится химиотерапия
- Г) после эндоскопической остановки его проводится фотокоагуляция повторно.

8. Через 3 месяца после резекции 2/3 желудка по Бильрот II в модификации Гофмейстера - Финстерера по поводу язвы желудка больной обратился с жалобами на слабость, возникающую через 15 минут после приема пищи, сопровождающуюся чувством жара в верхней половине туловища, резким потоотделением. Приступы более выражены при приеме пищи, богатой углеводами. После операции больной не прибавляет в массе. Дефицит массы тела составляет 8 кг.

Укажите при какой синдроме первоначально является показанием к оперативному лечению ?

- А) при тяжелой степени демпинг-синдрома
- Б) при легкой степени демпинг-синдрома
- В) при тяжелом течении кахексии
- Г) при ЯБЖ

9. Больной 40 лет доставлен скорой помощью, длительное время страдает язвенной болезнью желудка. В настоящее время на фоне обострения, которое началось около двух недель назад, отметил уменьшение болей в эпигастрии в течение последних двух дней. В то же время появилась нарастающая слабость, головокружение, жажда. Сегодня утром, поднявшись с постели, на несколько секунд потерял сознание.

Объективно: кожные покровы бледные, влажные на ощупь. Язык влажный, живот не вздут, мягкий, участвует в акте дыхания, при пальпации незначительная болезненность в эпигастрии, симптомов раздражения брюшины нет, пульс 110 в минуту, ритмичный, артериальное давление 100/70 мм рт ст.

Какое осложнение язвенной болезни возникло у больного?

- А) портальная гипертензия
- Б) пищеводное венозное расширение
- В) Язвенная болезнь желудка, осложненная кровотечением
- Г) Хронический гастрит

10. Больной 40 лет доставлен скорой помощью, длительное время страдает язвенной болезнью желудка. В настоящее время на фоне обострения, которое началось около двух недель назад, отметил уменьшение болей в эпигастрии в течение последних двух дней. В то же время появилась нарастающая слабость, головокружение, жажда. Сегодня утром, поднявшись с постели, на несколько секунд потерял сознание.

Объективно: кожные покровы бледные, влажные на ощупь. Язык влажный, живот не вздут, мягкий, участвует в акте дыхания, при пальпации незначительная болезненность в эпигастрии, симптомов раздражения брюшины нет, пульс 110 в минуту, ритмичный, артериальное давление 100/70 мм рт ст.

Какие методы исследования показаны для подтверждения Вашего предположения?

- А) необходимо исследование количества эритроцитов, гемоглобина, гематокрита; ФГДС.
- Б) необходимо исследование количества лейкоцитов; УЗИ.

- В) необходимо исследование количества сахара в крови; УЗИ.
- Г) необходимо исследование количества креатинина; УЗИ.

11. Через 3 месяца после резекции 2/3 желудка по Бильрот II в модификации Гофмейстера - Финстерера по поводу язвы желудка больной обратился с жалобами на слабость, возникающую через 15 минут после приема пищи, сопровождающуюся чувством жара в верхней половине туловища, резким потоотделением. Приступы более выражены при приеме пищи, богатой углеводами. После операции больной не прибавляет в массе. Дефицит массы тела составляет 8 кг.

Ваш диагноз?

- А) Белковая кахексия
- Б) Демпинг-синдром
- В) ЯБЖ
- Г) Сахарный диабет 2 типа

12. Больной 40 лет доставлен скорой помощью, длительное время страдает язвенной болезнью желудка. В настоящее время на фоне обострения, которое началось около двух недель назад, отметил уменьшение болей в эпигастрии в течение последних двух дней. В то же время появилась нарастающая слабость, головокружение, жажда. Сегодня утром, поднявшись с постели, на несколько секунд потерял сознание.

Объективно: кожные покровы бледные, влажные на ощупь. Язык влажный, живот не вздут, мягкий, участвует в акте дыхания, при пальпации незначительная болезненность в эпигастрии, симптомов раздражения брюшины нет, пульс 110 в минуту, ритмичный, артериальное давление 100/70 мм рт ст.

Укажите виды операций при данной патологии?

- А) склеротерапия
- Б) операция Линтона
- В) прошивание кровотокащей язвы (с ваготомией или без нее), резекция желудка.
- Г) реконструктивные операции

13. Через 3 месяца после резекции 2/3 желудка по Бильрот II в модификации Гофмейстера - Финстерера по поводу язвы желудка больной обратился с жалобами на слабость, возникающую через 15 минут после приема пищи, сопровождающуюся чувством жара в верхней половине туловища, резким потоотделением. Приступы более выражены при приеме пищи, богатой углеводами. После операции больной не прибавляет в массе. Дефицит массы тела составляет 8 кг.

Укажите по автору какой основной вид операций следует провести больному?

- А) операция Захарова-Генли, редуоденизация (при резекции по Бильрот -2)
- Б) Операция Линтона
- В) Операция Беккокка
- Г) Операция реконструктивная

14. Больная 28 лет доставлена в приемный покой на 2 день от начала заболевания с жалобами на резкие боли в эпигастрии, затрудняющие дыхание и иррадиирующие в левое подреберье и область сердца на фоне многократной рвоты, задержки стула и газов.

Цианотические пятна на боковых поверхностях живота, ягодиц и бедер. Температура тела 36,5 С, одышка до 32, артериальное давление 90/60 мм.рт.ст. Тоны сердца ослаблены. Живот слегка вздут, мягкий, резко болезненный в эпигастрии и левом подреберье. Перистальтика ослаблена. Лейкоцитоз - 18 тыс. Диастаза мочи -4096 ед. На ЭКГ - признаки очаговой гипоксии миокарда. Исходя из клиники патологии объективно – гемодинамического исследования с какими заболеваниями следует провести дифференциальную диагностику?

- А) Острый живот
- Б) Острый инфаркт миокарда, пневмония, прободная язва желудка и ДПК
- В) терминальной фазой перитонита
- Г) тромбоз артерии мезентартерияльных сосудов

15. Мужчина 20 лет. Заболел около 6 часов назад, когда появились сильные боли в эпигастрии, которые спустя некоторое время локализовались в правой половине живота, больше в правой подвздошной области. Температура – 37,6°. Язык сухой. Живот не вздут, при пальпации выраженная болезненность в правой подвздошной области, где определяется напряжение мышц и резко положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Лейкоциты - $14.5 \times 10^9/\text{л}$.

Отметьте какое заболевание следует исключить ?

- А) Дифференциальный диагноз с ЖКБ
- Б) Дифференциальный диагноз с язвой двенадцатиперстной кишки
- В) Дифференциальный диагноз с прободной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки
- Г) Дифференциальный диагноз с МКБ

16. Больной 26 лет. В течение 2,5 недель находится на стационарном лечении по поводу язвы 12-перстной кишки размером до 1,8 см. В процессе лечения боли прошли полностью, однако в последние дни стала беспокоить тяжесть в эпигастриальной области к концу дня. При контрольном эндоскопическом и рентгенологическом исследовании установлено, что язва зарубцевалась, однако бариевая взвесь задерживается в желудке на 14 часов.

Сформулируйте развернутый диагноз?

- А) Хронический гастрит антрального отдела
- Б) Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Субкомпенсированный стеноз выходного отдела желудка.
- В) ЖКБ
- Г) кишечная непроходимость

17. Больной 51 год. Поступил с жалобами на ощущение тяжести в эпигастриальной области, быстрое насыщение, отрыжку тухлым, резкое похудание. Недели три до поступления появилась периодическая обильная рвота с остатками пищи, съеденной накануне. На протяжении 7 лет страдает язвенной болезнью желудка и ежегодными обострениями.

Объективно: истощен, кожа сухая, дряблая, собирается в складки. Живот мягкий, «шум плеска». АД – 90/75 мм рт. ст. Положительный симптом Хвостека.

Что ожидается при рентгеноскопии желудка?

- А) снижение тонуса, задержка эвакуации бария до 72 часов.
- Б) Расширение желудка, снижение тонуса, задержка эвакуации бария до 48 часов.
- В) повышение тонуса, задержка эвакуации бария 78 часов.
- Г) нет правильных ответов

18. Мужчина 20 лет. Заболел около 6 часов назад, когда появились сильные боли в эпигастрии, которые спустя некоторое время локализовались в правой половине живота, больше в правой подвздошной области. Температура – 37,6°. Язык сухой. Живот не вздут, при пальпации выраженная болезненность в правой подвздошной области, где определяется напряжение мышц и резко положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Лейкоциты - $14.5 \times 10^9/\text{л}$.

Какое обследование необходимо провести для его исключения?

- А) Обзорная рентгенография брюшной полости на свободный газ.
- Б) Обзорная рентгенография грудной полости на свободный газ
- В) Обзорная рентгенография головы
- Г) Обзорная рентгенография средостения на свободный газ

19. Больной 32 лет страдает язвенной болезнью 12-перстной кишки в течение 6 лет.

Последнюю неделю интенсивные голодные и ночные боли. Внезапно развилась резкая слабость, холодный пот, исчезновение болей. АД – 90/60 мм рт. ст.

Анализ крови: эритроциты $4.0 \times 10^{12}/\text{л}$, Hb – 140 г/л. При пальцевом исследовании кал нормального цвета.

Как подтвердить диагноз?

- А) УЗИ
- Б) Рентген
- В) Срочная ФГДС.
- Г) КТ

20. Больной 51 год. Поступил с жалобами на ощущение тяжести в эпигастральной области, быстрое насыщение, отрыжку тухлым, резкое похудание. Недели три до поступления появилась периодическая обильная рвота с остатками пищи, съеденной накануне. На протяжении 7 лет страдает язвенной болезнью желудка и ежегодными обострениями. Объективно: истощен, кожа сухая, дряблая, собирается в складки. Живот мягкий, «шум плеска». АД – 90/75 мм рт. ст. Положительный симптом Хвостека. Какие ожидаются изменения гематокрита, показатели азотистого обмена, относительной плотности мочи?

- А) Снижение всех показателей: гематокрита – за счет сгущения крови,
- Б) Увеличение всех показателей: гематокрита – за счет сгущения крови
- В) Снижение гематокрита показателей: гематокрита – за счет сгущения крови,
- Г) увеличение показателей: тромбоцита – за счет крови

21. Больной 26 лет. В течение 2,5 недель находится на стационарном лечении по поводу язвы 12-перстной кишки размером до 1,8 см. В процессе лечения боли прошли полностью, однако в последние дни стала беспокоить тяжесть в эпигастральной области к концу дня. При контрольном эндоскопическом и рентгенологическом исследовании установлено, что язва зарубцевалась, однако бариевая взвесь задерживается в желудке на 14 часов.

Показано ли больному оперативное лечение?

- А) нет
- Б) нет правильных ответов
- В) Да.
- Г) при КТ данные

22. Больной 32 лет страдает язвенной болезнью 12-перстной кишки в течение 6 лет.

Последнюю неделю интенсивные голодные и ночные боли. Внезапно развилась резкая слабость, холодный пот, исчезновение болей. АД – 90/60 мм рт. ст.

Анализ крови: эритроциты $4.0 \times 10^{12}/л$, Hb – 140 г/л. При пальцевом исследовании кал нормального цвета.

Укажите какое осложнение развилось у больного?

- А) Кровотечение из язвы толстой кишки.
- Б) ЯБЖ
- В) Кровотечение из язвы 12-и перстной кишки.
- Г) МКБ

23. Больной 51 год. Поступил с жалобами на ощущение тяжести в эпигастральной области, быстрое насыщение, отрыжку тухлым, резкое похудание. Недели три до поступления появилась периодическая обильная рвота с остатками пищи, съеденной накануне. На протяжении 7 лет страдает язвенной болезнью желудка и ежегодными обострениями.

Объективно: истощен, кожа сухая, дряблая, собирается в складки. Живот мягкий, «шум плеска». АД – 90/75 мм рт. ст. Положительный симптом Хвостека.

О каком осложнении можно думать ?

- А) ЯБЖ
- Б) Перитонит
- В) О декомпенсированном рубцовом стенозе привратника.
- Г) МКБ

24. Больной 26 лет. В течение 2,5 недель находится на стационарном лечении по поводу язвы 12-перстной кишки размером до 1,8 см. В процессе лечения боли прошли полностью, однако в последние дни стала беспокоить тяжесть в эпигастральной области к концу дня. При контрольном эндоскопическом и рентгенологическом исследовании установлено, что язва зарубцевалась, однако бариевая взвесь задерживается в желудке на 14 часов.

Если показано, то какую операцию Вы бы выбрали, если нет, то какое лечение Вы назначите?

- А) Операция Линтона
- Б) Резекция 2/3 желудка
- В) Операция Нарагу
- Г) Операция Троянова

25. В клинику доставлен больной 44 лет в тяжелом состоянии. Много лет страдает язвенной болезнью желудка. Последние 2 часа беспокоит рвота типа «кофейной гущи». За последние 2 месяца похудел на 12 кг. Больной истощен.

Укажите какое осложнение язвенной болезни наступило у больного?

- А) Рак толстой кишки
- Б) Рак пищевода
- В) Малигнизация язвы желудка
- Г) Рак простаты

26. Больной 51 год. Поступил с жалобами на ощущение тяжести в эпигастральной области, быстрое насыщение, отрыжку тухлым, резкое похудание. Недели три до поступления появилась периодическая обильная рвота с остатками пищи, съеденной накануне. На протяжении 7 лет страдает язвенной болезнью желудка и ежегодными обострениями.

Объективно: истощен, кожа сухая, дряблая, собирается в складки. Живот мягкий, «шум плеска». АД – 90/75 мм рт. ст. Положительный симптом Хвостека.

Выберите правильную тактику лечения?

- А) Подготовка к лечению пульсотерапии.
- Б) Внутривенное введение солевых и белки содержащих растворов
- В) Подготовка к операции. Внутривенное введение солевых и белки содержащих растворов
- Г) Подготовка к лечению гормональной терапии.

27. В клинику доставлен больной 44 лет в тяжелом состоянии. Много лет страдает язвенной болезнью желудка. Последние 2 часа беспокоит рвота типа «кофейной гущи». За последние 2 месяца похудел на 12 кг. Больной истощен.

Выберите что следует предпринять?

- А) ФГДС с биопсией. Ро- скопия желудка. УЗИ органов брюшной полости. +
- Б) Лабораторные данные
- В) КТ данные
- Г) УЗИ органов грудной полости

28. Больной 32 лет страдает язвенной болезнью 12-перстной кишки в течение 6 лет.

Последнюю неделю интенсивные голодные и ночные боли. Внезапно развилась резкая слабость, холодный пот, исчезновение болей. АД – 90/60 мм рт. ст.

Анализ крови: эритроциты $4.0 \times 10^{12}/л$, Hb – 140 г/л. При пальцевом исследовании кал нормального цвета.

Выберите как объяснить нормальные показатели анализа крови?

- А) Необходимости нет
- Б) Повторный анализ ОАК
- В) Биопсия
- Г) Еще не наступила фаза гемодиллюции.

29. Больной 32 лет страдает язвенной болезнью 12-перстной кишки в течение 6 лет. Последнюю неделю интенсивные голодные и ночные боли. Внезапно развилась резкая слабость, холодный пот, исчезновение болей. АД – 90/60 мм рт. ст.

Анализ крови: эритроциты $4.0 \times 10^{12}/л$, Hb – 140 г/л. При пальцевом исследовании кал нормального цвета.

С чем связано исчезновение болей?

- А) Еще не наступила фаза гемодилюции.
- Б) наступила фаза гемодилюции.
- В) правильных ответов нет
- Г) повторный анализ крови

30. Больной 32 лет страдает язвенной болезнью 12-перстной кишки в течение 6 лет.

Последнюю неделю интенсивные голодные и ночные боли. Внезапно развилась резкая слабость, холодный пот, исчезновение болей. АД – 90/60 мм рт. ст.

Анализ крови: эритроциты $4.0 \times 10^{12}/л$, Hb – 140 г/л. При пальцевом исследовании кал нормального цвета.

Каким будет кал через 1-2 суток?

- А) Мелена.
- Б) зеленого цвета
- В) креаторея
- Г) страторея

31. У больного 49 лет после приема обильной мясной, жирной и пряной пищи появились боли опоясывающего характера в верхних отделах живота, многократная рвота. Больной в течении 6 лет страдает язвенной болезнью желудка.

При осмотре: живот не вздут, участвует в акте дыхания всеми отделами, умеренно напряжен и болезненный в эпигастральной области. Пульс – 96 в минуту. Температура $37,2^{\circ}$. АД – 125/90 мм рт. ст. Лейкоциты $17 \times 10^9/л$.

Выберите предположительный диагноз?

- А) ЯБЖ
- Б) ЖКБ
- В) Пенетрация язвы желудка в тело поджелудочной железы
- Г) МКБ

32. В поликлинику на прием к хирургу обратилась женщина, которая 5 минут назад нечаянно выпила налитую в стакан уксусную эссенцию. Пациентка взволнована, просит оказать помощь, боится остаться инвалидом. При расспросе м/с выявила, что пациентку беспокоит боль во рту по ходу пищевода и в эпигастрии.

При осмотре м/с обнаружила, что слизистая оболочка рта ярко гиперемирована, местами покрыта белым налетом, отмечается обильное слюнотечение. Пульс 96 в мин., ритмичный, удовлетворительных качеств. АД 130/80 мм рт. ст. Дыхание через нос свободное 24 в мин., голос осиплый.

Составьте алгоритм действий медицинской сестры с мотивацией каждого этапа?

- А) вызов бригады «Скорой помощи», по назначению врача и промывание желудка через зонд.
- Б) Перевод больного в терапии
- В) вызов бригады МЧС
- Г) гормональная терапия

33. В поликлинику на прием к хирургу обратилась женщина, которая 5 минут назад нечаянно выпила налитую в стакан уксусную эссенцию. Пациентка взволнована, просит оказать помощь, боится остаться инвалидом. При расспросе м/с выявила, что пациентку беспокоит боль во рту по ходу пищевода и в эпигастрии.

При осмотре м/с обнаружила, что слизистая оболочка рта ярко гиперемирована, местами покрыта белым налетом, отмечается обильное слюнотечение. Пульс 96 в мин., ритмичный,

удовлетворительных качеств. АД 130/80 мм рт. ст. Дыхание через нос свободное 24 в мин., голос осиплый.

Определите состояние пациента?

- А) ожог 2 ст
- Б) отморожение
- В) Химический ожог пищевода.

34. Через 3 месяца после резекции 2/3 желудка по Бильрот II в модификации Гофмейстера - Финстерера по поводу язвы желудка больной обратился с жалобами на слабость, возникающую через 15 минут после приема пищи, сопровождающуюся чувством жара в верхней половине туловища, резким потоотделением. Приступы более выражены при приеме пищи, богатой углеводами. После операции больной не прибавляет в массе. Дефицит массы тела составляет 8 кг.

Укажите в каком обследовании нуждается этот пациент?

- А) оценке субъективных данных, УЗИ данных
- Б) оценке клинических данных, результатов провокационной пробы, рентгенологических данных
- В) результаты положительных проб
- Г) биохимические, электролитные данные

35. Молодой человек 24 лет, доставлен через сутки после начала заболевания с жалобами на общую слабость, рвоту цвета кофейной гущи, периодически возникающие весной и осенью «голодные» боли в эпигастрии. Ухудшение последние две недели, когда появились боли в эпигастрии, которые уменьшились после приема альмагеля.

Определите какое осложнение возможно у больного?

- а) Гастродуоденальное кровотечение+
- Б) Расширение пищеводной вены нижней трети
- В) Полиорганная недостаточность
- Г) химический ожог 2-3 степени желудка и двенадцатиперстной кишки

36. Больной 51 год. Поступил с жалобами на ощущение тяжести в эпигастриальной области, быстрое насыщение, отрыжку тухлым, резкое похудание. Недели три до поступления появилась периодическая обильная рвота с остатками пищи, съеденной накануне. На протяжении 7 лет страдает язвенной болезнью желудка и ежегодными обострениями.

Объективно: истощен, кожа сухая, дряблая, собирается в складки. Живот мягкий, «шум плеска». АД – 90/75 мм рт. ст. Положительный симптом Хвостека.

Оцените состояние водно – электролитного обмена.

- А) Дегидратация: сухость кожи, снижение тургора, обильные рвоты, снижение АД.
- Б) влажности кожи, тургора, обильные рвоты, повышение АД.
- В) Резкая слабость, потеря сознания
- Г) Коматозное состояние

37. Больной Н., 19 лет оперирован по поводу острого флегмонозного аппендицита.

Операция закончена ушиванием раны передней брюшной стенки наглухо. К концу первых суток после аппендэктомии больного беспокоит резкая слабость, головокружение.

Объективно отмечается бледность кожи, пульс 102 в минуту, АД 100/60 мм.рт.ст. язык влажный, живот равномерно болезненный, симптомы раздражения брюшины слабopоложительные, перкуторно определяется свободная жидкость в отлогих местах брюшной полости. Перевязка сухая. В анализе крови Эр. - $3,5 \times 10^9$ /л, гемоглобин - 108 г/л, лейкоциты - $10,5 \times 10^9$ /л.

Какое осложнение послеоперационного периода возникло у больного?

- А) Продолжающееся внутрибрюшное кровотечение

- Б) Продолжающееся внутригрудное кровотечение
- В) Перитонит
- Г) Перфорация желудка

38. Лучшим методом интраоперационного контроля за полнотой ваготомии признана:

- а) эндоскопическая рН-метрия
- б) внутрижелудочная рН-метрия специальным рН-зондом
- в) сочетание хромогастроскопии с транслюминацией
- Г. Через нзогастральный зондом

39. Наиболее физиологичным методом резекции желудка считается:

- а) Бильрота-1
- б) резекция Райхель — Полиа
- в) модификация Вальфура
- Г гастрэктомия

40. Установить источник гастродуоденального кровотечения позволяет:

- а) рентгенологическое исследование желудка
- б) ЭГДС
- в) лапароскопия
- г) объективный осмотр

(Раздел хирургия желудка и 12 п.к. 40 вопросов)

РАЗДЕЛ Хирургия ЖВП, ЖП, ПЖЖ.

Раздел острый и хронический панкреатит. Кисты и свищи

1. Больной К., 47 лет доставлен в приемный покой хирургического отделения с жалобами на боли в эпигастрии с иррадиацией в поясницу, тошноту, многократную рвоту, не приносящую облегчения.

О каком заболевании может идти речь?

- А) Обострение хронического рецидивирующего панкреатита
- Б) язвенная болезнь желудка
- В) обострения хронического гастрита
- Г) приступы схватки холецистита

2. Врача вызвали на дом к больной 66 лет, которая жалуется на острые боли в правом подреберье с иррадиацией в правую лопатку, правое плечо, чувство тяжести в подложечной области, тошноту, рвоту. Заболела ночью, внезапно. Накануне вечером поела жареного гуся. Подобные боли впервые.

Назовите необходимые дополнительные исследования?

- А) Обзорный рентген груди, брюшной полости
- Б) объективные данные, ОАК
- В) Диагностическая лапароскопия
- Г) Биохимические данные

3. Больная 28 лет доставлена в приемный покой на 2 день от начала заболевания с жалобами на резкие боли в эпигастрии, затрудняющие дыхание и иррадиирующие в левое подреберье и область сердца на фоне многократной рвоты, задержки стула и газов.

Цианотические пятна на боковых поверхностях живота, ягодиц и бедер. Температура тела 36,5 С, одышка до 32, артериальное давление 90/60 мм.рт.ст. Тоны сердца ослаблены. Живот слегка

вздут, мягкий, резко болезненный в эпигастрии и левом подреберье. Перистальтика ослаблена. Лейкоцитоз - 18 тыс. Диастаза мочи -4096 ед. На ЭКГ - признаки очаговой гипоксии миокарда. Наиболее какой диагноз следует поставить?

- А) Острый перитонит
- Б) Острый деструктивный панкреатит
- В) острый холецистит
- Г) острый инфильтративный аппендицит

4. Больная 28 лет доставлена в приемный покой на 2 день от начала заболевания с жалобами на резкие боли в эпигастрии, затрудняющие дыхание и иррадиирующие в левое подреберье и область сердца на фоне многократной рвоты, задержки стула и газов.

Цианотические пятна на боковых поверхностях живота, ягодиц и бедер. Температура тела 36,5 С, одышка до 32, артериальное давление 90/60 мм.рт.ст. Тоны сердца ослаблены. Живот слегка вздут, мягкий, резко болезненный в эпигастрии и левом подреберье. Перистальтика ослаблена. Лейкоцитоз - 18 тыс. Диастаза мочи -4096 ед. На ЭКГ - признаки очаговой гипоксии миокарда. Укажите какой хирургический метод необходимо выполнить при данной патологии?

- А) лапароцентез
- Б) лапаротомия
- В) дренирование брюшной полости
- Г) диагностический лапароскопия

5. Больная 28 лет доставлена в приемный покой на 2 день от начала заболевания с жалобами на резкие боли в эпигастрии, затрудняющие дыхание и иррадиирующие в левое подреберье и область сердца на фоне многократной рвоты, задержки стула и газов.

Цианотические пятна на боковых поверхностях живота, ягодиц и бедер. Температура тела 36,5 С, одышка до 32, артериальное давление 90/60 мм.рт.ст. Тоны сердца ослаблены. Живот слегка вздут, мягкий, резко болезненный в эпигастрии и левом подреберье. Перистальтика ослаблена. Лейкоцитоз - 18 тыс. Диастаза мочи -4096 ед. На ЭКГ - признаки очаговой гипоксии миокарда. Основные направления в лечении данного заболевания?

- А) Госпитализация в отделение терапии
- Б) Госпитализация в ОИТ и реанимации
- В) Госпитализация в отделение кардиологии
- Г) Госпитализация в отделение хирургии

6. У больной, 72 лет, тучной женщины, в течение 15 лет страдающей периодически болями в правом подреберье, 8 часов назад появились вновь резкие боли в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо, рвота, t до 38° С. Язык сухой, обложен белым налетом, небольшая иктеричность склер. Живот слегка вздут. Резкая болезненность и умеренное мышечное напряжение в правом подреберье. Симптомы раздражения брюшины слабopоложительные. Пульс - 96 в 1 минуту. Лейкоцитоз - 12 x 10⁹.

Укажите варианты тактики лечения при данной патологии?

- А) Госпитализация, консервативная терапия
- Б) Госпитализация, консервативная терапия с последующей выпиской
- В) Госпитализация, консервативная терапия с последующей холецистэктомией
- Г) Госпитализация, консервативная терапия с последующей переводом гастроэнтерологии

7. Больная 45 лет поступила в хирургическое отделение с клиникой механической желтухи. В анамнезе желчнокаменная болезнь в течение 8 лет.

Объективно: при пальпации болезнен в эпигастрии и больше в правом подреберье, особенно в точке желчного пузыря. Положительный симптом Ортнера. кал светлее обычного. Лейкоцитоз -10 тыс. Диастаза мочи - 256 ед. При УЗИ - отмечено расширение холедоха до 1,4 см, несколько увеличена головка поджелудочной железы. Желчный пузырь 10 x 4 см, в просвете множество конкрементов от 0,3 до 0,7 см, стенка - 04.

Какие дополнительные лабораторные и инструментальные методы исследования необходимо провести для уточнения диагноза?

- А) ОАК, БАК, ФГДС.
- Б) Рентген
- В) Колоноскопия
- Г) Субъективные данные

8. У больной, 72 лет, тучной женщины, в течение 15 лет страдающей периодическими болями в правом подреберье, 8 часов назад появились вновь резкие боли в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо, рвота, t до 38° С. Язык сухой, обложен белым налетом, небольшая иктеричность склер. Живот слегка вздут. Резкая болезненность и умеренное мышечное напряжение в правом подреберье. Симптомы раздражения брюшины слабopоложительные. Пульс - 96 в 1 минуту. Лейкоцитоз - 12 x 10 .

Укажите классификация данной патологии по течению?

- А) Острый и хронический холецистит
- Б) латентная, молниеносная
- В) болевая безболевая
- Г) катаральный, флегмонозный

9. Больная 45 лет поступила в хирургическое отделение с клиникой механической желтухи. В анамнезе желчнокаменная болезнь в течение 8 лет.

Объективно: при пальпации болезнен в эпигастрии и больше в правом подреберье, особенно в точке желчного пузыря. Положительный симптом Ортнера. кал светлее обычного. Лейкоцитоз -10 тыс. Диастаза мочи - 256 ед. При УЗИ - отмечено расширение холедоха до 1,4 см, несколько увеличена головка поджелудочной железы. Желчный пузырь 10 x 4 см, в просвете множество конкрементов от 0,3 до 0,7 см, стенка - 04.

Какие оперативные вмешательства могут быть предприняты?

- А) эндоскопическая холецистэктомия в плановом порядке.
- Б) операция бильрота
- В) операция Нарата
- Г) операция Линтона

10. У больной, 72 лет, тучной женщины, в течение 15 лет страдающей периодическими болями в правом подреберье, 8 часов назад появились вновь резкие боли в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо, рвота, t до 38° С. Язык сухой, обложен белым налетом, небольшая иктеричность склер. Живот слегка вздут. Резкая болезненность и умеренное мышечное напряжение в правом подреберье. Симптомы раздражения брюшины слабopоложительные. Пульс - 96 в 1 минуту. Лейкоцитоз - 12 x 10 .

Сформулируйте правильный диагноз?

- А) ЯБЖ
- Б) Хронический гастрит
- В) ЖКБ
- Г) панкреатит

11. Больная 45 лет поступила в хирургическое отделение с клиникой механической желтухи. В анамнезе желчнокаменная болезнь в течение 8 лет.

Объективно: при пальпации болезнен в эпигастрии и больше в правом подреберье, особенно в точке желчного пузыря. Положительный симптом Ортнера. кал светлее обычного. Лейкоцитоз -10 тыс. Диастаза мочи - 256 ед. При УЗИ - отмечено расширение холедоха до 1,4

см, несколько увеличена головка поджелудочной железы. Желчный пузырь 10 x 4 см, в просвете множество конкрементов от 0,3 до 0,7 см, стенка - 04.

Ваш предположительный диагноз?

- А) ЯБЖ
- Б) Острый панкреатит (отечная форма). ЖКБ
- В) панкреанекроз
- Г) цирроз печени

12. У больной, 72 лет, тучной женщины, в течение 15 лет страдающей периодическими болями в правом подреберье, 8 часов назад появились вновь резкие боли в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо, рвота, t до $38^{\circ}C$. Язык сухой, обложен белым налетом, небольшая иктеричность склер. Живот слегка вздут. Резкая болезненность и умеренное мышечное напряжение в правом подреберье. Симптомы раздражения брюшины слабopоложительные. Пульс - 96 в 1 минуту. Лейкоцитоз - 12×10^9 .

Укажите направления консервативной терапии?

- А) Диета, инфузионная спазмолитическая терапия, обезболивание
- Б) препараты кардиотонические и реабилитация
- В) Химиотерапия
- Г) гормональная терапия

13. У больной, 72 лет, тучной женщины, в течение 15 лет страдающей периодическими болями в правом подреберье, 8 часов назад появились вновь резкие боли в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо, рвота, t до $38^{\circ}C$. Язык сухой, обложен белым налетом, небольшая иктеричность склер. Живот слегка вздут. Резкая болезненность и умеренное мышечное напряжение в правом подреберье. Симптомы раздражения брюшины слабopоложительные. Пульс - 96 в 1 минуту. Лейкоцитоз - 12×10^9 .

Выберите правильные методы обследования ?

- А) общеклинические методы, УЗИ, биохимические
- Б) Электролиты, рентген
- В) ОАМ, КТ, рентген
- Г) Электролиты, субъективные данные

14. Больная 69 лет, тучная женщина, страдает желчнокаменной болезнью, хроническим калькулезным холециститом, тяжелым сахарным диабетом, Приступы холецистита у больной бывают 3-4 раза в год. Два дня назад после погрешностей в диете начался очередной болевой приступ с иррадиацией болей в правое плечо и лопатку, тошноту, многократную рвоту, не приносящую облегчения. При поступлении определяется болезненность в правом подреберье, положительные симптомы Ортнера, Керра. УЗИ – желчный пузырь 146x72 мм, стенка желчного пузыря 8 мм, в области шейки желчного пузыря фиксированный конкремент 41x32 мм, холедох 6мм.

Выберите принципы консервативной терапии?

- А) В течение 24-48 часов после поступления проводится консервативная терапия
- Б) В течение 72 часов после поступления проводится гормональная терапия
- В) В течение 72 часов после поступления проводится пульс терапия
- Г) В течение 72 часов после поступления проводится операция

15. У больной, 72 лет, тучной женщины, в течение 15 лет страдающей периодическими болями в правом подреберье, 8 часов назад появились вновь резкие боли в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо, рвота, t до $38^{\circ}C$. Язык сухой, обложен белым налетом, небольшая иктеричность склер. Живот слегка вздут. Резкая болезненность и умеренное мышечное напряжение в правом подреберье. Симптомы раздражения брюшины слабopоложительные. Пульс - 96 в 1 минуту. Лейкоцитоз - 12×10^9 .

Укажите возможные осложнения данного заболевания?

- А) цирроз печени
- Б) Сепсис
- В) Перивезикулярный инфильтрат, паравезикулярный абсцесс
- Г) перитонит

16. У больного геморрагическим панкреонекрозом на 14-е сутки от начала заболевания усилились боли в животе и поясничной области слева, появилась гектическая температура до 39,5°. При осмотре: состояние больного тяжелое, кожные покровы бледные. Пульс 108 в минуту. Язык сухой. Живот слегка вздут, при пальпации болезненный в эпигастрии и в левом подреберье, перитониальные симптомы отрицательные, перистальтические шумы выслушиваются. Отмечается гипертермия кожи и отечность поясничной области слева. Симптом Мейо – Робсона резко положительный. Лейкоциты крови 20×10⁹/л.

Укажите какие специальные методы могут уточнить диагноз?

- А) УЗИ, диагностическая пункция.
- Б) КТ
- В) рентген
- Г) ФГДС

17. Больная 69 лет, тучная женщина, страдает желчнокаменной болезнью, хроническим калькулезным холециститом, тяжелым сахарным диабетом, Приступы холецистита у больной бывают 3-4 раза в год. Два дня назад после погрешностей в диете начался очередной болевой приступ с иррадиацией болей в правое плечо и лопатку, тошноту, многократную рвоту, не приносящую облегчения. При поступлении определяется болезненность в правом подреберье, положительные симптомы Ортнера, Кера. УЗИ – желчный пузырь 146х72 мм, стенка желчного пузыря 8 мм, в области шейки желчного пузыря фиксированный конкремент 41х32 мм, холедох 6мм.

Укажите какой диагноз у больной, что подтверждает верный диагноз?

- А) Хронический обтурационный калькулезный холецистит
- Б) хронический обтурационный калькулезный панкреатит
- В) Острый обтурационный калькулезный холецистит, что подтверждается клинической картиной и данными УЗИ.
- Г) Острый обтурационный калькулезный панкреатит

18. Больная 69 лет, тучная женщина, страдает желчнокаменной болезнью, хроническим калькулезным холециститом, тяжелым сахарным диабетом, Приступы холецистита у больной бывают 3-4 раза в год. Два дня назад после погрешностей в диете начался очередной болевой приступ с иррадиацией болей в правое плечо и лопатку, тошноту, многократную рвоту, не приносящую облегчения. При поступлении определяется болезненность в правом подреберье, положительные симптомы Ортнера, Кера. УЗИ – желчный пузырь 146х72 мм, стенка желчного пузыря 8 мм, в области шейки желчного пузыря фиксированный конкремент 41х32 мм, холедох 6мм.

Лечебная тактика, возможность применения малоинвазивных методов хирургического лечения (указать каких)?

- А) эффективность консервативной терапии в течение 24-48 часов
- Б) эффективность консервативной терапии в течение 72 часов
- В) Неэффективность консервативной терапии в течение 24-48 часов является показанием к срочной операции
- Г) Повторно УЗИ контроль

19. Больная В., 47 лет поступила в отделение для выполнения лапароскопической холецистэктомии. В связи с наличием в анамнезе желтухи перед операцией произведена ЭРПХГ – был выявлен «вентильный» камень холедоха. Выполнена типичная ЭПСТ протяженностью 2,5 см. Вечером того же дня у больной появились

выраженные опоясывающие боли в эпигастральной области живота, тошнота, рвота, не приносящая облегчения, вздутие живота. Симптом Керте положительный. Амилаза крови и мочи повышена.

Выберите какое осложнение развилось у больной?

- А) Острый панкреатит.
- Б) Острый панкреатит
- В) ЯБЖ
- Г)МКБ

20. У больного геморрагическим панкреонекрозом на 14-е сутки от начала заболевания усилились боли в животе и поясничной области слева, появилась гектическая температура до 39,5°. При осмотре: состояние больного тяжелое, кожные покровы бледные. Пульс 108 в минуту. Язык сухой. Живот слегка вздут, при пальпации болезненный в эпигастрии и в левом подреберье, перитониальные симптомы отрицательные, перистальтические шумы выслушиваются. Отмечается гипертермия кожи и отечность поясничной области слева. Симптом Мейо – Робсона резко положительный. Лейкоциты крови $20 \times 10^9/\text{л}$.

Укажите правильную тактику лечения?

- А) дренирование пассивно
- Б) дренирование активное
- В) Пункция с последующим дренированием.
- Г) пункция плевры

21. Больной 50 лет поступил с клиникой острого панкреатита. При экстренно выполненной лапароскопии в брюшной полости выявлен геморрагический экссудат и «стеариновые пятна» на висцеральной брюшине корня брыжейки поперечно – ободочной кишки.

Укажите верный диагноз?

- А) МКБ
- Б) ЯБЖ
- В) Смешанный панкреонекроз
- Г) ЯБДПК

22. Больной Г., 60 лет по поводу стеноза БСДК выполнена типичная ЭПСТ. Утром следующего дня больная предъявила жалобы на слабость, головокружение, однократный жидкий черный стул, умеренные боли в правом подреберье. При осмотре: живот незначительно вздут, при пальпации мягкий умеренно болезненный в правом подреберье и в подложечной области. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. АД – 100/60 мм рт.ст. Ps – 90 в минуту, слабого наполнения и напряжения, Hb - 105 г/л, эр. – $2,32 \cdot 10^{12} / \text{л}$, амилаза крови – 128 ед.

Выберите лечебную тактику?

- А) Антибиотикотерапия , УЗИ-контроль
- Б) дуоденоскопией и лекарственным гемостазом
- В) Гемостатическая терапия с повторной дуоденоскопией и эндоскопическим гемостазом, при неэффективности - лапаротомия. +
- Г)) Антибиотикотерапия ,КТ-контроль

23. Больной 37 лет доставлен через 12 часов с момента появления многократной рвоты желчью и резких опоясывающих болей в верхней половине живота. Заболевание связывает с приемом алкоголя и жирной пищи.

При осмотре: бледность кожных покровов, акроцианоз, живот вздут, ограниченно участвует в акте дыхания, резко болезненный в эпигастральной области. Перкуторно – укорочение звука в отлогих местах живота. Положительные симптомы Щеткина – Блюмберга и Мейо – Робсона. Пульс – 96 в минуту, слабого наполнения. Температура 37,2°. АД – 95/60 мм рт. ст. Лейкоциты $17 \times 10^9/\text{л}$.

Выберите предположительный диагноз?

- А) Аппендикулярный инфильтрат
- Б) Перитонит
- В) Острый панкреатит. Панкреонекроз, ферментативный шок
- Г) острый живот

24. Больной 50 лет поступил с клиникой острого панкреатита. При экстренно выполненной лапароскопии в брюшной полости выявлен геморрагический экссудат и «стеариновые пятна» на висцеральной брюшине корня брыжейки поперечно – ободочной кишки.

Выберите план хирургического лечения?

- А) Ревизия сальниковой сумки, санация брюшной полости
- Б) лапароскопия
- В) Рентген брюшной полости
- Г) УЗИ-исследование

25. Больной 37 лет доставлен через 12 часов с момента появления многократной рвоты желчью и резких опоясывающих болей в верхней половине живота. Заболеванию связывает с приемом алкоголя и жирной пищи.

При осмотре: бледность кожных покровов, акроцианоз, живот вздут, ограниченно участвует в акте дыхания, резко болезненный в эпигастриальной области. Перкуторно – укорочение звука в отлогих местах живота. Положительные симптомы Щеткина – Блюмберга и Мейо – Робсона. Пульс – 96 в минуту, слабого наполнения. Температура 37,2°. АД – 95/60 мм рт. ст. Лейкоциты $17 \times 10^9/\text{л}$.

Укажите какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?

- А) Только УЗИ
- Б) рентген брюшной полости
- В) ФГДС
- Г) УЗИ поджелудочной железы. Амилаза крови и мочи

26. Выберите оптимальный вариант оперативного лечения больного с острым панкреатитом, осложненным гнойно-некротическим парапанкреатитом:

- а. Лапаротомия, рассечение капсулы поджелудочной железы, наружное дренирование и тампонирование парапанкреатической клетчатки
- б. Лечебная лапароскопия, холецистостомия
- в. Лапаротомия, холецистотомия, наружное дренирование протока поджелудочной железы
- г. Лапаротомия, некрсеквестрэктомия, дренирование и тампонирование всех гнойных очагов

27. После приема алкоголя у больного 30 лет появились опоясывающие боли, имела место неукротимая рвота, состояние тяжелое, пульс 120 ударов в минуту, акроцианоз, живот резко болезненный в верхних отделах, имеет место притупление перкуторного звука в отлогих частях живота, перистальтика кишечника не выслушивается. Ваш диагноз?

- а. перфоративная язва желудка, перитонит
- б. острая механическая кишечная непроходимость
- в. геморрагический панкреонекроз
- г. паралитическая кишечная непроходимость

28. Какие из нижеперечисленных оперативных вмешательств наиболее часто осложняются послеоперационным панкреатитом?

- а. Резекция желудка по Бильрот I.
- б. Резекция желудка по Бильрот II.
- в. Ваготомия с пилоропластикой.
- г. Проксимальная селективная ваготомия.

29. В развитии острого панкреатита главенствующая роль принадлежит:

- а. микробной флоре
- б. плазмоцитарной инфильтрации
- в. аутоферментной агрессии
- г. венозному стазу

30. В клинко анатомической классификации острого панкреатита «..., жировой панкреонекроз, геморрагический панкреонекроз» пропущено:

- а. калькулезный панкреатит
- б. отечный панкреатит
- в. деструктивный панкреатит
- г. алкогольный панкреатит

31. Жировой панкреонекроз развивается в результате:

- а. протеолитического некробиоза панкреоцитов под воздействием трипсина и других протеолитических ферментов \$? воздействия эластазы на стенки венул и междольковые соединительнотканые перемычки
- б. повреждающего действия на панкреоциты и интерстициальную жировую клетчатку липолитических ферментов
- в. спонтанного купирования аутолитических процессов и инволюции мелкоочагового панкреонекроза
- г. присоединения инфекции на фоне отечного панкреатита

32. Геморрагический панкреонекроз развивается в результате:

- а. присоединения инфекции на фоне жирового панкреонекроза
- б. формирования демаркационного воспалительного вала вокруг очагов жирового некроза
- в. спонтанного купирования аутолитического процесса и инволюции мелкоочагового панкреонекроза
- г. протеолитического некроза панкреоцитов и повреждения сосудистой стенки под воздействием протеолитических ферментов

33. В клинко анатомической классификации острого панкреатита «отечный панкреатит, ..., геморрагический панкреонекроз» пропущен:

а. деструктивный панкреатит

б. гнойный панкреатит

в. жировой панкреонекроз

г. первичный панкреатит

34. Болезненность при пальпации в левом реберно-позвоночном углу характерно для симптома:

а. Воскресенского

б. Мейо – Робсона

в. Грюнвальда

г. Мондора е

35. В клинко анатомической классификации острого панкреатита «отечный панкреатит, жировой панкреонекроз, ...» Пропущено:

а. калькулезный панкреатит

б. деструктивный панкреатит

в. алкогольный панкреатит

г. геморрагический панкреонекроз

36. В чем заключается основа современной теории этиологии дыхательной недостаточности при панкреатите?

а. Массивная плевральная экссудация.

б. Некроз легочной паренхимы вследствие циркуляции амилазы.

в. Химическая пневмония.

г. Денатурация сурфактанта.

37. Развитие метеоризма у больных острым панкреатитом обусловлено:

а. сдавлением 12-перстной кишки отечной головкой поджелудочной железы

б. частой неукротимой рвотой

в. парезом кишечника

г. дефицитом панкреатических гормонов

38. Снижение рН в панкреоцитах при жировом панкреонекрозе может приводить к развитию: а. отечного панкреатита

б. гнойного панкреатита

в. парапанкреатического инфильтрата

г. геморрагического панкреонекроза

39. Невозможность определения пульсации брюшного отдела аорты в эпигастрии при остром панкреатите носит название симптома:

а. Мейо Робсона

б. Мондора

в. Кера

г. Воскресенского

40. Выявление при лапароскопии серозного выпота и бляшек стеатонекроза соответствует:

а. отечному панкреатиту

б. жировому панкреонекрозу

в. геморрагическому панкреонекрозу

г. такие изменения не характерны для острого панкреатита

41. К острому панкреатиту относятся все формы, кроме:

а. отечного

б. псевдотуморозного панкреатита

в. жирового панкреонекроза

г. геморрагического панкреонекроза

42. Основным в патогенетическом лечении острого панкреатита является:

а. подавление секреторной функции pancreas

б. ликвидация гиповолемии

в. инактивация панкреатических ферментов

г. назогастральная декомпрессия желудочно-кишечного тракта

43. При выявлении отечного панкреатита во время операции показано:

а. ушивание раны без какого либо хирургического пособия

б. наложение холецистостомы

в. дренирование сальниковой сумки

г. холецистэктомия и резекция поджелудочной железы

44. Наиболее информативным методом исследования при остром панкреатите является:

а. диагностический пневмоперитонеум

б. обзорная рентгеноскопия брюшной полости

в. лапароскопия

г. определение амилазы крови и мочи, УЗИ

45. При сочетании острого флегмонозного холецистита и жирового панкреонекроза показана:

а. активная консервативная терапия

б. лапароскопическое дренирование брюшной полости для проведения перитонеального диализа

в. консервативная терапия и по стихании острых явлений оперативное лечение

г. экстренная операция –

46. Выявление геморрагического выпота в брюшной полости и очагов жирового некроза на брюшине позволяет думать:

а. о повреждении полого органа

б. о разрыве печени

в. об остром панкреатите

г. о перфоративной язве желудка

47. К постнекротическим осложнениям острого панкреатита относятся:

а. панкреатический шок

б. острая печеночная недостаточность

в. абсцесс сальниковой сумки

г. панкреатогенный перитонит

48. В патогенезе острого панкреатита не участвует:

а. энтерокиназа

б. эластаза

в. фосфолипаза

г. стрептокиназа

49. Наиболее информативным методом диагностики кисты поджелудочной железы является: а. ЭРПХГ

б. исследование пассажа бария по кишечнику

в. биохимическое исследование

г. УЗИ

50. В лечении острого панкреатита не применяют:

а. анальгетиков

б. инфузионной терапии

в. цитостатиков

г. Морфина

51. Наиболее частой клинико-морфологической формой острого панкреатита является:

а. отечный панкреатит

б. жировой панкреонекроз

в. геморрагический панкреонекроз

г. гнойный панкреатит

52. Больному с панкреатитом в первые сутки назначается:

- а. стол 15
- б. стол 5а
- в. стол 9
- г. голод

53. В первые трое суток заболевания острым панкреатитом противопоказано применение:

- а. УЗИ
- б. гастроскопии
- в. ЭРХПГ
- г. рентгеноскопии органов брюшной полости:

54. У больного 30 лет с деструктивным панкреатитом на 14-й день заболевания появились гектическая температура, озноб, тахикардия, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, инфильтрат в эпигастрии. Это:

- а. холангит
- б. пневмония
- в. киста поджелудочной железы
- г. забрюшинная флегмона

55. При нагноившейся псевдокисте поджелудочной железы показано:

- а. консервативная антибиотикотерапия
- б. консервативная дезинтоксикационная терапия
- в. операция
- г. наблюдение

56. Желчекаменная болезнь может вызывать нижеперечисленные осложнения, кроме:

- а. острого панкреатита
- б. механической желтухи
- в. дивертикулёз 12-перстной кишки
- г. обтурационной тонкокишечной непроходимости

57. Укажите признаки, характерные для синдрома Курвуазье:

- а. желтушное окрашивание кожи и склер
- б. непальпируемый сморщенный желчный пузырь
- в. пальпируется воспаленный и болезненный желчный пузырь

г. пальпируется увеличенный, эластичный и безболезненный желчный пузырь при наличии желтушного окрашивания кожи и склер

58. У больной 65-ти лет поставлен диагноз острого холецистита. Давность заболевания 36 часов. ПРИ ОСМОТРЕ: состояние удовлетворительное, пульс 90 ударов в минуту живот мягкий, болезненный в правом подреберье, где пальпируется увеличенный олезненный желчный пузырь, положительны симптомы Мерфи, Ортнера симптомов раздражения брюшины нет. Какова Ваша тактика?

а. показана экстренная операция

б. показана только консервативная терапия, включая антибиотики

в. показана консервативная терапия, при отсутствии эффекта в течение 24-48 часов операция в срочном порядке

г. показана холецистэктомия после часовой подготовки к операции

59. Показанием к наложению билиодигестивного анастомоза при ЖКБ является:

а. стреловидная стриктура терминального отдела холедоха

б. неудалимое препятствие в дистальном отделе холедоха

в. дуоденостаз

г. отключенный желчный пузырь

60. Холецистоеюностомия или операция Монастырского показана:

а. при эмпиеме желчного пузыря

б. при неоперабельной опухоли в терминальном отделе холедоха

в. при водянке желчного пузыря

г. при гнойном холангите

61. Вы оперируете больного по поводу гангренозного холецистита и местного перитонита. Ваша тактика?

а. холецистэктомия и оставление микроирригатора для введения антибиотиков

б. операцию ограничить введением тампонов вокруг некротизированного желчного пузыря

в. холецистэктомия, ушивание брюшной полости наглухо, послеоперационное введение больших доз антибиотиков

г. холецистэктомия с дренированием подпеченочного пространства и оставления микроирригатора для введения антибиотиков

62. У 25 летней женщины с сывороточным билирубином 105 мкмоль/л (преимущественно непрямая фракция), нормальным содержанием щелочной фосфатазы, АЛТ увеличено в 10 раз, по данным УЗИ желчный пузырь 5/4/3 см, стенки не утолщены, в просвете конкремент 1,2 см, холедох в диаметре 0,7 см наиболее вероятен диагноз:

а. острый гепатит, ЖКБ.

б. Только ЖКБ, холедохолитиаз, механическая желтуха.

в. Холецистолитиаз и холедохолитиаз.

- г. Рак головки поджелудочной железы.
63. Артерия, которая чаще всего может быть повреждена при холецистэктомии:
- а. Левая печеночная артерия.
 - б. Общая печеночная артерия.
 - б. Нижняя брыжеечная артерия.
 - г. Верхняя брыжеечная артерия.
64. Острый холецистит обычно начинается с:
- а. повышения температуры
 - б. появления рвоты
 - в. болей в правом подреберье
 - г. расстройства стула
65. Приступ печеночной (желчной) колики возникает:
- а. внезапно, остро, после погрешности в диете
 - б. после продромального периода
 - в. исподволь, постепенно
 - г. после длительного голодания
66. Для острого холецистита характерно:
- а. диастазурия
 - б. лейкоцитоз
 - в. гипогликемия
 - г. глюкозурия
67. Нормальные показатели билирубина крови:
- а. 0,10 0,68 мкмоль/л
 - б. 8,55 20,52 мкмоль/л
 - в. 2,50 8,33 мкмоль/л
 - г. 3,64 6,76 мкмоль/л
68. Основным методом исследования больных неосложненным холециститом является:
- а. инфузионная холеграфия
 - б. ЭРПХГ
 - в. УЗИ желчного пузыря
 - г. лапароскопия

69. Больному с гангренозным холециститом показано:

- а. консервативное лечение
- б. отсроченная операция
- в. принятие решения зависит от возраста больного
- г. экстренная операция

70. Интраоперационная холангиография абсолютно показана при всем кроме:

- а. наличия мелких камней в холедохе
- б. подозрения на рак большого дуоденального соска
- в. расширения холедоха
- г. при отсутствии желтух в анамнезе и нормальном диаметре холедоха

71. Для желтухи на почве холедохолитиаза не характерно:

- а. уробилинурия
- б. повышение щелочной фосфатазы
- в. нормальный или пониженный белок в крови
- г. повышение билирубина крови

72. Осложнением холедохолитиаза является:

- а. водянка желчного пузыря
- б. эмпиема желчного пузыря
- в. желтуха, холангит
- г. хронический активный гепатит

73. К интраоперационным методам исследования внепеченочных желчных путей относится все кроме:

- а. пальпации холедоха
- б. холедохоскопии
- в. интраоперационной холангиографии
- г. внутривенной холангиографии

74. Больной с прогрессирующей желтухой на почве холедохолитиаза нуждается:

- а. в экстренной операции
- б. в консервативном лечении
- в. в срочной операции после предоперационной подготовки
- г. в катетеризации чревной артерии

75. Симптом курвуазье не наблюдается при раке:

- а. головки поджелудочной железы

- б. супрадуоденальной части холедоха
- в. ретродуоденального отдела общего желчного протока
- г. желчного пузыря

76. Для уточнения характера желтухи и ее причины возникновения не используется:

- а. компьютерная томография
- б. внутривенная холецистохолангиография
- в. чрезкожная чрезпеченочная холангиография
- г. ЭРХПГ

77. Причиной боли в правом подреберье (печеночной колики) при ЖКБ является:

- а. Воспаление стенки желчного пузыря
- б. Раздражение болевых рецепторов слизистой оболочки пузыря камнями
- в. Спазм сфинктеров желчных путей
- г. Растяжение глиссоновой капсулы печени

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

- а. Операция
- б. Наблюдение
- в. Попытка изгнания камней
- г. Литотрипсия

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

- а. Постоянные ноющие боли в правом подреберье
- б. Печеночная колика
- в. Положительный симптом Ортнера
- г. Высокая температура с ознобом

80. Для выяснения причин желтухи не имеет смысла применять:

- а. РХПГ
- б. Лапароскопию
- в. Инфузионную холецистохолангиографию
- г. УЗИ

81. У больной 30 лет, однократно отметившей небольшое чувство тяжести в правом подреберье после приема жирной пищи, при УЗИ брюшной полости выявлены множественные камни желчного пузыря. Какие рекомендации следует дать больной?

а. Оперативное лечение

б. Соблюдение диеты

в. Санаторно-курортное лечение

г. Литотрипсия

82. Укажите оптимальный способ лечения больных с резидуальным холедохолитиазом:

а. Лапаротомия, холедохолитомия

б. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия

в. Медикаментозное растворение камней

г. Литотрипсия

83. Выберите оптимальный метод лечения больной 62 лет с множественными крупными камнями желчного пузыря, частыми приступами печеночной колики, страдающей гипертонической болезнью Пст :

а. Наблюдение и консервативная терапия

б. Операция

в. Попытка изгнания камней

г. Литотрипсия

84. Назовите признак, позволяющий заподозрить развитие холангита при обтурационной желтухе:

а. Озноб с повышением температуры тела

б. Печеночная колика

в. Увеличение печени

г. Опоясывающие боли

85. Назовите наиболее частую причину возникновения хронического панкреатита у женщин:

а. Гиперпаратиреоз

б. Атеросклероз брюшного отдела аорты

в. ЖКБ

г. Опухоль БДС

86. Назовите метод выбора при лечении рубцового стеноза БДС:

а. Трансдуоденальная папиллосфинктеротомия

б. Билиодигестивный анастомоз

в. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия

г. Наружное дренирование холедоха

87. Назовите оптимальный метод инструментальной диагностики неосложненной желчнокаменной болезни:

а. Лапароскопия

б. РХПГ

в. УЗИ

г. Транспеченочная холангиография

88. Укажите наиболее вероятные причины возникновения перемежающейся механической желтухи:

а. Вклиненный камень терминального отдела холедоха

б. Опухоль холедоха

в. Камень пузырного протока

г. Вентильный камень холедоха

89. Чем обусловлены острые расстройства гемодинамики при остром деструктивном панкреатите?

а. Отеком поджелудочной железы

б. Сдавлением дистального отдела холедоха

в. Ферментной токсемией

г. Билиарной гипертензией

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

а. Медикаментозное растворение камней,

б. Лапаротомия, холецистэктомия

в. Литотрипсия

г. Лапароскопическая холецистэктомия

91. При попытке выполнить лапароскопическую холецистэктомию после осмотра брюшной полости обнаружено, что желчный пузырь невозможно выделить лапароскопической техникой. Укажите что необходимо сделать

а. Отказаться от выполнения холецистэктомии и в последующем выписать больного

б. Выполнить лапаротомическую холецистэктомию через 7–8 дней

в. Сразу выполнить лапаротомию и холецистэктомию

г) продолжать попытку лапароскопическую холецистэктомию

92. Через год после холецистэктомии по поводу ЖКБ у больного стали вновь возникать приступы печеночной колики, сопровождающиеся кратковременной желтухой. Какие причины постхолецистэктомического синдрома представляются наиболее вероятными?

а. Резидуальный холедохолитиаз

б. Рубцовая стриктура холедоха

в. Хронический панкреатит

г. Гастродуоденит

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

а. На фоне эффективного лечения острого панкреатита развилось другое острое хирургическое заболевание органов брюшной полости

б. Допущена ошибка в диагностике при поступлении больного в клинику

в. У больного развился панкреонекроз.

Г. Острый калькулезный холецистит

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

а. Острый вирусный гепатит

б. Острая печеночная недостаточность

в. Ятрогенное повреждение общего желчного протока

г. Спазм сфинктера Одди

95. Больная 52 лет в условиях хирургического отделения получала консервативную терапию по поводу острого панкреатита. Через 3 недели после выписки появились лихорадка, ознобы, иктеричность склер и кожных покровов. В проекции головки поджелудочной железы пальпаторно определяется объемное болезненное образование. Какой диагноз наиболее вероятен?

а. Опухоль головки поджелудочной железы

б. Абсцесс сальниковой сумки

в. Ложная киста головки поджелудочной железы с нагноением

г. Хронический псевдотуморозный панкреатит

96. Назовите наиболее информативный метод дооперационной оценки состояния протоков поджелудочной железы при хроническом панкреатите:

а. УЗИ

б. Дуоденография в условиях искусственной гипотонии

в. РХПГ

г. Лапароскопия

97. У больной 50 лет в течение 5 недель отмечается перемежающаяся желтуха, периодически повышается температура, нарастает анемия. При пальпации обнаружен растянутый

безболезненный желчный пузырь – симптом Курвуазье. Какое заболевание можно предположить?

- а. Рак желчного пузыря
- б. Рак головки поджелудочной железы
- в. Желчнокаменная болезнь
- г. Рак большого дуоденального сосочка

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

- а. УЗИ
- б. РХПГ
- в. Чрескожная чреспеченочная холангиография
- г. Фистулохолангиография

99. Назовите метод наиболее достоверной диагностики рака печени:

- а. Ультразвуковое исследование
- б. Компьютерная томография печени
- в. Радиоизотопное исследование печени
- г. Пункционная биопсия печени под контролем лапароскопии, ультразвуковой эхолокации или компьютерной томографии

(РАЗДЕЛ Хирургия ЖВП, ЖП, ПЖЖ.

Раздел острый и хронический панкреатит. Кисты и свищи поджелудочной железы 99 вопрос)

Раздел острый гнойный перитонит

1. Вызов хирурга скорой помощи к больному 17 лет на 3 день болезни. Жалобы на постоянные боли по всему животу, которые в начале заболевания локализовались в правой подвздошной области.

Объективно: температура тела 38,7°. Кожа бледная. Слизистые сухие, язык обложен серым налетом. Пульс 120 ударов в минуту. Живот вздут, не участвует в акте дыхания. При пальпации разлитая болезненность и мышечное напряжение по всей передней брюшной стенке.

Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз ?

- А) Разрыв мышцы передней стенки брюшной полости
- Б) Острое панкреанекроз
- В) Острый разлитой перитонит аппендикулярной этиологии
- Г) Обострение ЯБЖ

2. Вызов врача-хирурга скорой помощи к больному 17 лет на 3 день болезни. Жалобы на постоянные боли по всему животу, которые в начале заболевания локализовались в правой подвздошной области.

Объективно: температура тела 38,7°. Кожа бледная. Слизистые сухие, язык обложен серым налетом. Пульс 120 ударов в минуту. Живот вздут, не участвует в акте дыхания. При пальпации разлитая болезненность и мышечное напряжение по всей передней брюшной стенке.

Расскажите технику обработки операционного поля на фантоме?

- А) обработка хлоргексидином 0.05%
- Б) Манипуляция выполняется в соответствии с алгоритмом
- В) обработка спиртовым р-м
- Г) обработка УФ-излучением

3. Вызов фельдшера скорой помощи к больному 17 лет на 3 день болезни. Жалобы на постоянные боли по всему животу, которые в начале заболевания локализовались в правой подвздошной области.

Объективно: температура тела 38,7°. Кожа бледная. Слизистые сухие, язык обложен серым налетом. Пульс 120 ударов в минуту. Живот вздут, не участвует в акте дыхания. При пальпации разлитая болезненность и мышечное напряжение по всей передней брюшной стенке.

Назовите дополнительные физикальные методы обследования?

- А) предварительные симптомы перитонита
- Б) Сцинтиграфия
- В) необходимо выявить достоверные симптомы для перитонита
- Г) биохимические данные

4. Мужчина 45 лет, болен в течение 4 суток. Беспокоят боли в правой подвздошной области, температура 37,2. При осмотре: Язык влажный. Живот не вздут, участвует в акте дыхания, мягкий, болезненный в правой подвздошной области. Перитонеальные симптомы неубедительны. В правой подвздошной области пальпируется опухолевидное образование 10 x 12 см, болезненное, малоподвижное. Стул регулярный. Лейкоцитоз- 12 тыс.

Тактика лечения этого заболевания?

- А) выжидательная-срочное оперативное вмешательство
- Б) госпитализация в терапии
- В) госпитализация в гастроэнтерологии
- Г) госпитализация в кардиологии

5. Мужчина 45 лет, болен в течение 4 суток. Беспокоят боли в правой подвздошной области, температура 37,2. При осмотре: Язык влажный. Живот не вздут, участвует в акте дыхания, мягкий, болезненный в правой подвздошной области. Перитонеальные симптомы неубедительны. В правой подвздошной области пальпируется опухолевидное образование 10 x 12 см, болезненное, малоподвижное. Стул регулярный. Лейкоцитоз- 12 тыс.

Укажите какие дополнительные методы обследования необходимо выполнить?

- А) ФГДС
- Б) Лабораторная диагностика, УЗИ и КТ
- В) Рентген брюшной полости
- Г) Электролиты

6. Больной 36 лет обратился в поликлинику к хирургу с жалобами на боли в животе, больше в области правого мезогастрия, по вечерам отмечает подъем температуры до 37,5 С°С. Из анамнеза установлено, что заболевание началось 6 суток назад с появления болевого синдрома в правой половине живота, в основном около пупка. Была тошнота, рвота. На третьи сутки боли уменьшились. За медицинской помощью не обращался, поскольку находился в командировке.

Объективно; язык влажный, кожные покровы обычной окраски, пульс 80 в минут. Живот участвует в акте дыхания, мягкий. При пальпации в правой подвздошной области определяется образование до 10 см в диаметре, умеренно болезненное. Лейкоцитоз 9,0 тысяч, НБ - 140 г/л. Укажите показание к операции для данного заболевания?

- А) При эффективности консервативного лечения больному рекомендуют плановую лапароскопию
- Б) консервативного лечения
- В) При неэффективности консервативного лечения больному рекомендуют аппендэктомию
- Г) Операция Линтона

7. У больной 50 лет, поступившей в хирургическое отделение на 4-е сутки от начала заболевания, диагноз острого аппендицита несомненен. Ни при пальпации, ни при влагалищном и ректальном исследовании четких данных об инфильтрате не обнаружено. Больную решено оперировать. Вскрыта брюшная полость и обнаружен плотный аппендикулярный инфильтрат.

Каково ваше дальнейшее лечение больной ?

- А) Проведение консервативной противовоспалительной терапии. Плановое оперативное лечение
- Б) Проведение срочное оперативной лечение. Гормональное лечение
- В) Проведение срочное оперативной лечение. Пульс терапия
- Г) Проведение срочное оперативной лечение. Лечение АНБ-терапии

8. У больного геморрагическим панкреонекрозом на 14-е сутки от начала заболевания усилились боли в животе и поясничной области слева, появилась гектическая температура до 39,5°. При осмотре: состояние больного тяжелое, кожные покровы бледные. Пульс 108 в минуту. Язык сухой. Живот слегка вздут, при пальпации болезненный в эпигастрии и в левом подреберье, перитониальные симптомы отрицательные, перистальтические шумы выслушиваются. Отмечается гипертермия кожи и отечность поясничной области слева. Симптом Мейо – Робсона резко положительный. Лейкоциты крови 20×10^9 /л.

Укажите ваш предположительный диагноз?

- А) Киста груди
- Б) Киста средостение
- В) Флегмона забрюшинной клетчатки.
- Г) почечная колика

9. Больная 25 лет поступила в клинику с жалобами на схваткообразные, сильные боли внизу живота. Язык влажный. Пульс - 68 в минуту. Живот вздут, мягкий. В правой половине мезогастрия при пальпации определяется плотно-эластическое образование 6x8 см. Хирургом приемного отделения поставлен диагноз илеоцекальной инвагинации. Больная экстренно оперирована. Во время операции в терминальном отделе подвздошной кишки обнаружено продолговатое образование диаметром 5 см, с неровной фрагментированной плотно - эластической поверхностью, не связанное со стенкой кишки. Приводящий отдел резко расширен. Ободочная кишка спавшаяся

Выберите дополнительные методы исследования?

- А) нету правильных ответов
- Б) УЗИ
- В) КТ

Г)Необходимости нет.

10.Больной 30 лет обратился в поликлинику к хирургу с жалобами на боли в животе, больше в области правого мезогастрия, по вечерам он отмечает подъем температуры до 37,5. Из анамнеза установлено, что заболевание началось 6 суток назад с появления болевого синдрома в правой половине живота, в основном около пупка. Была тошнота, рвота. На третьи сутки боли уменьшились. За медицинской помощью не обращался, поскольку находился в командировке.

Объективно: язык влажный, кожные покровы обычной окраски, пульс 80 в мин. Живот участвует в акте дыхания, мягкий. При пальпации в правой подвздошной области определяется образование до 10 см. в диаметре, умеренно болезненное. Лейкоцитоз 9,0 тысяч. Нб-140 г/л

Показание к операции:

- А) при эффективности консервативного лечения больному рекомендуют плановую лапароскопию
- Б) консервативное лечение
- В) при неэффективности консервативного лечения больному рекомендуют аппендэктомию.
- Г) операция Линтона

11.Больной Н., 19 лет оперирован по поводу острого флегмонозного аппендицита. Операция закончена ушиванием раны передней брюшной стенки наглухо. К концу первых суток после аппендэктомии больного беспокоит резкая слабость, головокружение. Объективно отмечается бледность кожи, пульс 102 в минуту, АД 100/60 мм.рт.ст. язык влажный, живот равномерно болезненный, симптомы раздражения брюшины слабopоложительные, пер-куторно определяется свободная жидкость в отлогих местах брюшной полости. Перевязка сухая. В анализе крови Эр. - 3,5 x 10⁹/л, гемоглобин - 108 г/л, лейкоциты - 10,5 x 10⁹/л.

Выберите возможные причины развития данного осложнения?

- А) Тромбоз магистральных сосудов
- Б) тромбoфлебит
- В) Расплавление инфицированных тромбов в сосудах брыжейки отростка или аррозия сосудов
- Г) тромбоз портальной вены

12.Больная 36 лет доставлена в хирургический стационар с жалобами на постоянные, постепенно нарастающие боли внизу живота, возникшие у больной среди полного здоровья 8 часов назад. Объективно: определяется умеренное вздутие живота, разлитая болезненность в нижних отделах, умеренное напряжение мышц передней брюшной стенки. Сомнительный симптом Щёткина – Блюмберга. Пульс - 100 в минуту. Лейкоцитоз – 15,0x10⁹/л.

Укажите диагноз?

- А) перфорация
- Б) ЯБЖ
- В) Перитонит
- Г) медиастенит

13.Больной П., 62 лет, находится в хирургическом отделении по поводу острого гангренозного аппендицита. Операция 5 суток назад. Сегодня появились боли в области послеоперационной раны, озноб, температура тела поднялась до 38,50С.

Объективно: послеоперационная рана отечна, кожа вокруг раны гиперемирована, при пальпации определяется инфильтрация и болезненность.

Лабораторные данные: Лейкоцитоз - 32*10⁹/л, п/я – 18 %, с/я – 43 %,СОЭ – 32 мм/час, определяется анизо - и - пойкилоцитоз.

Клинический диагноз?

- А) ЖКБ, МКБ
- Б) почечная колика неуточненный
- В) перфорация желудка
- Г) Гангренозный аппендицит, аппендэктомия, нагноение п/о раны.

14. Больной П., 62 лет, находится в хирургическом отделении по поводу острого гангренозного аппендицита. Операция 5 суток назад. Сегодня появились боли в области послеоперационной раны, озноб, температура тела поднялась до 38,50С.

Объективно: послеоперационная рана отечна, кожа вокруг раны гиперемирована, при пальпации определяется инфильтрация и болезненность.

Лабораторные данные: Лейкоцитоз - $32 \cdot 10^9/\text{л}$, п/я – 18 %, с/я – 43 %, СОЭ – 32 мм/час, определяется анизо - и – пойкилоцитоз

Тактика ведения больного?

- А) консервативное лечение
- Б) гормональная терапия
- В) Снять швы, вести как гнойную рану
- Г) в стадии инфильтрата

15. Больной П., 62 лет, находится в хирургическом отделении по поводу острого гангренозного аппендицита. Операция 5 суток назад. Сегодня появились боли в области послеоперационной раны, озноб, температура тела поднялась до 38,50С.

Объективно: послеоперационная рана отечна, кожа вокруг раны гиперемирована, при пальпации определяется инфильтрация и болезненность.

Лабораторные данные: Лейкоцитоз - $32 \cdot 10^9/\text{л}$, п/я – 18 %, с/я – 43 %, СОЭ – 32 мм/час, определяется анизо - и – пойкилоцитоз

Какие химиотерапевтические и антисептические средства применимы в данной ситуации?

- А) венотоники в/м, промывание растворами АС, водорастворимые мази (левомиколь, диоксиколь),
- Б) Антибиотики в/м, промывание растворами АС, водорастворимые мази (левомиколь, диоксиколь), повязки с АС
- В) Промывать рану
- Г) только повязки с А

16. Больной П., 62 лет, находится в хирургическом отделении по поводу острого гангренозного аппендицита. Операция 5 суток назад. Сегодня появились боли в области послеоперационной раны, озноб, температура тела поднялась до 38,50С.

Объективно: послеоперационная рана отечна, кожа вокруг раны гиперемирована, при пальпации определяется инфильтрация и болезненность.

Лабораторные данные: Лейкоцитоз - $32 \cdot 10^9/\text{л}$, п/я – 18 %, с/я – 43 %, СОЭ – 32 мм/час, определяется анизо - и – пойкилоцитоз

Виды дренирования раны?

- А) пассивная, проточно-промывная дренирование
- Б) Активная, пассивная, проточно-промывная дренирование
- В) проточно-промывная дренирование
- Г) Активная

17. Больной П., 62 лет, находится в хирургическом отделении по поводу острого гангренозного аппендицита. Операция 5 суток назад. Сегодня появились боли в области послеоперационной раны, озноб, температура тела поднялась до 38,50С.

Объективно: послеоперационная рана отечна, кожа вокруг раны гиперемирована, при пальпации определяется инфильтрация и болезненность.

Лабораторные данные: Лейкоцитоз - $32 \cdot 10^9/\text{л}$, п/я – 18 %, с/я – 43 %, СОЭ – 32 мм/час, определяется анизо - и – пойкилоцитоз

Нуждается ли больной в переводе в другое отделение? Если да, то в какое?

- А) В гнойную хирургию

Б) в терапии

В) в БИТ

Г) в приемную

(Раздел хирургия острый гнойный перитонит 17 вопросов)

Раздел хирургия печени

1. CS. Промежуточным хозяином для *Echinococcus granulosus* может быть любой из нижеперечисленных, за исключением:

А. Овцы

Б. Свины

В. Человека

Г. Собаки

2. CS. К осложнениям эхинококка печени относят, за исключением:

А. Прорыва в плевральную полость, в бронхи

Б. Прорыва в брюшную полость

В. Прорыва в желчные пути

Г. Пилефлебита

3. CS. Какое утверждение относительно эхинококка печени является неправильным?

А. Часто является одиночным

Б. Чаще расположен в левой доле печени

В. Характерные для эхинококкоза серологические реакции обычно положительны

Г. Возможен прорыв кисты в желчные пути, плевральную полость, брюшную полость

4. CS. Наиболее часто встречающаяся доброкачественная опухоль печени является:

А. Липома печени

Б. Гемангиома печени

В. Кистаденома печени

Г. Лейомиома печени

5. CS. Какое утверждение, касающееся альвеолярного эхинококкоза печени, правильно?

А. Эхографически отображается в виде одиночной кисты

- Б. Передается главным образом лисицами
- В. Чаще встречается в Молдове и на юге Украины
- Г. Возбудителем является *Echinococcus granulosus*

6. CS. Назовите неправильное утверждение относительно непаразитарной кисты печени:

- А. Имеет острое начало
- Б. Может быть посттравматической
- В. Часто является асимптоматической
- Г. Пункция под контролем ультразвука является методом выбора в лечении данной патологии

7. CS. Методом выбора в лечении эхинококка печени является:

- А. Химиотерапия
- Б. Хирургический
- В. Рентгенотерапия
- Г. Гормонотерапия

8. CS. Какое утверждение относительно доброкачественной опухоли печени является точным?

- А. Имеет медленное течение
- Б. Хирургическое лечение имеет абсолютное показание
- В. Проявляется в основном у женщин
- Г. Осложняется желчным свищом

9. CS. Укажите параметры характеризующие жидкость неосложненной эхинококковой кисты:

- А. Прозрачная, бесцветная, без запаха, плотность 1008-1015 и рН 6,7-7,2
- Б. Прозрачная, желтоватого цвета, зловонная, плотность 1016-1020
- В. Мутная, без запаха, плотность менее 1007
- Г. Мутная, белесоватая, без запаха, плотность 1000

10. CS. Идеальная эхинококкэктомия при эхинококкозе печени показана в следующих ситуациях:

- А. Во всех случаях эхинококкоза печени, независимо от эволютивной стадии
- Б. При нагноении эхинококка и печеночном пиосклерозе

<-• При эхинококке печени, осложненным желчным свищем
В. При прорыве в брюшную полость
Г. При краевом расположении эхинококковой кисты

11. CS. Не характерным для амёбного абсцесса печени является:
А. Инфицирование кистами *Entamoeba histolytica* происходит из зараженной воды
Б. Обычно является одиночным
В. В более чем 75 % случаев расположен в правой доле печени
Г. Является асимптоматическим

12. SM. Укажите количество сегментов печени по Couinaud:
А. 12 сегментов
Б. 10 сегментов
В. 8 сегментов
Г. 7 сегментов

13. CS. Укажите оптимальный доступ для операции по поводу эхинококковой кисты, расположенной в IV-V сегменте:
А. Верхняя срединная лапаротомия
Б. Нижняя срединная лапаротомия
В. Поперечная лапаротомия на уровне VIII межреберья
Г. Правосторонняя торакофренолапаротомия

14. CS. Амёбный абсцесс печени характеризуется следующими утверждениями, исключая:
А. Боль в правом подреберье
Б. Правосторонний плеврит
В. Анемия, лейкоцитоз, повышенное СОЭ
Г. Отсутствие клинических проявлений

15. CS. Выберите оптимальный объем операции при непаразитарной, неосложненной кисте печени:
А. Атипичная резекция печени
Б. Анатомическая резекция печени
В. Энуклеация
Г. Фенестрация кисты

16. CS- Укажите наиболее часто встречающееся паразитарное поражение печени:
А. Эхинококкоз
Б. Дифиллоботриоз
В. Лямблиоз
Г. Альвеококкоз

17. CS. Укажите оптимальный объем операции при альвеококкозе печени:

- А. Энуклеация кисты
- Б. Марсупиализация
- В. Резекция печени с удалением альвеококка
- Г. Фенестрация

18. CS. Укажите оптимальный объем операции при бактериальном абсцессе печени:

- А. Пункция и дренирование абсцесса под контролем УЗИ
- Б. Пересадка печени
- В. Гемигепатэктомия
- Г. Марсупиализация

19. CS. Гемобилия - одно из тяжелых осложнений травм печени. В чем его суть?

- А. Появление кровохаркания
- Б. Множественные эрозии желудка и двенадцатиперстной кишки
- В. Резкое уменьшение выработки в печени прокоагулянтов
- Г. Кровотечение в просвет пищеварительного канала из поврежденных сосудов ткани печени через желчные пути

20. CS. Укажите оптимальную схему лечения амёбного абсцесса печени:

- А. Лучевая терапия до операции + хирургическое лечение
 - Б. Хирургическое лечение + лучевая терапия после операции
 - В. Лечение метронидазолом
 - Г. Химиотерапия + хирургическое лечение
- (Раздел хирургия печени 20 вопросов)

Итоги общий 250 вопросов 2-года 100 вопросов 3-года

