

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Куижева Саида Казбековна
Должность: Ректор
Дата подписания: 13.06.2026 13:13:13
Уникальный программный ключ:
71183e1134ef9cfa69b206d480271b3c1a975e6f

МИНОБРНАУКИ РОССИИ

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования**

**«Майкопский государственный технологический университет»
Медицинский институт**

Факультет

Послевузовского профессионального образования

Кафедра

Госпитальной хирургии и последипломного образования

УТВЕРЖДАЮ:

Проректор по научной работе
и инновационному развитию

Т.А. Овсянникова

«31» 06 2026 года



**ФОНДЫ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.67 ХИРУРГИЯ
(ОРДИНАТУРА)**

Майкоп

Компетенции обучающегося, формируемые в результате освоения дисциплины «Хирургия»

Изучение данной дисциплины направлено на формирование у обучающихся следующих универсальных (УК) и профессиональных (ПК) компетенций:

Универсальные компетенции (УК) характеризуются:

УК-1 - готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу;

УК-2 - готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия;

Профессиональные компетенции (ПК) характеризуются:

в профилактической деятельности:

ПК-1 - готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а так же направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания;

ПК-2 - готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными;

в диагностической деятельности:

ПК-5 - готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической квалификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем;

в лечебной деятельности:

ПК-6 - готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи;

в реабилитационной деятельности:

ПК-8 - готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении;

в организационно-управленческой деятельности:

ПК-12 - готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации.

Фонды оценочных средств измерения уровня освоения ординаторами дисциплины «Хирургия»

Фонды оценочных средств дисциплины включает:

- вопросы к зачету для проведения промежуточной аттестации;
- тестовые задания для проведения текущего контроля знаний;
- тестовые задания для контроля остаточных знаний;
- ситуационные клинические задачи для текущего контроля знаний и для контроля остаточных знаний.

Критерии оценки знаний ординатора на зачете:

«Зачтено» - выставляется при условии, если ординатор показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса; владеет основными терминами и понятиями изученного курса; показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт.

«Не зачтено» - выставляется при наличии серьезных упущений в процессе изложения учебного материала; в случае отсутствия знаний основных понятий и определений курса или присутствии большого количества ошибок при интерпретации основных определений; если студент показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы; при условии отсутствия ответа на основной и дополнительный вопрос.

Критерии оценки знаний ординаторов при проведении тестирования:

Оценка «отлично» выставляется при условии правильного ответа не менее чем 85% тестовых заданий;

Оценка «хорошо» выставляется при условии правильного ответа не менее чем 70% тестовых заданий;

Оценка «удовлетворительно» выставляется при условии правильного ответа не менее 51%;

Оценка «неудовлетворительно» выставляется при условии правильного ответа не менее чем на 50% тестовых заданий.

**Вопросы к зачету для проведения промежуточной аттестации
дисциплине «Хирургия»**

1. Принципы организации помощи колопроктологическим больным, распространенность заболеваний прямой и ободочной кишки
2. Рак прямой кишки: классификация, клиническое проявление, методы диагностики. Выбор метода лечения.
3. Особенности работы хирурга-колопроктолога в стационаре.
4. Рак ободочной кишки. Клиническое проявление. Методы обследования. Выбор метода операции
5. Осложнения колоректального рака. Виды осложнений, дифференциальная диагностика.
6. Основные принципы диагностики в колопроктологии. Работа врача специализированного приема.
7. Язвенный колит. Принципы диагностики. Тактика лечения.
8. Острый парапроктит. Выбор метода оперативного лечения.
9. Полипы, полипоз ободочной кишки. Диагностика, тактика лечения.
10. Болезнь Крона: клиника, осложнения, диагностика, тактика лечения.
11. Свищи прямой кишки. Возможные осложнения оперативного лечения.
12. Ишемический колит. Клиника, дифференциальная диагностика.
13. Неспецифический язвенный колит. Классификация, методы диагностики, определение степени тяжести течения. Консервативные методы лечения.
14. Дермоидные кисты. Классификация заболевания. Дифференциальная диагностика.
15. Острая кишечная непроходимость. Клиническая классификация высокой и низкой кишечной непроходимости. Диагностика, лечение.
16. Анальный зуд. Этиология, патогенез заболевания.
17. Вопросы реабилитации в колопроктологии.
18. Неспецифические воспалительные заболевания толстой кишки: основные причины, диагностика в urgentных ситуациях
19. Рак прямой кишки: диагностика, выбор метода оперативного лечения.
20. Свищи прямой кишки: диагностика, лечение.
21. Низкая кишечная непроходимость: причины. Основные принципы диагностики. Лечебная тактика.
22. Неспецифические воспалительные заболевания толстой кишки: основные причины, диагностика в urgentных ситуациях.
23. Ректо-вагинальные свищи: причины, диагностика, профилактика, лечение.
24. Методы реабилитации в онкопроктологии
25. Острая сосудистая недостаточность. Диагностика. Лечение.
26. Острая дыхательная недостаточность. Причины, клиника, лечение.
27. Гомеостаз. Понятие. Основные принципы лечения.
28. Водно-электролитный баланс. Элементы контроля водно-электролитного баланса. Признаки нарушения.
29. Патология обмена электролитов.
30. Кисотно-основное состояние. Значение в хирургической клинике, методы коррекции.
31. Острая почечная недостаточность. Причины, классификация. Методы лечения.
32. Острая печеночная недостаточность. Классификация. Клиника. Современные методы лечения.
33. ДВС - синдром. Причины. Классификация. Клиника. Современные методы лечения. Осложнения.
34. Основные принципы предоперационной подготовки.
35. Критерии оперативного риска, классификация.
36. Основы предоперационной подготовки в urgentной и плановой хирургии.
37. Основные принципы послеоперационного ведения больных

39. Профилактика и лечение некоторых послеоперационных осложнений (пневмония, аспирационная пневмония, инфаркт, тромбоэмболические осложнения и т.д.)
40. Шок, определение, современная концепция об этиологии и патогенезе.
41. Классификация шока, клиника, лечение.
42. Анафилактический шок, причины, классификация. Клиника, лечение, осложнения.
43. Эндотоксический шок. Классификация. Клиника.
44. Принципы лечения эндотоксического шока.
45. Современная классификация и лечение методов детоксикации организма.
46. Геморрагический шок. Патопфизиология. Диагностика. Лечение.
47. Классификация хирургической инфекции.
48. Возбудители и условия развития гнойной инфекции в организме.
49. Клинические аспекты течения гнойных ран.
50. Иммуитет. Методы его коррекции.
51. Общие принципы лечения и профилактики хирургической инфекции.
52. Нозкомиальная инфекция. Особенности клиники, лечение, профилактика.
53. Специфическая иммунная профилактика раневой инфекции.
54. Основные принципы антибактериальной терапии в хирургии.
55. Основные принципы выбора антибактериальных препаратов.
56. Современная классификация антисептиков.
57. Основные принципы асептики.
58. Основные лечения гнойной инфекции у больных сахарным диабетом.
59. Фурункул, фурункулез. Этиология, патогенез. Клиника. Современные методы лечения.
60. Карбункул. Причины. Клиника. Лечение.
61. Гидраденит. Этиология, патогенез. Клиника. Лечение. Профилактика.
62. Рожистое воспаление. Этиология, патогенез. Классификация. Клиника. Лечение.
63. Лимфангоит, классификация. Клиника. Лечение.
64. Лимфаденит. Этиология, патогенез. Классификация. Клиника. Лечение. Профилактика.
65. Острый гематогенный остеомиелит. Этиология, патогенез. Классификация. Клиника. Современные принципы лечения.
66. Хронический остеомиелит. Этиология, патогенез. Классификация. Клиника. Лечение.
67. Гнойный артрит. Этиология, патогенез. Клиника. Лечение.
68. Панариций. Классификация. Клиника. Лечение.
69. Флегмона кисти. Этиология, патогенез. Классификация. Клиника. Лечение.
70. Сепсис. Современная концепция. Классификация. Клиника. Современные методы лечение. Осложнения.
71. Столбняк. Классификация. Клиника. Диагностика. Современные методы лечение. Профилактика.
72. Анаэробная гангрена. Этиология, патогенез. Диагностика. Классификация. Клиника. Лечение. Профилактика.
73. Гнойные заболевания молочной железы. Классификация. Диагностика Клиника. Лечение.
74. Дисгормональные гиперплазии молочной железы. Классификация. Клиника. Особенности диагностики. Выбор метода лечения.
75. Гинекомастия. Диагностика и лечение.
76. Рак молочной железы. Частота. Классификация, система TNM. Клиника. Диагностика. Современные методы комплексного лечения в зависимости от стадии заболевания.
77. Закрытые повреждения грудной клетки. Диагностика. Классификация. Клиника. Выбор тактики.
78. Открытые повреждения грудной клетки. Классификация. Клиника. Выбор тактики.
79. Закрытая травма средостения. Классификация. Особенности диагностики. Клиника. Выбор метода лечения.

80. Открытые повреждения средостения. Классификация диагностика. Клиника. Выбор тактики. Методы дренирования.
81. Доброкачественные опухоли средостения. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. Осложнения.
82. Кисты средостения. Классификация, Диагностика. Клиника. Выбор метода лечения. Осложнения.
83. Злокачественные опухоли средостения. Классификация. Клиника. Выбор метода лечения. Осложнения.
84. Медиастинит. Причины. Классификация. Клиника. Выбор метода лечения. Осложнения.
85. Закрытые повреждения диафрагмы. Классификация. Особенности диагностики. Клиника. Методы лечения. Осложнения.
86. Торакоабдоминальные ранения. Классификация. Особенности клиники. Выбор тактики.
87. Травматические диафрагмальные грыжи. Диагностика. Выбор метода операции.
88. Диафрагмальные грыжи. Классификация. Выбор метода оперативного вмешательства.
89. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Классификация, клиника, выбор методов лечения. Показания к операции. Выбор метода оперативного вмешательства.
90. Ожоги пищевода. Классификация. Клиника. Поэтапное лечение, осложнение.
91. Методы пластики пищевода.
92. Дивертикулы пищевода. Классификация. Клинические проявления. Диагностика. Методы оперативного вмешательства.
93. Травматические повреждения пищевода. Классификация. Клиника. Особенности диагностики. Выбор метода лечения. Показания к операции, характер и объем оперативного пособия.
94. Инородные тела пищевода. Диагностика. Выбор метода лечения.
95. Рак пищевода. Классификация. Диагностика. Клиника. Выбор метода оперативного пособия.
96. Закрытые повреждения легких. Классификация. Клиника. Выбор тактики. Показания и объем оперативного вмешательства. Осложнения.
97. Открытые повреждения легких. Классификация. Клиника. Выбор тактики. Объем и характер оперативного вмешательства. Осложнения. Ведение больных в послеоперационном периоде.
98. Острый абсцесс и гангрена легких. Этиология. Патогенез. Классификация. Особенности клиники. Выбор метода лечения. Показания к операции. Характер и объем оперативного вмешательства.
99. Хронический абсцесс легкого. Этиология, патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Выбор метода лечения. Показания к операции. Особенности предоперационной подготовки. Объем и характер оперативного вмешательства. Осложнения. Послеоперационное ведение больных. Ближайшие и отдаленные результаты лечения.
100. Бронхоэктатическая болезнь. Этиология, патогенез. Клиника. Классификация. Диагностика. Выбор метода лечения. Показания и объем оперативного пособия. Осложнения. Реабилитация больных.
101. Поликистоз легкого. Этиология, патогенез. Клиника. Классификация. Диагностика. Выбор метода лечения. Особенности предоперационной подготовки. Вид и объем оперативного пособия.
102. Хроническая неспецифическая пневмония. Этиология, патогенез. Классификация. Клиника. Выбор метода лечения. Показания к операции и объем операции.
103. Эмпиема плевры. Этиология, патогенез. Клиника. Классификация. Диагностика. Современные методы консервативного и оперативного лечения.

104. Осложнения эмпиемы плевры. Диагностика. Клиника. Паллиативные и радикальные операции. Осложнения. Ближайшие и отдаленные результаты лечения.
105. Бронхиальные свищи. Этиология. Классификация. Выбор метода лечения. Показания к операции и объем оперативного вмешательства.
106. Туберкулез легкого. Клиника. Показания к операции и объем вмешательства. Особенности послеоперационного ведения больных.
107. Эхинококкоз легкого. Эпидемиология. Современные методы диагностики. Клиника. Классификация. Осложнения. Современные методы лечения.
108. Доброкачественные опухоли легких. Классификация. Клиника. Дифференциальный диагноз. Лечение.
109. Рак легкого. Этиология, патогенез. Классификация. Система TNM. Клиника. Дифференциальный диагноз. Современные методы комплексного лечения. Осложнения. Ближайшие и отдаленные результаты лечения. Вопросы диспансеризации.

**Вопросы к экзамену для проведения промежуточной аттестации
дисциплине «Хирургия»**

1. Принципы организации помощи колопроктологическим больным, распространенность заболеваний прямой и ободочной кишки
2. Рак прямой кишки: классификация, клиническое проявление, методы диагностики. Выбор метода лечения.
3. Особенности работы хирурга-колопроктолога в стационаре.
4. Рак ободочной кишки. Клиническое проявление. Методы обследования. Выбор метода операции
5. Осложнения колоректального рака. Виды осложнений, дифференциальная диагностика.
6. Основные принципы диагностики в колопроктологии. Работа врача специализированного приема.
7. Язвенный колит. Принципы диагностики. Тактика лечения.
8. Острый парапроктит. Выбор метода оперативного лечения.
9. Полипы, полипоз ободочной кишки. Диагностика, тактика лечения.
10. Болезнь Крона: клиника, осложнения, диагностика, тактика лечения.
11. Свищи прямой кишки. Возможные осложнения оперативного лечения.
12. Ишемический колит. Клиника, дифференциальная диагностика.
13. Неспецифический язвенный колит. Классификация, методы диагностики, определение степени тяжести течения. Консервативные методы лечения.
14. Дермоидные кисты. Классификация заболевания. Дифференциальная диагностика.
15. Острая кишечная непроходимость. Клиническая классификация высокой и низкой кишечной непроходимости. Диагностика, лечение.
16. Анальный зуд. Этиология, патогенез заболевания.
17. Вопросы реабилитации в колопроктологии.
18. Неспецифические воспалительные заболевания толстой кишки: основные причины, диагностика в urgentных ситуациях
19. Рак прямой кишки: диагностика, выбор метода оперативного лечения.
20. Свищи прямой кишки: диагностика, лечение.
21. Низкая кишечная непроходимость: причины. Основные принципы диагностики. Лечебная тактика.
22. Неспецифические воспалительные заболевания толстой кишки: основные причины, диагностика в urgentных ситуациях.
23. Ректо-вагинальные свищи: причины, диагностика, профилактика, лечение.
24. Методы реабилитации в онкопроктологии
25. Острая сосудистая недостаточность. Диагностика. Лечение.
26. Острая дыхательная недостаточность. Причины, клиника, лечение.
27. Гомеостаз. Понятие. Основные принципы лечения.
28. Водно-электролитный баланс. Элементы контроля водно-электролитного баланса. Признаки нарушения.
29. Патология обмена электролитов.
30. Кислотно-основное состояние. Значение в хирургической клинике, методы коррекции.
31. Острая почечная недостаточность. Причины, классификация. Методы лечения.
32. Острая печеночная недостаточность. Классификация. Клиника. Современные методы лечения.
33. ДВС - синдром. Причины. Классификация. Клиника. Современные методы лечения. Осложнения.
34. Основные принципы предоперационной подготовки.
35. Критерии оперативного риска, классификация.
36. Основы предоперационной подготовки в urgentной и плановой хирургии.
37. Основные принципы послеоперационного ведения больных

39. Профилактика и лечение некоторых послеоперационных осложнений (пневмония, аспирационная пневмония, инфаркт, тромбоэмболические осложнения и т.д.)
40. Шок, определение, современная концепция об этиологии и патогенезе.
41. Классификация шока, клиника, лечение.
42. Анафилактический шок, причины, классификация. Клиника, лечение, осложнения.
43. Эндотоксический шок. Классификация. Клиника.
44. Принципы лечения эндотоксического шока.
45. Современная классификация и лечение методов детоксикации организма.
46. Геморрагический шок. Патопизиология. Диагностика. Лечение.
47. Классификация хирургической инфекции.
48. Возбудители и условия развития гнойной инфекции в организме.
49. Клинические аспекты течения гнойных ран.
50. Иммуитет. Методы его коррекции.
51. Общие принципы лечения и профилактики хирургической инфекции.
52. Нозкомиальная инфекция. Особенности клиники, лечение, профилактика.
53. Специфическая иммунная профилактика раневой инфекции.
54. Основные принципы антибактериальной терапии в хирургии.
55. Основные принципы выбора антибактериальных препаратов.
56. Современная классификация антисептиков.
57. Основные принципы асептики.
58. Основные лечения гнойной инфекции у больных сахарным диабетом.
59. Фурункул, фурункулез. Этиология, патогенез. Клиника. Современные методы лечения.
60. Карбункул. Причины. Клиника. Лечение.
61. Гидраденит. Этиология, патогенез. Клиника. Лечение. Профилактика.
62. Рожистое воспаление. Этиология, патогенез. Классификация. Клиника. Лечение.
63. Лимфангоит, классификация. Клиника. Лечение.
64. Лимфаденит. Этиология, патогенез. Классификация. Клиника. Лечение. Профилактика.
65. Острый гематогенный остеомиелит. Этиология, патогенез. Классификация. Клиника. Современные принципы лечения.
66. Хронический остеомиелит. Этиология, патогенез. Классификация. Клиника. Лечение.
67. Гнойный артрит. Этиология, патогенез. Клиника. Лечение.
68. Панариций. Классификация. Клиника. Лечение.
69. Флегмона кисти. Этиология, патогенез. Классификация. Клиника. Лечение.
70. Сепсис. Современная концепция. Классификация. Клиника. Современные методы лечение. Осложнения.
71. Столбняк. Классификация. Клиника. Диагностика. Современные методы лечение. Профилактика.
72. Анаэробная гангрена. Этиология, патогенез. Диагностика. Классификация. Клиника. Лечение. Профилактика.
73. Гнойные заболевания молочной железы. Классификация. Диагностика Клиника. Лечение.
74. Дисгормональные гиперплазии молочной железы. Классификация. Клиника. Особенности диагностики. Выбор метода лечения.
75. Гинекомастия. Диагностика и лечение.
76. Рак молочной железы. Частота. Классификация, система TNM. Клиника. Диагностика. Современные методы комплексного лечения в зависимости от стадии заболевания.
77. Закрытые повреждения грудной клетки. Диагностика. Классификация. Клиника. Выбор тактики.
78. Открытые повреждения грудной клетки. Классификация. Клиника. Выбор тактики.
79. Закрытая травма средостения. Классификация. Особенности диагностики. Клиника. Выбор метода лечения.

80. Открытые повреждения средостения. Классификация диагностика. Клиника. Выбор тактики. Методы дренирования.
81. Доброкачественные опухоли средостения. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. Осложнения.
82. Кисты средостения. Классификация, Диагностика. Клиника. Выбор метода лечения. Осложнения.
83. Злокачественные опухоли средостения. Классификация. Клиника. Выбор метода лечения. Осложнения.
84. Медиастинит. Причины. Классификация. Клиника. Выбор метода лечения. Осложнения.
85. Закрытые повреждения диафрагмы. Классификация. Особенности диагностики. Клиника. Методы лечения. Осложнения.
86. Торакоабдоминальные ранения. Классификация. Особенности клиники. Выбор тактики.
87. Травматические диафрагмальные грыжи. Диагностика. Выбор метода операции.
88. Диафрагмальные грыжи. Классификация. Выбор метода оперативного вмешательства.
89. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Классификация, клиника, выбор методов лечения. Показания к операции. Выбор метода оперативного вмешательства.
90. Ожоги пищевода. Классификация. Клиника. Поэтапное лечение, осложнение.
91. Методы пластики пищевода.
92. Дивертикулы пищевода. Классификация. Клинические проявления. Диагностика. Методы оперативного вмешательства.
93. Травматические повреждения пищевода. Классификация. Клиника. Особенности диагностики. Выбор метода лечения. Показания к операции, характер и объем оперативного пособия.
94. Инородные тела пищевода. Диагностика. Выбор метода лечения.
95. Рак пищевода. Классификация. Диагностика. Клиника. Выбор метода оперативного пособия.
96. Закрытые повреждения легких. Классификация. Клиника. Выбор тактики. Показания и объем оперативного вмешательства. Осложнения.
97. Открытые повреждения легких. Классификация. Клиника. Выбор тактики. Объем и характер оперативного вмешательства. Осложнения. Ведение больных в послеоперационном периоде.
98. Острый абсцесс и гангрена легких. Этиология. Патогенез. Классификация. Особенности клиники. Выбор метода лечения. Показания к операции. Характер и объем оперативного вмешательства.
99. Хронический абсцесс легкого. Этиология, патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Выбор метода лечения. Показания к операции. Особенности предоперационной подготовки. Объем и характер оперативного вмешательства. Осложнения. Послеоперационное ведение больных. Ближайшие и отдаленные результаты лечения.
100. Бронхоэктатическая болезнь. Этиология, патогенез. Клиника. Классификация. Диагностика. Выбор метода лечения. Показания и объем оперативного пособия. Осложнения. Реабилитация больных.
101. Поликистоз легкого. Этиология, патогенез. Клиника. Классификация. Диагностика. Выбор метода лечения. Особенности предоперационной подготовки. Вид и объем оперативного пособия.
102. Хроническая неспецифическая пневмония. Этиология, патогенез. Классификация. Клиника. Выбор метода лечения. Показания к операции и объем операции.
103. Эмпиема плевры. Этиология, патогенез. Клиника. Классификация. Диагностика. Современные методы консервативного и оперативного лечения.

104. Осложнения эмпиемы плевры. Диагностика. Клиника. Паллиативные и радикальные операции. Осложнения. Ближайшие и отдаленные результаты лечения.
105. Бронхиальные свищи. Этиология. Классификация. Выбор метода лечения. Показания к операции и объем оперативного вмешательства.
106. Туберкулез легкого. Клиника. Показания к операции и объем вмешательства. Особенности послеоперационного ведения больных.
107. Эхинококкоз легкого. Эпидемиология. Современные методы диагностики. Клиника. Классификация. Осложнения. Современные методы лечения.
108. Доброкачественные опухоли легких. Классификация. Клиника. Дифференциальный диагноз. Лечение.
109. Рак легкого. Этиология, патогенез. Классификация. Система TNM. Клиника. Дифференциальный диагноз. Современные методы комплексного лечения. Осложнения. Ближайшие и отдаленные результаты лечения. Вопросы диспансеризации.
110. Травмы и повреждения сердца. Классификация. Клиника. Лечение. Осложнения.
111. Пункция перикарда. Показания. Оперативные доступы.
112. Пороки сердца. Классификация. Клиника. Диагностика. Открытая митральная комиссуротомия. Показания.
113. Показания к протезированию митрального клапана. Осложнения. Послеоперационное ведение.
114. Показания к протезированию аортальных клапанов. Методика.
115. Перевязка открытого артериального протока. Методика. Осложнения.
116. Операция аортокоронарного шунтирования. Методика коронарографии. Показания. Осложнения. Лечение.
117. Приобретенные пороки сердца. Классификация. Современные методы диагностики.
118. Митральный стеноз. Этиология, патогенез. Классификация. Клиника. Выбор метода лечения. Показания и объем оперативного пособия.
119. Стеноз правого атриовентрикулярного отверстия. Диагностика. Клиника. Выбор метода лечения.
120. Недостаточность трехстворчатого клапана. Диагностика. Клиника. Выбор метода лечения.
121. Ишемическая болезнь сердца. Классификация ВОЗ. Этиология и патогенез. Клиника. Кардиогенный шок. Лечение. Диагностика. Современные методы лечения.
122. Аневризмы сердца. Классификация. Современные методы диагностики. Клиника. Показания к операции. Виды оперативного вмешательства.
123. Паховая грыжа. Классификация. Клиника. Диагностика. Выбор метода лечения. Осложнения.
124. Бедренная грыжа. Классификация. Клиника. Лечение. Осложнения. Невправимая грыжа. Тактика врача.
125. Осложнения грыж. Клиника. Выбор тактики врача.
126. Послеоперационная вентральная грыжа. Современная классификация. Современные методы пластики.
127. Пупочная грыжа. Классификация. Современные методы пластики пупочного кольца.
128. Грыжа спигелиевой линии. Классификация. Особенности пластики при них. Осложнения.
129. Поясничная грыжа. Анатомические особенности. Классификация. Диагностика. Особенности оперативной техники. Осложнения.
130. Запирательная грыжа. Классификация. Диагностика. Особенности оперативной техники. Осложнения.
131. Седалищная грыжа. Классификация. Диагностика. Особенности оперативной техники. Осложнения.

132. Промежностная грыжа. Диагностика. Лечение.
133. Внутренние грыжи. Классификация. Диагностика. Лечение. Осложнения.
134. Язва желудка и 12-перстной кишки. Частота. Современные аспекты этиологии и патогенезе. Классификация. Клиника. Диагностика. Современные подходы выбора лечения.
135. Гастродуоденальные кровотечения. Классификация по Forrest. Выбор тактики. Современные методы гемостаза. Причины рецидива геморрагии из язвы. Тактика врача.
136. Перфоративная язва. Классификация. Клиника. Выбор метода и объема оперативного лечения. Осложнения.
137. Атипические перфорации. Клиника. Выбор метода оперативного пособия. Осложнения.
138. Пенетрирующие и множественные язвы. Клиника. Классификация. Выбор тактики врача.
139. Пилоро-дуоденостомоз. Этиология, патогенез. Классификация. Клиника. Особенности предоперационного обследования и подготовки к операции. Выбор характера и объема оперативного вмешательства. Послеоперационные осложнения.
140. Малигнизация язвы. Особенности клиники. Диагностика. Выбор характера и объема оперативного вмешательства. Осложнения.
141. Предраковые заболевания желудка. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Выбор тактики врача. Осложнения.
142. Рак желудка. Этиологические факторы. Классификация. Система TNM. Клиника. Современные методы диагностики. Лечение. Осложнения. Диспансеризация.
143. Травмы и ранения желудка. Классификация. Клиника. Диагностика. Выбор метода и объема оперативного вмешательства. Осложнения.
144. Травмы и повреждения 12-перстной кишки. Классификация. Диагностика. Клиника. Особенности оперативного пособия. Осложнения.
145. Ранения и повреждения тонкой кишки. Классификация. Клиника. Современные методы диагностики. Характер и объем оперативного вмешательства.
146. Ранения и повреждения толстой кишки. Классификация. Особенности клиники. Диагностика. Характер и объем оперативного вмешательства. Осложнения. Сроки и методы реконструктивных операций.
147. Острая тонкокишечная непроходимость. Этиология, патогенез. Классификация. Клинические проявления. Диагностика. Показания и методы консервативной терапии.
148. Особенности предоперационной подготовки и послеоперационного ведения. Осложнения.
149. Классификация определения жизнеспособности кишки. Показания и виды стом. Осложнения.
150. Спаечная непроходимость кишечника. Этиология. Классификация. Клиника. Выбор тактики.
151. Толстокишечная непроходимость. Этиология. Классификация. Особенности клиники. Выбор тактики. Показания к операции и особенности оперативного вмешательства. Осложнения.
152. Болезнь Крона. Этиология. Патогенез. Классификация. Особенности клиники. Диагностика. Выбор метода лечения. Показания и объем оперативного пособия. Осложнения. Послеоперационное ведение больных.
153. Неспецифический язвенный колит. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Выбор метода лечения. Показания к операции и объем вмешательства.
154. Рак ободочной кишки. Этиологические факторы. Методы диагностики. Клиника. Классификация. Особенности предоперационной подготовки. Характер и объем оперативного вмешательства. Осложнения.
155. Ранения и повреждения прямой кишки. Классификация. Клиника. Методы диагностики. Характер и объем оперативного вмешательства. Осложнения.

156. Геморрой. Этиология. Классификация. Клиника. Современные методы лечения. Осложнения геморроя.
157. Выпадение прямой кишки. Этиологические факторы. Классификация. Клиника. Выбор метода лечения. Показания к операции и объем операции.
158. Паранекротиты. Этиология. Классификация. Клиника. Лечение. Осложнения.
159. Свищи прямой кишки. Классификация; Диагностика. Клиника. Выбор метода оперативного лечения. Осложнения.
160. Рак прямой кишки. Классификация. Клиника. Выбор метода оперативного лечения. Осложнения. Ближайшие и отдаленные результаты лечения.
161. Ранения и травматические повреждения печени. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. Объем и характер оперативного пособия. Осложнения.
162. Геморрагический шок. Причины. Патогенез. Классификация. Диагностика. Клиника. Лечение. Осложнения.
163. Эхинококкоз печени. Эпидемиология. Классификация. Клиника. Диагностика. Осложнения. Выбор метода оперативного лечения.
164. Непаразитарные кисты печени. Частота. Осложнения Клиника. Диагностика. Выбор метода лечения.
165. Цирроз печени. Этиология. Патогенез. Международная классификация. Клиника. Современные методы диагностики. Выбор метода лечения. Показания к операции. Вид и объем оперативного пособия.
166. Особенности предоперационной подготовки и послеоперационного ведения. Показания к пересадке печени
167. Особенности предоперационной подготовки. Послеоперационное ведение. Осложнения.
168. Печеночная недостаточность. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
169. Абсцессы печени. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Выбор метода лечения.
170. Амебные абсцессы печени. Эпидемиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Выбор метода лечения. Осложнения и их лечение.
171. Доброкачественные опухоли печени. Классификация. Клиника. Диагностика. Виды и объем оперативного пособия. Осложнения.
172. Рак печени. Классификация. Клиника. Диагностика. Паллиативные операции, показания. Радикальные операции показания к ним. Интра - и послеоперационные осложнения. Методы комбинированного лечения.
173. Желчнокаменная болезнь. Острый холецистит. Этиология. Патогенез. Классификация. Современные методы диагностики. Особенности предоперационной подготовки. Выбор сроков и показания к операции. Осложнения.
174. Механическая желтуха. Причины. Классификация. Современные методы диагностики. Выбор метода операции. Показания к холедохотомии, виды и методы завершения операции. Постхолецистэктомический синдром.
175. Реконструктивные операции на желчных путях. Классификация. Показания к ним.
176. Рак желчного пузыря. Классификация. Современные методы диагностики. Лечение.
177. Острый панкреатит. Современные взгляды на патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика.
178. Патогенетическое лечение. Современные методы консервативного лечения. Показания к операции. Методы и объем оперативного пособия. Осложнения.
179. Кисты поджелудочной железы. Этиология. Классификация. Клиника. Диагностика. Виды и объем оперативного вмешательства. Осложнения.

180. Рак поджелудочной железы. Этиология. Классификация. Клиника. Диагностика. Виды метода оперативного вмешательства. Паллиативные и радикальные операции. Показания. Осложнения.
181. Травматические повреждения поджелудочной железы. Классификация. Особенности клиники. Вид и характер оперативного вмешательства. Осложнения. Реабилитация больных.
182. Постхолецистэктомический синдром. Причины. Классификация. Диагностика. Клиника. Выбор метода лечения. Осложнения.
183. Острый аппендицит. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Лечение. Осложнения.
184. Атипические формы аппендицита. Особенности диагностики. Лечение.
185. Острый аппендицит у беременных и детей. Особенности диагностики. Осложнения.
186. Острый аппендицит у пожилых и стариков. Особенности диагностики. Лечение»
187. Осложнения острого аппендицита. Лечение.
188. Диагностические и тактические ошибки при остром аппендиците
189. Закрытые и открытые повреждения селезенки. Классификация. Клиника. Диагностика. Особенности оперативного вмешательства. Осложнения.
190. Кисты селезенки. Этиология. Классификация. Клиника. Диагностика. Выбор метода оперативного вмешательства. Осложнения.
191. Опухоли селезенки. Классификация. Диагностика. Клиника. Лечение.
192. Болезнь Верльгофа (ТПП). Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Показания к операции. Предоперационная подготовка и послеоперационное ведение. Осложнения.
193. Гемолитическая анемия. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Показания к операции. Предоперационная подготовка и послеоперационное ведение. Осложнения. Реабилитация больных.
194. Болезнь Гоше. Этиология, патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. Осложнения.
195. Гипопластическая анемия. Этиология. Клиника. Диагностика. Выбор метода лечения. Показания к операции. Особенности пред- и послеоперационного ведения.
196. Хронический лимфолейкоз. Клиника. Диагностика. Выбор метода лечения. Показания к операции. Осложнения.
197. Лейкозы. Показания к операции. Особенности предоперационной подготовки и послеоперационного ведения. Осложнения.
198. Облитерирующий энтертериоз. Этиология. Классификация. Клиника. Диагностика. Современные методы лечения. Показания к операции. Виды и объем оперативного вмешательства. Диспансеризация.
199. Неспецифический аорто-артериит. Этиология, патогенез. Диагностика. Клиника. Классификация. Выбор метода лечения. Показания к операции. Выбор метода оперативного вмешательства. Ближайшие и отдаленные результаты лечения больных.
200. Синдром Лериша. Этиология. Классификация. Клиника. Выбор метода лечения. Осложнения.
201. Синдром Такаяси. Этиология. Классификация. Клиника. Выбор метода лечения. Характер и объем оперативного вмешательства. Осложнения.
202. Реконструктивные операции на сосудах. Показания. Выбор характера и объема оперативного вмешательства. Осложнения.
203. Атеросклеротические поражения магистральных сосудов. Патогенез. Классификация. Современные методы диагностики. Объем и характер оперативного вмешательства.
204. Аневризмы аорты. Этиология. Классификация. Клиника. Диагностика. Характер и объем оперативного вмешательства.

205. Расслаивающая аневризма аорты. Классификация. Клиника. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Объем и характер оперативного вмешательства. Осложнения.
206. Варикозная болезнь. Классификация (международная). Современные методы диагностики. Выбор метода лечения. Показания к операции. Объем и характер оперативного вмешательства.
207. Осложнения варикозной болезни. Классификация. Клиника. Выбор метода лечения.
208. ПТФС. Этиология, патогенез. Методы диагностики. Классификация. Клиника. Выбор метода лечения. Осложнения. Реабилитация больных.
209. Артериовенозные свищи. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
210. Слоновость. Этиология. Классификация. Клиника. Выбор метода лечения. Осложнения.
211. Травмы и повреждения артериальных сосудов. Классификация. Диагностика. Клиника. Выбор метода лечения. Реконструктивные операции. Осложнения.
212. Синдром верхней полой вены. Причины. Патогенез. Классификация. Клиника. Выбор метода лечения. Осложнения.
213. Острые тромбозы магистральных артерий. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
214. Артериальная гипертензия. Причины. Классификация. Клиника. Показания к операции. Виды и объем оперативного вмешательства.
215. ДВС синдром. Причины. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. Осложнения реабилитации больных.
216. Болезнь Рейно. Этиология. Классификация. Выбор метода лечения. Показания к операции. Выбор метода операции. Реабилитация больных.
217. Релапаротомия. Классификация. Выбор метода завершения операции. Результаты

**Тестовые задания для проведения текущего контроля знаний ординаторов
по дисциплине «Хирургия»**

(выберете один или несколько правильных ответов)

1. Рубцовые стриктуры пищевода не возникают:
 - а. при дивертикулах
 - б. при актиномикозе
 - в. при ожогах
 - г. при туберкулёзе
 - д. при пептической язве
2. Наиболее эффективным методом лечения стриктур пищевода является:
 - а. антибактериальная терапия
 - б. применение гормонов
 - в. приём спазмолитиков
 - г. бужирование
 - д. противовоспалительная терапия
3. Ценкеровский дивертикул – это дивертикул:
 - а. эпифренальный
 - б. бифуркационный
 - в. фарингоэзофагеальный
 - г. параэзофагеальный
 - д. ни один из перечисленных
4. По механизму образования дивертикулы пищевода подразделяются на:
 - а. бифуркационные
 - б. тракционные
 - в. ценкеровские
 - г. эпифренальные
 - д. фарингоэзофагеальные
5. Дивертикулы пищевода не осложняются:
 - а. раком
 - б. дивертикулитом
 - в. перфорацией
 - г. кровотечением
 - д. ущемлением
6. Для начальных признаков рефлюкс-эзофагита не характерно:
 - а. изжога
 - б. жжение в эпигастральной области
 - в. боль за грудиной
 - г. регургитация
 - д. диарея
7. К клиническим симптомам рака пищевода не относят:
 - а. дисфагию
 - б. боли за грудиной
 - в. регургитацию
 - г. слюнотечение
 - д. диарею
8. К предраковым заболеваниям пищевода не относят:
 - а. эзофагиты
 - б. варикозное расширение вен пищевода
 - в. дивертикулы пищевода
 - г. полип пищевода

- д. ни одно из перечисленных заболеваний
9. Рак пищевода редко метастазирует:
- а. в печень
 - б. в лёгкие
 - в. в кости
 - г. в яичники
 - д. в ректовагинальное пространство
10. Основным методом диагностики рака пищевода является:
- а. компьютерная томография
 - б. УЗИ
 - в. сканирование пищевода
 - г. фиброэзофагоскопия
 - д. ангиография
11. Хроническую язву гастродуоденальной зоны отличает:
- а. заживление, не оставляющее рубца
 - б. мягкие края
 - в. способность проникать на разную глубину стенки
 - г. отсутствие конвергенции складок слизистой оболочки к
 - д. краям язвенного дефекта
 - е. независимость обострений заболевания от времени года
12. Язвенная болезнь 12-перстной кишки отличается:
- а. более упорным, нежели желудка, течением
 - б. преимущественным развитием у женщин
 - в. сниженной моторикой желудка
 - г. меньшей распространенностью по сравнению с язвенной болезнью желудка
 - д. повышенным тонусом блуждающих нервов
13. Язвенную болезнь 12-перстной кишки отличает:
- а. более чёткая нозологическая особенность
 - б. повышенная продукция гастрина в межпищеварительный период
 - в. практически одинаковая заболеваемость среди женщин и мужчин
 - г. довольно частое перерождение в рак
 - д. высокие цифры pH в антральном отделе
14. Для язвенной болезни 12-перстной кишки характерно всё, кроме:
- а. повышенной моторной функции желудка
 - б. высокой продукции пепсина
 - в. гиперплазии фундальных желез
 - г. сниженной кислотно-нейтрализующей функции антрального отдела
 - д. преобладания гормональной природы кислотообразования
15. Для язвенной болезни желудка характерно:
- а. преимущественное развитие в старшей возрастной группе
 - б. преобладание наследственной предрасположенности к развитию заболевания
 - в. отсутствие обратной диффузии водородных ионов в слизистую желудка
 - г. преобладание больных с возбудимым типом желудочной секреции
 - д. резкое нарушение ощелачивающей функции антрального отдела
16. Из перечисленных этиологических факторов с наибольшей достоверностью установлено значение:
- а. генетического фактора
 - б. алиментарного воздействия
 - в. вредных привычек
 - г. нервно-психических влияний
 - д. лекарственных веществ

17. Генетическая предрасположенность к язвенной болезни наследуется через все, кроме:
- а. пониженной резистентности гастродуоденальной слизистой к повреждающим агентам (по К.М. Быкову и И.Т. Курцину)
 - б. избыточного развития железистого аппарата желудка
 - в. 0 (I) группы крови
 - г. 0 (I) группы крови в сочетании с отсутствием секреции желудком антигенов АВО
 - д. увеличения массы париетальных клеток
18. Для патогенеза язвенной болезни 12-перстной кишки характерно все, кроме:
- а. генетически детерминированной гиперплазии фундальных желез
 - б. интенсивного непрерывного кислотообразования
 - в. выраженного дуоденогастрального рефлюкса
 - г. чрезмерной нагрузки на кислото-нейтрализующую функцию антрального отдела желудка
 - д. развитие ацидопептического пилородуоденита
19. К факторам, защищающим гастродуоденальную слизистую, относят все, кроме:
- а. щелочной секреции желудка
 - б. рефлюкса в желудок щелочного дуоденального секрета
 - в. щадящей диеты
 - г. нормальной гастродуоденальной моторики
 - д. хорошего кровоснабжения гастродуоденальной зоны
20. Снижение резистентности слизистой оболочки желудка обусловлено всем, кроме:
- а. усиленной выработки панкреатических бикарбонатов
 - б. дуодено-гастрального рефлюкса
 - в. воспалительных изменений в ней
 - г. нарушения органного кровотока
 - д. дегенеративного изменения в слизистой
21. Наиболее вероятной причиной снижения резистентности слизистой желудка, приводящей к развитию язвы, является:
- а. дефицит необходимых для воспроизводства клеток пластических субстанций и биохимические активные вещества
 - б. метаболические сдвиги в организме
 - в. локальная ишемия гастродуоденальной слизистой
 - г. хронический гастрит
 - д. гормональные сдвиги в организме
22. Снижение резистентности гастродуоденальной зоны не способствует:
- а. обратной диффузии рН
 - б. истощению интрацеллюлярной буферной системы
 - в. тканевому ацидозу
 - г. усилению выработки гастрина
 - д. высвобождению гастрина тучными клетками
23. Барьер, обеспечивающий сохранность гастродуоденальной слизистой, представлен:
- а. бикарбонатами желудочного сока
 - б. растворимой и нерастворимой слизью
 - в. покровно-эпителиальными клетками (мукоцитами) и слизистыми клетками желёз
 - г. только факторами а) и б)
 - д. всеми перечисленными факторами
24. «Закислению» луковицы 12-перстной кишки и возможному повреждению слизистой способствует всё, кроме:
- а. избыточной выработки желудком соляной кислоты
 - б. дефицита панкреатических бикарбонатов

- в. уменьшения продукции антрального гастрина при снижении рН в выходном отделе ниже 2,0
 - г. неkoordinированного, с поступлением в 12 п. кишку соляной кислоты, выброса щелочного панкреатического секрета
 - д. ускоренного и неупорядоченного сброса кислоты в 12-перстную кишку
25. Для оценки жомно-клапанной функции кардии не используются:
- а. данные клиники
 - б. внутрижелудочная рН-метрия
 - в. фракционное исследование желудочной секреции
 - г. рентгенологическое исследование
 - д. эндоскопия
26. Для коррекции нарушенной жомно-клапанной функции кардии используются:
- а. консервативная терапия
 - б. эзофагофундопликация по Ниссену
 - в. дренирующие желудок операции
 - г. только б) и в)
 - д. все названные методы лечения
27. Нарушение дуоденальной проходимости вызывает всё, кроме:
- а. врождённых аномалий 12-п. кишки
 - б. ваготомии
 - в. артериомезентериальной компрессии 12-п. кишки
 - г. рубцового перидуоденита
 - д. высокой фиксации дуоденоюнального перехода
28. Истинное первичное нарушение дуоденальной проходимости наблюдается:
- а. при активном язвенном процессе в 12-п. кишке
 - б. при язвенном дуодените и перидуодените
 - в. при эссенциальном дуоденостазе
 - г. при пенетрации дуоденальной язвы
 - д. при стенозе 12-п. кишки при залуковичной язве
29. Клинические нарушения дуоденальной проходимости могут проявляться всем, кроме:
- а. тяжести и болей в подложечной области после еды
 - б. болей справа от пупка и рвоты с примесью желчи
 - в. аэрофагии, вздутия живота, неустойчивого стула
 - г. похудания, слабости, быстрой утомляемости, головокружения
 - д. ухудшения состояния в положении на правом боку и в коленно-локтевом положении
30. При язвенной болезни с нарушением дуоденальной проходимости применяется:
- а. резекция желудка по Бильрот-1
 - б. селективная проксимальная ваготомия
 - в. стволовая ваготомия с гастродуоденоанастомозом по Джабулею
 - г. резекция желудка по Бильрот-2
 - д. изолированный дуоденоюноанастомоз
31. Основными операциями при язвенной болезни с нарушением дуоденальной проходимости являются:
- а. резекция желудка по Бильрот-1
 - б. резекция желудка с ваготомией по Бильрот-2с дуоденоюноанастомозом
 - в. резекция желудка по Ру
 - г. только б) и в)
 - д. д. все названные операции
32. Наиболее убедительными эндоскопическими признаками нарушения дуоденальной проходимости являются:

- а. наличие больших количеств желчи в полости желудка
 - б. деформация луковицы 12-перстной кишки
 - в. атония и распирание 12-п. кишки
 - г. только а) и в)
 - д. все указанные признаки
33. Лучшим парентеральным стимулятором желудочной секреции является:
- а. гистамин
 - б. пентагастрин
 - в. инсулин
 - г. гисталог
 - д. гастротест
34. При язвенной болезни 12-перстной кишки не имеет место:
- а. гиперсекреция с повышенной кислотностью желудочного сока
 - б. гипергастринемия
 - в. гастродуоденальная дисмоторика
 - г. закишение луковицы 12-перстной кишки
 - д. снижение сопротивляемости слизистой оболочки к-ки
35. Для болевого синдрома при дуоденальной язве не характерно:
- а. дневной ритм
 - б. связь с приёмом пищи
 - в. раннее (спустя 15-30 минут) появление после еды
 - г. ночные боли
 - д. голодные боли
36. К функциональным постгастрорезекционным синдромам относят все, кроме:
- а. демпинг-синдрома
 - б. атрофического гастрита
 - в. синдрома приводящей петли
 - г. гипогликемического синдрома
 - д. постгастрорезекционной анемии
37. Рецидив язвы 12-перстной кишки возможен лишь при:
- а. гастрэктомии
 - б. резекции желудка по Бильрот-1
 - в. резекции желудка по Ру
 - г. селективной проксимальной ваготомии
 - д. любой из названных операций
38. Наиболее частым функциональным постгастрорезекционным синдромом является:
- а. синдром приводящей петли
 - б. демпинг-синдром
 - в. гипогликемический синдром
 - г. атония желудка
 - д. постгастрорезекционная анемия
39. Наиболее частым органическим постгастрорезекционным синдромом является:
- а. пептическая язва тощей кишки
 - б. рак культи желудка
 - в. рефлюкс-эзофагит
 - г. рефлюкс-гастрит
 - д. постгастрорезекционный холецистит
40. Основным проявлением демпинг-синдрома является:
- а. тошнота и рвота
 - б. жидкий стул
 - в. пароксизмы слабости
 - г. бледность лица

- д. учащенное мочеиспускание
- 41. Объективными проявлениями демпинг-синдрома может быть все, кроме:
 - а. учащения или урежения пульса
 - б. повышения артериального давления
 - в. снижения объема циркулирующей крови
 - г. подъема венозного давления
 - д. повышения содержания сахара в крови
- 42. Для тяжелой степени демпинг-синдрома не типично:
 - а. развитие приступов слабости после каждого приёма пищи
 - б. продолжительность приступов от 1.5 до 2 часов
 - в. слабая выраженность вегетативных, сердечно-сосудистых и диспептических расстройств
 - г. учащение пульса более чем на 15-20 ударов в минуту
 - д. снижение ВД более чем на 30%
- 43. Для больных демпинг-синдромом тяжелой степени не свойственно:
 - а. повышение АД на 15-25 мм рт. ст. после еды
 - б. снижение ОЦП на 25 %
 - в. ограничение, а тем более воздержание от приёма пищи
 - г. редкое сочетание с другими функциональными постгастрорезекционными синдромами
 - д. отсутствие эффекта от консервативной терапии
- 44. Операцией выбора при язвенной болезни желудка у больного с выраженной предрасположенностью к демпинг-синдрому является:
 - а. резекция желудка по Бильрот-1
 - б. резекция желудка по Бильрот-2
 - в. резекция желудка по Ру
 - г. резекция желудка по Бальфуру
 - д. стволовая ваготомия с ГЭА
- 45. Больным, оперируемым по поводу неосложненной язвенной болезни 12-перстной кишки с предрасположенностью к демпинг-синдрому показана:
 - а. стволовая ваготомия с ГДА по Джабулею
 - б. селективная ваготомия с пилоропластикой по Финнею
 - в. селективная ваготомия с ГДА
 - г. селективная проксимальная ваготомия
 - д. резекция желудка по Ру
- 46. К постваготомическим расстройствам относится:
 - а. диарея
 - б. постваготомический желудочный стаз
 - в. дуоденостаз
 - г. все три расстройства
 - д. только а) и б)
- 47. Основным патогенным фактором, вызывающим образование пептической язвы, является:
 - а. операционная травма
 - б. нарушение кровообращения в кишечной стенке
 - в. повреждение нервной системы кишки
 - г. свободная соляная кислота желудочного сока
 - д. сочетание всех этих факторов
- 48. Благоприятствует развитию пептической язвы тощей кишки:
 - а. активация кишечной фазы желудочной секреции
 - б. высокая возбудимость железистого аппарата желудка
 - в. кортиковисцеральные нарушения

- г. большие размеры культи желудка
 - д. нарушение секреторной функции поджелудоч. железы
49. Условия для сохранения непрерывного интенсивного кислотообразования и развития пептической язвы после резекции желудка создаются:
- а. желудочной дисплазией кишечного эпителия
 - б. гиперплазией париетальных клеток
 - в. оставлением над привратником слизистой антрального отдела желудка (антрум- синдром)
 - г. при всех трех условиях
 - д. только при б) и в)
50. Истинными причинами сохранения непрерывного интенсивного кислотообразования и развития пептической язвы после резекции желудка являются:
- а. повышенный тонус блуждающих нервов (интактных или не полностью пересеченных, если предпринималась попытка ваготомии)
 - б. оставленная над привратником слизистая антрального отдела желудка
 - в. гиперплазия или гастринома Д-клеток островкового аппарата поджелудочной железы
 - г. все три причины
 - д. только а) и в)
51. Для болезни Гиршпрунга характерно:
- а. запоры
 - б. вздутие живота
 - в. периодические боли в животе
 - г. периодический «парадоксальный» понос
 - д. всё вышеперечисленное верно
52. Для неспецифического язвенного колита характерно:
- а. частый стул
 - б. боль в животе
 - в. тенезмы
 - г. повышение температуры тела
 - д. всё вышеперечисленное верно
53. К осложнениям неспецифического язвенного колита относятся:
- а. кровотечения из толстой кишки
 - б. перфорация толстой кишки
 - в. токсическая дилатация кишки
 - г. всё вышеперечисленное верно
 - д. не характерно всё вышеперечисленное
54. Консервативное лечение неспецифического язвенного колита включает:
- а. диету
 - б. витаминотерапию
 - в. антимикробные и противовоспалительные препараты
 - г. гормонотерапию
 - д. всё вышеперечисленное верно
55. Для какого отдела ободочной кишки характерен экзофитный рост злокачественной опухоли:
- а. правой половины толстой кишки
 - б. левой половины толстой кишки
 - в. селезеночного угла толстой кишки
 - г. сигмы
 - д. не характерно для какого-нибудь отдела толстой к-ки
56. Клинические формы опухоли толстой кишки:
- а. токсико-анемическая

- б. диспепсическая
 - в. обтурационная
 - г. все вышеперечисленные
 - д. все вышеперечисленные не характерны
57. Какая клиническая форма опухоли характерна для правой половины толстой кишки:
- а. токсико-анемическая
 - б. диспепсическая
 - в. обтурационная
 - г. все вышеперечисленные
 - д. все вышеперечисленные не характерны
58. Какая клиническая форма опухоли характерна для левой половины толстой кишки:
- а. токсико-анемическая
 - б. диспепсическая
 - в. обтурационная
 - г. все вышеперечисленные
 - д. все вышеперечисленные не характерны
59. Для какого отдела ободочной кишки характерен эндофитный рост злокачественной опухоли:
- а. правой половины толстой кишки
 - б. левой половины толстой кишки
 - в. печеночного угла толстой кишки
 - г. слепой кишки
 - д. не характерно для какого-нибудь отдела толстой к-ки
60. В каком отделе толстой кишки чаще встречаются дивертикулы:
- а. в слепой кишке
 - б. в восходящей кишке.
 - в. в поперечноободочной кишке.
 - г. в сигме
 - д. не характерно для какого-нибудь отдела толстой к-ки
61. Непроходимость кишечника среди хирургических больных встречается:
- а. в 40 %
 - б. в 10 %
 - в. в 20-30%
 - г. в 0.3-0.6%
 - д. в. 2-3%
62. Наиболее характерными симптомами непроходимости кишечника являются:
- а. боль в животе, отсутствие стула, отсутствие отхождения газов, вздутие живота
 - б. отсутствие стула и отхождения газов, перитонеальные симптомы, вздутие живота
 - в. боль в животе, перитонеальные симптомы, отсутствие стула
 - г. нарушение пассажа содержимого по кишечнику, отсутствие отхождения газов и стула
 - д. рвота, диарея, перитонеальные явления
63. Непроходимость кишечника наиболее часто возникает
- а. в детском возрасте
 - б. в старческом возрасте
 - в. в возрасте от 40 до 60 лет
 - г. в период полового созревания
 - д. во всех возрастах одинаково часто
64. Наиболее частой формой непроходимости кишечника является
- а. спаечная

- б. обтурационная
 - в. заворот кишечника
 - г. инвагинация кишечника
 - д. динамическая
65. У детей наиболее часто встречается
- а. обтурационная непроходимость кишечника
 - б. узлообразование
 - в. инвагинация
 - г. спастическая непроходимость к-ка
 - д. паралитическая непроходимость к-ка
66. Механическая непроходимость кишечника возникает
- а. при опухолях кишечника
 - б. при инородных телах ЖКТ
 - в. при гельминтозах
 - г. при ущемленных грыжах
 - д. при всем перечисленном
67. Болевой синдром при ранней стадии механической непроходимости кишечника характеризуется
- а. постоянной тупой болью в животе
 - б. постоянной острой болью в животе
 - в. опоясывающими болями
 - г. схваткообразными болями в животе
 - д. иррадиацией болей в нижние конечности
68. Боли в животе у больного непроходимостью кишечника могут быть
- а. при спастической непроходимости кишечника.
 - б. при обтурационной непроходимости к-ка.
 - в. при странгуляционной непроходимости к-ка.
 - г. при инвагинации.
 - д. при всех перечисленных формах
69. Симптом Валя заключается
- а. в визуально определяемой раздутой петле кишечника, контурирующей через переднюю брюшную стенку.
 - б. в визуально определяемой раздутой поперечноободочной кишке.
 - в. в бурной, визуально определяемой перистальтике.
 - г. в урчании, определяемом аускультативно у места обтурации кишки.
 - д. в западении в правой подвздошной области, определяемого пальпаторно.
70. Симптом Грекова-Хохенга или симптом обуховской больницы заключается
- а. в выпячивании передней стенки прямой к-ки.
 - б. в невозможности ввести rectum более 200мл жидкости
 - в. в пустой ампуле rectum и зияющем заднем анусе.
 - г. в ректальном кровотечении.
 - д. в усилении болей в животе при ректальном исследовании
71. Пальцевое исследование прямой кишки показано
- а. при низкой непроходимости кишечника
 - б. при толсто-тонкокишечной инвагинации.
 - в. при выпадении инвагината через прямую кишку
 - г. при ректальном кровотечении
 - д. при всех случаях
72. Чашами Клойбера называются
- а. скопление газа в разных местах к-ка
 - б. горизонтальные уровни жидкости с просветлением над ними
 - в. поперечная исчерченность тонкой кишки при перерастяжении её газами

- г. наличие округлых теней в просвете к-ка
 - д. скопления контрастного вещества в кишечнике, напоминающие “перевернутые чаши”
73. При непроходимости кишечника на догоспитальном этапе необходимо
- а. назначить очистительную клизму
 - б. назначить анальгетики и спазмолитики
 - в. госпитализировать больного
 - г. назначить тепловые процедуры
 - д. всё перечисленное верно
74. Консервативное лечение кишечной непроходимости показано
- а. при динамической непроходимости кишечника
 - б. при начальных стадиях механической непроходимости кишечника
 - в. обтурации кишечника гельминтами
 - г. правильно а.) и б.)
 - д. правильно а.) б.) и в.)
75. Продолжительность предоперационной подготовки при непроходимости кишечника не должна превышать
- а. 24 часов
 - б. 12 часов.
 - в. 2-х часов
 - г. 6 часов
 - д. 30 минут
76. Сифонная клизма считается эффективной, если
- а. промывные воды окрашены в жёлтый цвет и больному стало лучше (субъективно)
 - б. промывные воды окрашены в бурый цвет, отошло большое количество газов и кала.
 - в. исчезли специфические симптомы непроходимости кишечника.
 - г. исчезли боли в животе
 - д. улучшились показатели лабораторных анализов
77. При механической непроходимости кишечника не используются
- а. препараты, усиливающие перистальтику к-ка.
 - б. дезинтоксикация
 - в. опорожнение кишечника
 - г. инфузионная терапия
 - д. паранефральная новокаиновая блокада.
78. При определении жизнеспособности кишки учитываются
- а. перистальтика
 - б. цвет кишки
 - в. пульсация сосудов брыжейки.
 - г. правильно а.) б.) и в.)
 - д. правильно а.) и в.)
79. Некроз кишечной стенки начинается
- а. с серозной оболочкой мышечного слоя
 - б. со слизистой оболочки
 - в. со всех слоёв одновременно
80. Показаниями к плановой эзофаго-гастродуодено-скопии являются все перечисленные, кроме
- а. для установления диагноза
 - б. для оценки эффективности лечения
 - в. для установления локализации процесса
 - г. для определения источников кровотечения

- д. для проведения лечебных и оперативных манипуляций
81. Показаниями к экстренной эзофаго-гастроудено-скопии являются все перечисленные, кроме
- а. желудочно-кишечных кровотечений
 - б. инородного тела
 - в. перфоративной язвы
 - г. анастомозита
 - д. на операционном столе
82. Абсолютными противопоказаниями к плановой эзофагогастроуденоскопии являются все перечисленные, кроме
- а. инфаркта миокарда
 - б. гемофилии
 - в. сердечно-сосудистой недостаточности III ст.
 - г. инсульта в острой стадии
 - д. психических заболеваний
83. Абсолютные противопоказания к экстренной гастроскопии
- а. варикозное расширение вен
 - б. инфаркт миокарда
 - в. психические заболевания
 - г. агональное состояние больного
 - д. желудочно-кишечные кровотечения
84. Для подготовки толстой кишки к колоноскопии применяют
- а. вазелиновое масло
 - б. касторовое масло или раствор сернокислой магнезии
 - в. свечи с глицерином
 - г. таблетки бисакодила
 - д. все перечисленные
85. Диагностическая плановая лапароскопия показана при всех перечисленных заболеваниях, исключая
- а. асциты неясного генеза
 - б. дивертикулы 12-перстной кишки
 - в. диффузные заболевания печени
 - г. женское бесплодие
 - д. спленомегалию
86. Экстренная диагностическая лапароскопия показана при всех перечисленных состояниях за исключением
- а. болей в животе неясного генеза
 - б. подозрения на острый аппендицит
 - в. подозрение на перфорацию полого органа
 - г. подозрение на трофические нарушения в жировых подвесках толстой кишки
 - д. желтухи неясного генеза
87. Лечебная лапароскопия показана при всех перечисленных заболеваниях, исключая
- а. трофические нарушения в жировых подвесках толстой кишки
 - б. хронический активный гепатит
 - в. тубо-перитонеальный фактор женского бесплодия
 - г. лимфаденит брыжейки кишки
 - д. неосложненный острый аппендицит
88. В начальной стадии острого панкреатита характерно
- а. значительное повышение температуры тела
 - б. сильные боли в эпигастральной области
 - в. диарея

- г. пожелтение кожи и склер
 - д. недержание мочи
89. Болезненность при пальпации в левом реберно-позвоночном углу при остром панкреатите носит название симптома
- а. Воскресенского
 - б. Мейо-Робсона
 - в. Грюнвальда
 - г. Мондора
 - д. Грея-Тернера
90. К развитию острого панкреатита могут привести
- а. тупая травма живота
 - б. операционная травма поджелудочной железы
 - в. ущемлённый камень большого дуоденального сосочка
 - г. стриктура большого дуоденального сосочка
 - д. все выше перечисленные причины
91. Феномен отсутствия пульсации брюшного отдела аорты при остром панкреатите носит название симптома
- а. Мейо-Робсона
 - б. Б. Керге
 - в. В. Грея-Тернера
 - г. Воскресенского
 - д. Мондора
92. Форму острого панкреатита можно установить
- а. при гастродуоденоскопии
 - б. при обзорной рентгенографии органов брюшной полости
 - в. при лапароскопии
 - г. при ирригоскопии
 - д. всё перечисленное верно
93. К протеолитическим ферментам поджелудочной железы относятся
- а. трипсин
 - б. липаза
 - в. эстераза
 - г. амилаза
 - д. всё перечисленное верно
94. К липолитическим ферментам поджелудочной железы относятся
- а. трипсин
 - б. эластаза
 - в. липаза
 - г. амилаза
 - д. всё перечисленное верно
95. Для болей при остром панкреатите характерно
- а. локализация в эпигастральной области
 - б. сочетание болей в эпигастрии с болями в подреберьях
 - в. иррадиация в спину
 - г. опоясывающие боли
 - д. все ответы верны
96. Боль при остром панкреатите
- а. периодическая
 - б. постоянная
 - в. схваткообразная
 - г. колющая
 - д. пульсирующая

97. Рвота при остром панкреатите
- а. однократная
 - б. застойная
 - в. многократная
 - г. каловая
 - д. поздняя
98. При остром панкреатите возможно развитие
- а. абсцесса сальниковой сумки
 - б. абсцесса поджелудочной железы
 - в. флегмоны забрюшинной клетчатки
 - г. гнойного перитонита
 - д. всё перечисленное верно
99. Дифференцировать острый панкреатит и острый аппендицит позволит
- а. внутривенная холецистохолангиография
 - б. гастродуоденоскопия
 - в. обзорная рентгенография органов брюшной полости
 - г. лапароскопия
 - д. все перечисленные методы
100. При обезболивании больных острым панкреатитом не применяют
- а. анальгин
 - б. новокаин
 - в. баралгин
 - г. морфий
 - д. ни один из перечисленных препаратов
101. С целью детоксикации при остром панкреатите применяют
- а. гемодилюцию с форсированным диурезом
 - б. лимфосорбцию
 - в. гемосорбцию
 - г. плазмаферез
 - д. все перечисленное верно
102. Изменение типичной клинической картины аппендицита может иметь место
- а. в поздние сроки заболевания
 - б. у больных детского (до 3-х лет) и старческого возраста
 - в. при атипичном положении червеобразного отростка
 - г. во всех случаях
 - д. только при б) и в)
103. Первичная локализация болей при остром аппендиците чаще всего бывает
- а. в поясничной области
 - б. в области пупка
 - в. в эпигастральной области
 - г. внизу живота
 - д. в правой подвздошной области
104. На клинические проявления острого аппендицита не влияет только
- а. возраст больного
 - б. длительность заболевания
 - в. локализация червеобразного отростка
 - г. пол больного
 - д. степень морфологических изменений в отростке
105. Симптомами острого аппендицита являются
- а. Кохера-Волковича
 - б. Образцова
 - в. Ситковского

- г. все указанные симптомы
 - д. ни один из них
106. Для острого аппендицита с ретроцекальным и тазовым положением отростка не характерно наличие
- а. дизурических расстройств
 - б. тенезмов и жидкого стула
 - в. симптомов выраженного раздражения брюшины
 - г. симптома Образцова
 - д. симптома Коупа
107. В типичных случаях острого аппендицита достаточно
- а. тщательного расспроса б-го и физикального исследования
 - б. термометрии и определения числа лейкоцитов в крови
 - в. данных общего анализа мочи
 - г. только данных а. и б.
 - д. необходимы все указанные исследования
108. При дифференциальной диагностике острого аппендицита и урологических заболеваний используется все, кроме
- а. урографии
 - б. хромоцистоскопии
 - в. обзорной рентгенографии почек
 - г. анализа мочи
 - д. изотопной реографии
109. Нетипичным проявлением острого аппендицита у лиц старческого возраста является
- а. умеренная болезненность в правой подвздошной области
 - б. отсутствие выраженного напряжения мышц в очаге поражения
 - в. резкая выраженность перитонеальных симптомов
 - г. нормальная температура тела
 - д. незначительный лейкоцитоз и небольшой сдвиг лейкоцитарной формулы влево даже при деструктивных формах заболевания в условиях деструкции
110. Для острого аппендицита, в отличие от язвенной болезни, характерно все, кроме
- а. повышения температуры
 - б. нейтрофильного сдвига влево в картине крови
 - в. постоянной локализации боли в эпигастральной области
 - г. симптома Волковича-Кохера
 - д. возможной локализации боли в поясничной области
111. Дифференциальной диагностике острого аппендицита и перфоративной гастродуоденальной язвы помогает всё, кроме
- а. тщательно собранного анамнеза
 - б. обзорной рентгенографии брюшной полости
 - в. лапароскопии
 - г. лапароцентеза с использованием «шарящего» катетера
 - д. компьютерной томографии
112. Для острого аппендицита, а не правосторонней почечной колики, характерно
- а. наличие свежих эритроцитов в моче
 - б. острые боли в правой поясничной или подвздош. области
 - в. иррадиация болей в правое бедро, промежность
 - г. напряжение мышц в правой подвздошной области
 - д. дизурические расстройства
113. Аппендикулярным симптомом можно считать симптом
- а. Спигарского
 - б. Мондора

- в. Образцова
 - г. Склярова
 - д. Мерфи
114. В диагностически неясных случаях и при разлитом перитоните используется
- а. косой разрез Мак-Бурнея
 - б. поперечный разрез Колесова
 - в. параректальный доступ Ланнандера
 - г. доступ Пирогова
 - д. срединная лапаротомия
115. Ревизия дистальных отделов подвздошной кишки при аппендэктомии позволяет исключить всё, кроме
- а. аскаридоза
 - б. неспецифического язвенного колита
 - в. мезентерального лимфаденита
 - г. воспаленного дивертикула Меккеля
 - д. болезни Крона
116. При флегмонозном аппендиците хирург обязан
- а. провести тщательную ревизию органов брюшной полости
 - б. выполнить аппендэктомию
 - в. осушить брюшную полость и зашить рану наглухо
 - г. все действия правильны
 - д. только б) и в)
117. Применение тампонов после аппендэктомии показано во всех случаях, кроме
- а. невозможности удаления всего или части червеобразного отростка
 - б. гангренозного аппендицита
 - в. сомнений в надёжности гемостаза при паренхиматозном кровотечении из ложа червеобразного отростка
 - г. опасности развития несостоятельности швов, погружающих культю отростка при инфильтрации купола слепой кишки
 - д. ретроцекального аппендицита, флегмоны забрюшинного пространства
118. Применение тампонов показано
- а. при вскрытии абсцедировавшего аппендикулярного инфильтрата
 - б. при перфорации червеобразного отростка
 - в. при флегмонозном аппендиците с обильным выпотом в брюшную полость
 - г. при ретроцекальном аппендиците
 - д. при перитоните аппендикулярного происхождения
119. При осложненном аппендиците в брюшной полости преобладает
- а. кишечная палочка
 - б. протей
 - в. стрептококк
 - г. кишечная палочка в ассоциации со стрептококком
 - д. стафилококк
120. К послеоперационным осложнениям со стороны операционной раны относят всё, кроме
- а. гематомы
 - б. инфильтрата передней брюшной стенки
 - в. забрюшинной флегмоны
 - г. эпифасциальной флегмоны
 - д. лигатурных свищей
121. Наименее опасным осложнением для жизни после аппендэктомии является
- а. эвентрация
 - б. локализованные гнойники

- в. толстокишечный свищ
 - г. множественные лигатурные свищи
 - д. эпифасциальная флегмона
122. Нагноению раны после аппендэктомии способствует всё, кроме
- а. широких операционных доступов
 - б. травмы мягких тканей во время операции
 - в. недостаточного отграничения раны от кожи
 - г. инфицирования подкожной жировой клетчатки
 - д. выведения дренажей брюшной полости через операционную рану
123. Для аппендикулярного инфильтрата в отличие от рака слепой кишки менее характерно
- а. короткий анамнез заболевания
 - б. острый характер болей в правой подвздошной области, сопровождающиеся повышением температуры
 - в. симптом Волковича-Кохера
 - г. выявления опухолевидного образования в правой подвздошной области без каких-либо клинических проявлений
 - д. тенденция к уменьшению опухолевого образования в процессе наблюдения
124. В комплексе консервативной терапии при аппендикулярном инфильтрате используется всё, кроме
- а. противовоспалительной рентгенотерапии
 - б. внутритазовых новокаиновых блокад с трипсином
 - в. солюкса
 - г. ультрафиолетового облучения крови больного
 - д. лазеротерапии на область инфильтрата
125. После стихания острых явлений и тенденции к уменьшению показано всё, кроме
- а. УВЧ
 - б. УФО
 - в. солюкса
 - г. лидазы
 - д. спазмолитических препаратов
126. Об абсцедировании аппендикулярного инфильтрата говорит всё, кроме
- а. высокой температуры
 - б. возобновления или усиления болей
 - в. отчётливой тенденции к уменьшению инфильтрата в процессе лечения
 - г. появления симптомов раздражения брюшины
 - д. нарастания лейкоцитоза и ускорения СОЭ
127. При выявлении плотного, малоподвижного аппендикулярного инфильтрата во время лапаротомии показано
- а. ревизия брюшной полости
 - б. разделение инфильтрата
 - в. проведение аппендэктомии
 - г. подведение к инфильтрату резиново-марлевого тампона
 - д. подшивание инфильтрата к коже
128. К осложненной форме острого аппендицита относится
- а. катаральный аппендицит
 - б. флегмонозный аппендицит
 - в. аппендикулярный инфильтрат
 - г. гангренозный аппендицит
 - д. перфоративный аппендицит
129. Различают следующие виды ретроцекального расположения червеобразного отростка

- а. внутрибрюшинное
 - б. забрюшинное
 - в. интрамуральное
 - г. всё правильно
 - д. всё неправильно
130. Развитию острого аппендицита способствуют
- а. застой содержимого червеобразного отростка
 - б. глистная инвазия
 - в. изменение реактивности организма при инфекции
 - г. всё перечисленное
 - д. ничто из вышеуказанного
131. По своему химическому составу конкременты желчного пузыря являются
- а. билирубиновые
 - б. холестериновые
 - в. кальциевые
 - г. смешанные
 - д. оксалатные
132. Центром кристаллизации при образовании конкремента в просвете желчного пузыря является
- а. кристалл билирубина
 - б. кристалл холестерина
 - в. кристалл кальция
 - г. белковый центр
 - д. кристалл оксалата
133. Обострение хронического калькулёзного холецистита связано
- а. с блокированием пузырного протока конкрементом
 - б. в результате блокирования пузырного протока возникает перерастяжение секретом, постоянно продуцируемым слизистой, вызывающей развитие болевого синдрома
 - в. перерастяжение желчного пузыря приводит к развитию гипоксии стенки желчного пузыря
 - г. гипоксия стенки желчного пузыря приводит к снижению защитных функций слизистой стенки и развитию гнойной инвазии
 - д. все ответы правильные
134. Развитие первичного гангренозного холецистита лиц пожилого и старческого возраста связано
- а. с острым нарушением кровотока по артерии атеросклеротической природы
 - б. с обострением хронического калькулёзного холецистита и острым блоком пузырного протока конкрементом
 - в. с острым блоком пузырного протока вязкой желчью
 - г. с острым блоком терминального отдела гепатикохоледоха
 - д. с острым блоком правого печеночного протока
135. Конкременты желчного пузыря образуются в результате
- а. неправильного питания
 - б. повышенной массы тела
 - в. хронического воспаления поджелочной железы
 - г. раннее перенесенного вирусного гепатита
 - д. дестабилизации холестерино-холатного коэффициента
136. Клиническими признаками острого холецистита являются
- а. напряжение мышц передней брюшной стенки в правом подреберье
 - б. приступообразные боли в правом подреберье
 - в. тошнота, рвота

- г. иррадиация болей в правое плечо, надплечье
 - д. все ответы правильные
137. Клиническими признаками острого холецистита являются
- а. возникновение болевого синдрома в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо, надплечье, иногда сопровождающееся опоясывающими болями
 - б. возникновение болевого синдрома в эпигастриальной области с иррадиацией в левую половину грудной клетки, левое плечо
 - в. неоднократная неукротимая рвота, не приносящая облегчения
 - г. возникновение болевого синдрома в правом подреберье и правой поясничной области с иррадиацией в правую ногу
 - д. возникновение болевого синдрома в эпигастриальной области с последующим перемещением болей в правую подвздошную область
138. Патогномоничным для острого холецистита являются следующие симптомы
- а. Кохера
 - б. симптом Ортнера
 - в. симптом Бартомье-Михельсона
 - г. симптом Керте
 - д. все ответы правильны
139. Патогномоничным для острого холецистита являются следующие симптомы
- а. симптомы Образцова
 - б. симптом Думбадзе
 - в. симптом Мейо-Робсона
 - г. симптом Кери
 - д. все ответы правильны
140. Причиной механической желтухи является
- а. острый блок общего желчного протока
 - б. острый блок терминального отдела гепатикохоледоха
 - в. острый деструктивный панкреатит в области головки поджелудочной железы
 - г. холедохолитиаз
 - д. все ответы правильны
141. Причиной механической желтухи является
- а. остаточные явления после ранее перенесенного острого вирусного гепатита
 - б. цирроз печени
 - в. дискинезия желчных путей
 - г. дискинезия 12-перстной кишки
 - д. все ответы неверны
142. Причиной механической желтухи является
- а. опухоль гепатикохоледоха
 - б. острый папиллит
 - в. опухоль головки поджелудочной железы
 - г. холедохолитиаз
 - д. все ответы верны
143. Причиной механической желтухи является
- а. острый блок пузырного протока
 - б. острый блок гепатикохоледоха
 - в. острый блок правого печеночного протока
 - г. холедохолитиаз
 - д. все ответы верны
144. При развитии острого гангренозного холецистита с местным перитонитом показано
- а. экстренная операция

- б. ультразвуковая холецистостомия
 - в. экстренная лапароскопическая холецистостомия
 - г. все ответы верны
 - д. все ответы неверны
145. При остром калькулёзном холецистите консервативная терапия должна включать
- а. применение спазмолитиков
 - б. применение дезинтоксикационной терапии
 - в. применение ненаркотических анальгетиков
 - г. применение общеукрепляющей терапии
 - д. все ответы верны
146. В качестве премедикации в желчной хирургии не используются
- а. промедол
 - б. атропин
 - в. барбитураты
 - г. морфиноподобные препараты
 - д. все ответы неверны
147. Показанием для выполнения эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии является
- а. желтуха неясного генеза
 - б. подозрение на механическую желтуху в анамнезе у больного с хроническим калькулёзным холециститом
 - в. механическая желтуха неясного генеза
 - г. подозрение на холедохолитиаз по данным УЗИ
 - д. все ответы верны
148. Дренирование внепеченочных желчных путей Т-образным дренажем – это
- а. дренирование по Пиковскому
 - б. дренирование по Керу
 - в. дренирование по Вишневскому
 - г. дренирование по Кохеру
 - д. дренирование по Холстеду
149. Методами интраоперационного выявления конкрементов внепеченочных желчных путей являются
- а. трансиллюминация
 - б. интраоперационная холангиография
 - в. интраоперационная эндоскопическая холангиоскопия
 - г. интракорпоральное ультразвуковое сканирование
 - д. внепеченочных желчных путей
 - е. все ответы правильные
150. Наиболее точным методом диагностики состояния внепеченочных желчных путей, применяемым в ходе операции, является
- а. трансиллюминация
 - б. интраоперационная холангиография
 - в. интраоперационная эндоскопическая холангиоскопия
 - г. интракорпоральное ультразвуковое сканирование внепеченочных желчных путей
 - д. исследование протока с помощью зонда Далиотти
151. Внутренней грыжей следует называть
- а. выходение внутренних органов из брюшной полости через поврежденную (разрыв, ранение) стенку живота
 - б. перемещение органов брюшной полости в грудную через естественные или приобретенные отверстия и щели диафрагмы

- в. выходжение внутренних органов вместе с париетальной брюшиной из брюшной полости через естественные или искусственные отверстия под кожу
 - г. выходжение внутренних органов вместе с париетальной брюшиной через щели в мышечно-апоневротическом слое тазового дна при целости кожных покровов
 - д. выходжение из брюшной полости органа или его части, не покрытой брюшиной, через естественные отверстия (н-р, матки через влагалище)
152. По этиологическому признаку грыжи классифицируются
- а. на врожденные
 - б. на приобретенные
 - в. на рецидивные
 - г. на травматические
 - д. на все перечисленные
153. К грыжам, выделяемым по анатомическому признаку, не относятся
- а. паховые
 - б. бедренные
 - в. рецидивные
 - г. грыжи белой линии живота
 - д. пупочные
154. К грыжам, классифицируемым по анатомическому признаку, относятся все перечисленные, кроме
- а. поясничных
 - б. седалищных
 - в. промежностных
 - г. ущемленных
155. К редким грыжам относятся
- а. травматические
 - б. поясничные
 - в. врожденные
 - г. ущемленные
 - д. внутренние
156. К внутренним грыжам относятся
- а. грыжи белой линии живота
 - б. грыжи спигелевой линии
 - в. диафрагмальные грыжи
 - г. поясничные грыжи
 - д. прямые паховые грыжи
157. К грыжам, классифицируемым по клиническому течению, не относят
- а. скользящие
 - б. вправимые
 - в. невправимые
 - г. осложненные
 - д. ущемленные
158. К грыжам, классифицируемым по клиническому течению, относят
- а. скользящие
 - б. врожденные
 - в. травматические
 - г. осложненные
 - д. послеоперационные
159. К осложненным относятся грыжи
- а. большие паховые

- б. гигантские послеоперационные
 - в. выпадающие при малейшем напряжении
 - г. распластанные под кожей пупочные
 - д. ущемленные
160. Хронически осложненной грыжей считают
- а. вправимую
 - б. врожденную
 - в. невправимую
 - г. скользящую
 - д. ущемленную
161. Слабыми участками брюшной стенки являются
- а. паховая область
 - б. пупок
 - в. околопупочная область
 - г. белая линия живота
 - д. все перечисленные области
162. Грыжу называют скользящей, когда в грыжевом мешке окажется
- а. большой сальник
 - б. подвздошная кишка
 - в. стенка мочевого пузыря
 - г. тощая кишка
 - а. жировая подвеска толстой кишки
163. В образовании скользящей грыжи мочевого пузыря имеет значение
- а. возраст
 - б. слабость задней стенки пахового канала
 - в. хронические запоры
 - г. гипертрофия предстательной железы
 - д. все перечисленное
164. На врожденную грыжу указывает наличие в грыжевом мешке
- а. большого сальника
 - б. петли тонкой кишки
 - в. слепой кишки
 - г. яичка
 - д. стенки мочевого пузыря
165. Наружное отверстие пахового канала образовано
- а. расслоением внутренней косой мышцы живота
 - б. ножками апоневроза наружной косой мышцы живота
 - в. кольцом в поперечной фасции
 - г. краями прямой и внутренней косой мышцы живота
 - д. овальной ямкой в широкой фасции бедра
166. В норме у мужчин наружное отверстие пахового канала
- а. пропускает кончик пальца
 - б. пропускает два пальца
 - в. не определяется
 - г. закрыто элементами семенного канатика
 - д. может быть разного диаметра
167. В развитии паховой грыжи выделяют ряд последовательных стадий, кроме
- а. начальной
 - б. формирования грыжевого мешка
 - в. канальной
 - г. канатиковой
 - д. пахово-мошоночной

168. Для косой паховой грыжи характерно то, что она
- выходит из брюшной полости через боковую паховую ямку
 - проходит в прямом направлении через паховый промежуток
 - имеет округлую форму
 - часто бывает двухсторонней
 - исключительно редко опускается в мошонку
169. Для паховой грыжи нехарактерно
- наличие выпячивания в паховой области
 - сокращение его размеров при физическом напряжении
 - непостоянные боли в области выпячивания
 - расширение наружного отверстия пахового канала
 - наличие симптома кашлевого толчка
170. Дифференциальная диагностика паховой грыжи должна проводиться
- с метастазами опухоли в паховые лимфоузлы
 - с паховым лимфаденитом
 - с холодным абсцессом
 - со всеми перечисленными заболеваниями
 - только с а) и б)
171. Паховую грыжу дифференцируют со всеми перечисленными заболеваниями, кроме
- бедренной грыжи
 - водянки яичка
 - варикоцеле
 - кисты бартолиниевой железы
 - орхита
172. Для укрепления задней стенки пахового канала используют способ
- Боброва
 - Жирара
 - Постемпского
 - Мартынова
 - Спасокукоцкого
173. Латеральной границей бедренного кольца является
- ребешок лонной кости
 - бедренная вена
 - поперечная фасция
 - паховая связка
 - бедренная артерия
174. Нижняя граница бедренного кольца образована
- паховой связкой
 - ребешком лонной кости
 - поперечной фасцией
 - бедренной веной
 - жембернатовой связкой
175. Для бедренной грыжи не характерно
- наличие грыжевого выпячивания ниже пупартовой связки
 - локализация грыжевого выпячивания выше пупартовой связки
 - периодические боли в области грыжи
 - небольшие размеры грыжевого выпячивания
 - полусферическая форма выпячивания
176. Различают этажи брюшной полости
- верхний
 - средний
 - нижний

- г. только а) и в)
 - д. правильно а), б) и в)
177. Брюшина выполняет функции
- а. резорбтивную
 - б. экссудативную
 - в. барьерную (механическая защита)
 - г. барьерную (защита от инфекции)
 - д. все названные функции
178. К неспецифической аэробной грамположительной микробной флоре относят
- а. кишечную палочку
 - б. стрептококки
 - в. синегнойную палочку
 - г. протей
 - д. клебсиелл
179. Развитие гранулематозного перитонита не происходит
- а. при высыхании брюшины во время операции
 - б. при травматизации её салфетками и инструментами
 - в. при попадании в брюшную полость талька
 - г. при скоплении в брюшной полости лимфы
 - д. при попадании нитей перевязочного или шовного материала
180. К особым формам перитонита относят все, кроме
- а. канцероматозного
 - б. паразитарного
 - в. гранулематозного
 - г. туберкулёзного
 - д. ревматоидного
181. Основными путями проникновения инфекции в брюшную полость при первичном перитоните являются
- а. гематогенный
 - б. лимфогенный
 - в. через маточные трубы
 - г. только а. и б.
 - д. правильно а. б. и в.
182. Вторичным перитонитом не является
- а. пропотной
 - б. лимфогенный
 - в. перфоративный
 - г. травматический
 - д. послеоперационный
183. Перфоративные перитониты не наблюдаются
- а. при язвах желудочно-кишечного тракта
 - б. при инородных телах желудка и кишечника
 - в. при ущемленных грыжах
 - г. при тромбозах мезентериальных артерий
 - д. при специфическом поражении брюшины
184. Стадии (фазы) развития перитонита
- а. 1-реактивная, 2-токсическая, 3-терминальная
 - б. 1-реактивная, 2-перитонеальная, 3-токсическая
 - в. 1-гемодинамическая, 2-реактивная, 3-агональная
 - г. 1-гиперактивная, 2-токсическая, 3-гемодинамическая
 - д. 1-мнимого благополучия, 2-перитонеальная, 3-терминальная
185. Термин «пневмоперитонеум» означает

- а. гемморрагический выпот в брюшной полости при панкреанекрозе
 - б. гемморрагический выпот при инфаркте кишки
 - в. мезентериальный тромбоз
 - г. атеросклероз ветвей брюшной аорты
 - д. скопление крови в брюшной полости
186. Фурункул – острое гнойно-некротическое воспаление волосяных фолликулов окружающей клетчатки и:
- а. апокриновых желез.
 - б. сальных желез.
 - в. лимфатических желез.
 - г. потовых желез.
 - д. бартолиниевых желез.
187. Абсцесс от инфильтрата отличается наличием:
- а. боли.
 - б. гипертермии.
 - в. флюктуации.
 - г. гиперемии кожи.
 - д. лейкоцитоза со сдвигом лейкоцитарной формулы влево.
188. К осложнениям при оперативном лечении гнойного паротита относится:
- а. формирование свищей.
 - б. развитие флегмоны шеи.
 - в. развитие остеомиелита нижней челюсти.
 - г. парез ветвей лицевого нерва.
 - д. парез ветвей тройничного нерва.
189. Острый гематогенный остеомиелит чаще встречается у:
- а. взрослых.
 - б. молодых.
 - в. детей и подростков мужского пола.
 - г. детей и подростков женского пола.
 - д. пол и возраст не имеют значения.
190. Чаще всего при остром гематогенном остеомиелите поражается:
- а. эпифиз.
 - б. метафиз.
 - в. эпифизарный хрящ.
 - г. надкостница.
 - д. все перечисленное выше.
191. Первичная хирургическая обработка раны — это
- а. иссечение краев, дна и стенок раны с последующим наложением швов
 - б. промывание раны
 - в. удаление из раны сгустков крови и инородных тел
 - г. наложение на рану вторичных швов
192. Абсолютный признак перелома костей
- а. деформация сустава
 - б. деформация мягких тканей
 - в. отек
 - г. патологическая подвижность костных отломков
193. Свободный газ в брюшной полости определяется при
- а. холецистите
 - б. перфоративной язве желудка

- в. аппендиците
 - г. кишечной непроходимости
194. Предоперационный период начинается с
- а. начала заболевания
 - б. момента поступления в хирургический стационар
 - в. установления диагноза
 - г. начала подготовки к операции
195. Защитное мышечное напряжение характерно для
- а. острого перитонита
 - б. отечной формы панкреатита
 - в. инвагинации кишечника
 - г. желудочного кровотечения
196. Симптом Ситковского наблюдается при
- а. остром холецистите
 - б. остром панкреатите
 - в. остром аппендиците
 - г. почечной колике
197. При желудочном кровотечении показана
- а. рентгенография желудка с барием
 - б. УЗИ
 - в. экстренная фгдс
 - г. экстренная операция
198. При синдроме «острого живота» необходимо
- а. сделать очистительную клизму
 - б. ввести обезболивающее
 - в. промыть желудок
 - г. применить холод, срочно госпитализировать больного
199. Симптом, не характерный для ущемленной грыжи
- а. напряженное грыжевое выпячивание
 - б. острая боль
 - в. положительный симптом кашлевого толчка
 - г. непроходимость кишечника
200. Рвота при остром панкреатите
- а. многократная, не приносящая облегчения
 - б. однократная
 - в. многократная, приносящая облегчение
 - г. отсутствует

**Ответы тестовых заданий для проведения текущего контроля знаний ординаторов
по дисциплине «Хирургия»**

[illegible]

**Тестовые задания для проведения контроля остаточных знаний ординаторов
по дисциплине «Хирургия»**

(выберете один или несколько правильных ответов)

1. Укажите форму острого аппендицита, по описанию: отросток утолщен, серозный покров покрыт фибрином, в просвете гной, лейкоцитарная инфильтрация занимает всю толщу стенки:

- 1– катаральный;
- 2– флегмонозный;
- 3 – гангренозный;
- 4– перфоративный;
- 5– эмпиема червеобразного отростка.

2. Назовите форму острого аппендицита по следующей картине: отросток несколько утолщен, серозный покров его тусклый, лейкоцитарная инфильтрация до подслизистой основы:

- 1– катаральный;
- 2– флегмонозный;
- 3– гангренозный;
- 4– перфоративный;
- 5– эмпиема червеобразного отростка.

3. Какая форма острого аппендицита соответствует следующей картине: червеобразный отросток рыхлый, грязно-зеленого цвета, покрыт массивными фибринозными наложениями:

- 1– катаральный;
- 2– флегмонозный;
- 3– гангренозный;
- 4– эмпиема червеобразного отростка.

4. Укажите доступы, которые можно использовать при операции по поводу аппендицита:

- 1– верхнесрединная лапаротомия;
- 2– нижнесрединная лапаротомия;
- 3– косопеременный доступ по Волковичу-Дьяконову;
- 4– параректальный доступ Леннандера;
- 5– разрез в правом подреберье по Кохеру.

5. Местная анестезия при аппендэктомии:

- 1– технически упрощает операцию;
- 2– укорачивает время операции;
- 3– облегчает широкое исследование брюшной полости;
- 4– расширяет возможности санаций брюшной полости;
- 5– снижает частоту легочных осложнений.

6. Дайте нормальные показатели остаточного давления в желчевыводящих путях, определяемые во время холангиоманометрии (мм рт. ст.):

- 1 – 50;
- 2 – 50-100;

- 3 – 100-160;
- 4 – 160-200;
- 5 – более 200.

7. Какой максимальный объем желчи выделяется печенью в норме (мл):

- 1– 300;
- 2– 400;
- 3– 600;
- 4– 700;
- 5– 800.

8. Во сколько раз концентрация желчи в желчном пузыре отличается от печеночной желчи:

- 1 – в 1,5 раза;
- 2 – в 2 раза;
- 3 – в 2-2,5 раза.

9. Выберите ситуации, при которых возможны интраоперационные травмы желчных протоков:

- 1 – врожденные или приобретенные необычные топографо-анатомические отношения в зоне гепатодуоденальной связки; 2 – воспалительные инфильтраты в зоне желчного пузыря и протоков;
- 3 – нарушение технических правил холецистэктомии;
- 4 – резекция желудка при низких дуоденальных язвах;
- 5 – резекция желудка при язвах, пенетрирующих в гепатодуоденальную связку;
- 6 – обычная резекция желудка при язвах, не осложнённых пенетрацией.

10. Какие операции возможны при ранении желчных протоков?

- 1– ушивание дефекта однорядным швом при пристеночном ранении;
- 2– дренирование дефекта Т-образным дренажем в результате пристеночного ранения;
- 3– восстановление целостности циркулярным анастомозом «конец в конец»;
- 4– наложение билиодигестивного анастомоза на транспеченочном дренаже.

11. Перечислите осложнения острого холецистита

- 1– водянка желчного пузыря;
- 2– эмпиема желчного пузыря;
- 3– гнойный перитонит.
- 4– перивезикальный абсцесс;
- 5– наружные и внутренние свищи желчного протока;
- 6– желчекаменная кишечная непроходимость.

12. Какой перитонит возникает при перфорации отключенного желчного пузыря?

- 1– желчный;
- 2– гнойный.

13. Выберите возможные симптомокомплексы холедохолитиаза:

- 1– рецидивирующий холангит;
- 2– обтурационная механическая желтуха;
- 3– ознобы в анамнезе;
- 4– рецидивирующий панкреатит;
- 5– кратковременные желтухи в анамнезе.

14. Является ли желчнокаменная болезнь, протекающая бессимптомно показанием к операции?

- 1– да;
- 2– нет.

15. Доброкачественность язвы подтверждается биопсией, взятой из её краёв во время ФГС. Укажите минимальное число биоптатов, которое необходимо взять, чтобы вероятность приблизить к 100%:

- 1– до 2-х;
- 2– 3-4;
- 3– 5-6;
- 4– 6-8;
- 5– 8-10

16. Стенка желудка состоит из слизистой, подслизистой, мышечной и серозной оболочек. Отличие эрозии от язвы состоит в глубине поражения стенки желудка. В каком случае речь идёт об эрозии слизистой желудка:

- 1– дефект слизистой до собственной мышечной оболочки;
- 2– дефект слизистой ниже собственной мышечной оболочки;
- 3– дефект слизистой до подслизистой основы;
- 4– дефект слизистой до мышечной оболочки.

17. Определите характеристику боли при язвенной болезни желудка:

- 1 – боль в области мечевидного отростка с иррадиацией в левое плечо и лопатку; возникает в течение одного часа после приёма пищи;
- 2 – боль в правом подреберье с иррадиацией в спину;
- 3 – поздняя голодная и ночная боль.

18. После резекции желудка возможны нарушения, которые получили название «Болезнь оперированного желудка». При каких патологических состояниях требуется реконструктивная операция?

- 1– демпинг-синдром;
- 2– синдром приводящей петли;
- 3– рефлюкс-гастрит;
- 4– хронический панкреатит;
- 5– рецидив язвы;
- 6– рак культи желудка;
- 7– метаболические нарушения (потеря массы тела, нарушения обмена).

19. Назовите возможные причины пострезекционных синдромов

- 1 – большой объём резекции желудка;
- 2 – малый объём резекции желудка;
- 3 – неадекватный способ восстановления непрерывности желудочно-кишечного тракта;
- 4 – некорригированная причина хронического нарушения дуоденальной непроходимости;
- 5 – погрешность в технике выполнения операции.

20. Тип желудочного пищеварения определяется

- 1– по данным базальной кислотопродукции;
- 2– по времени опорожнения желудка;
- 3– по наличию дуоденогастрального рефлюкса и его тяжести;
- 4– по показаниям электрогастрографии;
- 5– по уровню продукции пепсина.

21. Основным в диагностике пострезекционной язвы является

- 1– изучение клинической картины;
- 2– сбор анамнеза;
- 3– рентгенологическое исследование верхних отделов желудочно-кишечного тракта;
- 4– эндоскопическое исследование;
- 5– изучение желудочной секреции.

22. Методом выбора в лечении синдрома приводящей петли является

- 1 – консервативная терапия;
- 2 – хирургическое лечение;
- 3 – рефлексотерапия;
- 4 – только 1 и 3;
- 5 – только 1 и 2.

23. Резекция культи желудка должна быть изъята из арсенала методов хирургического лечения пептической язвы тонкой кишки в силу её

- 1– теоретической необоснованности;
- 2– большой травматичности;
- 3– малой эффективности;
- 4– всех этих трех причин;
- 5– только 1 и 3.

24. В основе теории «общего канала» развития острого панкреатита при холелитиазе лежит

- 1– заброс желчи в протоки поджелудочной железы;
- 2– алкоголизм;
- 3– желчекаменная болезнь;
- 4– дуоденостаз;
- 5– гиперплазия в панкреатическом протоке.

25. Доминирующими причинами развития острого панкреатита являются:

- 1– дискинезия наружных желчных протоков;
- 2– алкоголизм;
- 3– желчекаменная болезнь;
- 4– дуоденостаз;
- 5– аномалии развития протоков поджелудочной железы.

26. Важным объективным морфологическим признаком острого панкреатита является

- 1– шок;
- 2– жировые некрозы в брюшной полости, забрюшинном пространстве;
- 3– паралитическая кишечная непроходимость;
- 4– перитонит;
- 5– скопление экссудата в плевральных полостях.

27. Развитие болевого синдрома при панкреатите обусловлено

- 1 – растяжением капсулы и соединительнотканых перемычек в связи с отеком;
- 2 – распространением экссудата в забрюшинное пространство и раздражением солнечного сплетения;
- 3 – вследствие образования крупных очагов некроза, обусловленных тромбозом магистральных артерий;
- 4– повышенным давлением в протоках;

5– динамической кишечной непроходимостью.

28. Развитие панкреатогенного шока обусловлено

- 1 – гиповолемией, вследствие экссудации жидкости в забрюшинное пространство, брюшную полость, с динамической кишечной непроходимостью;
- 2– выброс кининов, вызывающих вазодилатацию, стазы, тромбозы, геморрагии;
- 3– потерей плазмы, вследствие повышения проницаемости сосудов;
- 4– болевым синдромом;
- 5– панкреатогенным перитонитом.

29.Появление пятен цианоза на боковых стенках живота при остром панкреатите носит название симптома

- 1– Мейо-Робсона;
- 2– Керте;
- 3– Грея-Тернера;
- 4– Мондора;
- 5– Воскресенского.

30.Форму острого панкреатита можно установить

- 1– при гастродуоденоскопии;
- 2– при обзорной рентгенографии органов брюшной полости;
- 3– при лапароскопии;
- 4– при ирригоскопии;
- 5– все выше перечисленное верно.

31.Боль при остром панкреатите

- 1– периодическая;
- 2– постоянная;
- 3– схваткообразная;
- 4– колющая;
- 5– пульсирующая.

32.Рвота при остром панкреатите

- 1– однократная;
- 2– застойная;
- 3– многократная;
- 4– каловая;
- 5– поздняя.

33.Развитие метеоризма при остром панкреатите связано

- 1– со сдавлением двенадцатиперстной кишки;
- 2– с неукротимой рвотой;
- 3 – с парезом кишечника;
- 4 – с тромбозом верхней брыжеечной артерии;
- 5 – с ферментативной недостаточностью поджелудочной железы.

34. Подберите компоненты консервативного лечения хронического панкреатита

- 1 – антибиотикотерапия;
- 2 – десенсибилизирующая терапия;
- 3 – соблюдение диеты;
- 4 – средства, стимулирующие образование и выделение панкреатического сока;
- 5 – ферментативная заменяющая терапия;

- 6 – витаминотерапия;
- 7 – санаторно-курортное лечение.

35. Какие кисты поджелудочной железы могут иметь черты злокачественной опухоли

- 1 – воспалительные;
- 2 – паразитарные;
- 3 – врождённые;
- 4 – неопластические.

36. Перечислите операции при кистах поджелудочной железы

- 1 – вскрытие и наружное дренирование кисты;
- 2 – цистогастроанастомоз;
- 3 – цистоеюноанастомоз;
- 4 – резекция поджелудочной железы.

37. Укажите причины свищей поджелудочной железы

- 1 – травма поджелудочной железы;
- 2 – наружное дренирование кист поджелудочной железы;
- 3 – деструктивный панкреатит.

38. В каких отделах поджелудочной железы при перевязке селезённой артерии следует ожидать ишемического нарушения

- 1 – в головке;
- 2 – в теле;
- 3 – в хвосте.

39. Укажите, какое место занимает поражение печени при эхинококкозе

- 1 – 1;
- 2 – 2;
- 3 – 3.

40. Выберите животных, в организме которых созревает половозрелая стадия эхинококка

- 1 – корова;
- 2 – овцы;
- 3 – собака;
- 4 – лисицы;
- 5 – козы;
- 6 – кошки;
- 7 – олень.

41. Киста эхинококкового паразита состоит

- 1 – из герментативной, хитиновой и фиброзной оболочек;
- 2 – из герментативной и хитиновой оболочек.

42. Укажите возможные осложнения эхинококка печени

- 1 – нагноение;
- 2 – обызвествление;
- 3 – прорыв кисты в желчный пузырь;
- 4 – прорыв эхинококка во внутрипечёночные протоки;
- 5 – прорыв в брюшную полость;
- 6 – желчно-пульмональный свищ;

7– образование желчно-плеврального свища.

43.Перечислите методы диагностики эхинококкоза печени

- 1– УЗИ;
- 2– МРТ;
- 3– селективная ангиография сосудов печени.

44.Различия эхинококка от альвеококка определяются личиночной стадией – ларвоцистой. Укажите, что из себя представляет ларвоциста при альвеококкозе

- 1– опухоль;
- 2– киста.

45.Укажите основной путь заражения человека альвеококком

- 1– воздушно-капельный путь;
- 2– через ЖКТ;
- 3– через повреждённый кожный покров.

46. Какие операции применяются при альвеококкозе печени

- 1 – резекция печени;
- 2 – кавернотомия и дренирование полости распада;
- 3 – криодеструкция паразита.

47.Какие злокачественные опухоли встречаются в печени

- 1– гепатоцеллюлярный рак;
- 2– холангиоцеллюлярный рак;
- 3– саркомы печени;
- 4– метастатические опухоли.

48.Какие доброкачественные опухоли встречаются в печени

- 1– аденомы (гепатомы);
- 2– гемангиомы;
- 3– лимфангиомы.

49.Укажите возможные объёмы операций при доброкачественных опухолях печени

- 1– резекция печени;
- 2– гемигепатэктомия;
- 3– иссечение опухоли.

50.Какие признаки характерны при раннем ущемлении паховой грыжи

- 1– свободный газ в брюшной полости;
- 2– внезапная боль в области грыжевого выпячивания;
- 3– невосприимчивость грыжевого содержимого;
- 4– флегмона грыжевого мешка;
- 5– положительный симптом «кашлевого толчка».

51.К факторам, способствующим образованию грыж относятся

- 1 – ожирение;
- 2 – резкое похудание;
- 3 – особенности строения брюшной стенки;
- 4 – заболевания, повышающие внутрибрюшное давление;
- 5 – тяжелый физический труд.

52. В образовании скользящей грыжи мочевого пузыря имеет значение

- 1– возраст;
- 2– слабость задней стенки пахового канала;
- 3– хронические запоры;
- 4– гипертрофия предстательной железы;
- 5– все перечисленное.

53. На врожденную грыжу указывает наличие в грыжевом мешке

- 1– большой сальник;
- 2– петли тонкой кишки;
- 3– слепой кишки;
- 4– яичка;
- 5– стенки мочевого пузыря.

54. Содержимым грыжевого мешка может быть всё перечисленное кроме

- 1– тощей кишки;
- 2– сигмовидной кишки;
- 3– сальника;
- 4– прямой кишки;
- 5– слепой кишки.

55. В образовании пахового канала не принимают участия

- 1 – апоневроз наружной косой мышцы живота;
- 2 – внутренняя косая мышца живота;
- 3 – наружный край апоневроза прямой мышцы живота;
- 4 – поперечная мышца;
- 5 – поперечная фасция.

56. Передней стенкой пахового канала является

- 1 – паховая связка;
- 2 – апоневроз наружной косой мышцы живота;
- 3 – внутренняя косая мышца;
- 4 – поперечная мышца;
- 5 – поперечная фасция.

57. Незаращение брюшинно-пахового отростка является причиной образования

- 1– приобретенных грыж;
- 2– грыж от усилия;
- 3– скользящих грыж;
- 4– промежностных грыж;
- 5– врожденных грыж.

58. Для косой паховой грыжи характерно то, что она

- 1 – выходит из брюшной полости через боковую паховую ямку;
- 2 – проходит в прямом направлении через паховый промежуток;
- 3 – имеет округлую форму;
- 4 – часто бывает двухсторонней;
- 5 – исключительно редко опускается в мошонку.

59. Механическая непроходимость кишечника возникает

- 1– при опухолях кишечника;
- 2– при инородных телах желудочно-кишечного тракта;

- 3– при гельминтозах;
- 4– при ущемленных грыжах;
- 5– при всем перечисленном.

60. Спастическая непроходимость кишечника может возникать

- 1– при операциях на органах брюшной полости;
- 2– при травмах центральной нервной системы;
- 3– при гипергликемической коме;
- 4– при диабетическом кризе;
- 5– при отравлении свинцом.

61. Наиболее характерным биохимическим нарушением при непроходимости кишечника является

- 1 – гипокалиемия;
- 2 – гипохлоремия;
- 3 – гипопроteinемия;
- 4 – гиперкальциемия;
- 5 – гипокальциемия.

62. Болевой синдром при ранней стадии механической непроходимости кишечника характеризуется

- 1 – постоянной тупой болью в животе;
- 2 – постоянной острой болью в животе;
- 3– опоясывающими болями;
- 4– схваткообразными болями в животе;
- 5– иррадиацией болей в нижние конечности.

63. Боли в животе у больного непроходимостью кишечника могут быть

- 1– при спастической непроходимости кишечника;
- 2– при обтурационной непроходимости кишечника;
- 3– при странгуляционной непроходимости кишечника;
- 4– при инвагинации;
- 5– при всех перечисленных формах.

64. Некроз кишечной стенки начинается с

- 1– серозной оболочки;
- 2– мышечного слоя;
- 3– слизистой оболочки;
- 4– со всех слоёв одновременно;
- 5– с брыжейки.

65. Жизнеспособность кишки подтверждают

- 1– нормальная окраска;
- 2– сохраненная перистальтика;
- 3– блестящий серозный покров;
- 4– удовлетворительная пульсация артерий брыжейки;
- 5– все перечисленное.

66. Профилактика образования спаек в брюшной полости включает

- 1– бережное отношение к тканям во время операции;
- 2– введение лекарственных препаратов в брюшную полость только в виде раствора;
- 3– новокаиновую блокаду корня брыжейки;

- 4– стимуляцию перистальтики кишечника в раннем послеоперационном периоде;
- 5 – всё перечисленное.

67.Причиной обтурационной непроходимости чаще всего являются

- 1 – глистная инвазия;
- 2 – заворот кишечника;
- 3 – опухоль левой половины ободочной кишки;
- 4 – ущемленная грыжа;
- 5 – опухоль правой половины толстой кишки;
- 6 – желчные камни.

68.В поздние сроки для острой кишечной непроходимости характерны следующие симптомы

- 1– перистальтика кишечника усилена;
- 2– перистальтика вялая;
- 3– боли схваткообразного характера;
- 4– боли постоянного характера;
- 5– отсутствие стула и газов;
- 6– каловая рвота.

69.Какой вид острой кишечной непроходимости встречается наиболее часто

- 1 – инвагинация;
- 2 – узлообразование;
- 3 – спаечная;
- 4 – спастическая;
- 5 – обтурационная.

70.Больная, 60 лет, обратилась с жалобами на периодические схваткообразные боли в животе, нерегулярный стул. Данные жалобы появились несколько месяцев назад, в течение последнего месяца приступы участились. При осмотре живот поддут, умеренно болезненный во всех отделах, симптомов раздражения брюшины нет, перистальтика усилена. Ваш диагноз

- 1– острая спаечная кишечная непроходимость;
- 2– копростаз;
- 3– язвенная болезнь;
- 4– хронический панкреатит;
- 5– обтурационная кишечная непроходимость;
- 6– желчная колика.

71.При какой локализации тромба при тромбозе мезентериальных артерий возможна сосудистая операция

- 1– ствол верхней брыжеечной артерии;
- 2– ветви верхней брыжеечной артерии;
- 3– проксимальные аркады;
- 4– дистальные аркады.

72.Назовите наиболее частые причины развития тромбозов брыжеечных артерий

- 1– атеросклероз;
- 2– гипертоническая болезнь;
- 3– эндартериит;
- 4– узелковый периартериит

73.С чем наиболее сложно дифференцировать острые нарушения мезентериального кровообращения

- 1– с аппендицитом;
- 2– с прободной язвой;
- 3– с острым панкреатитом;
- 4– с острым холециститом;
- 5– с кишечной непроходимостью.

74.При каком тромбозе кишка выглядит красной, имеются участки геморрагического пропитывания

- 1– тромбоз вен;
- 2– тромбоз артерий.

75.Какие рентгенологические симптомы характерны для острых нарушений мезентериального кровообращения?

- 1– симптомы утолщения кишечной стенки;
- 2– симптомы интрамурального газа;
- 3– симптомы отёка и деструкции слизистой;
- 4– чаши Клойбера.

76.Какие виды операций выполняют при остром нарушении мезентериального кровообращения?

- 1– сосудистая операция;
- 2– резекция кишечника;
- 3– комбинация сосудистых операций с резекциями кишечника.

77.Какой доступ должен применяться при операциях при остром нарушении мезентериального кровообращения

- 1– верхнесрединная лапаротомия;
- 2– срединная лапаротомия;
- 3– нижнесрединная лапаротомия.

78.Синдром Фелти характеризуется следующими признаками, кроме

- 1– ревматический артрит;
- 2– спленомегалия;
- 3– нейтропения;
- 4– лейкоцитоз.

79.Болезнь Стилла характеризуется следующими симптомами кроме

- 1– увеличение лимфатических узлов;
- 2– спленомегалия;
- 3– анемия;
- 4– отсутствие боли в суставах.

80.К какому типу абсцессов относится абсцесс селезёнки

- 1– интраперитонеальный;
- 2– ретроперитонеальный;
- 3– висцеральный;
- 4– паранефральный.

81.Для клинической картины абсцесса селезёнки характерно всё кроме

- 1– подостро начинающаяся лихорадка;

- 2– левосторонние боли в боку;
- 3– увеличение селезёнки;
- 4– иррадиация болей в правую ключицу.

82. Для рентгенологической картины абсцесса селезёнки характерно всё кроме

- 1– объёмное образование в левом верхнем квадранте живота;
- 2– смещение органов брюшной полости;
- 3– симптом «ниши»;
- 4– высокое стояние левого купола диафрагмы.

83. Вследствие каких состояний развивается синдром недостаточности селезёнки

- 1– после спленэктомии;
- 2– врождённого аспленизма;
- 3– серповидно-клеточной анемии;
- 4– острого панкреатита.

84. Что является причиной образования дивертикулов толстой кишки

- 1 – нарушение пропульсивной деятельности толстой кишки;
- 2 – дегенеративные изменения в стенке кишки;
- 3 – воспалительный процесс в стенке кишки.

85. Стенка дивертикула состоит из

- 1– всех слоёв кишки;
- 2– слизистого слоя;
- 3– серозного и слизистого слоя;
- 4– слизистого и мышечного слоя.

86. Где чаще локализуются дивертикулы толстой кишки

- 1 – слепая кишка;
- 2 – правые отделы ободочной кишки;
- 3– поперечно-ободочная кишка;
- 4– сигмовидная кишка.

87. Наиболее частые осложнения дивертикула толстой кишки

- 1 – кровотечение;
- 2– дивертикулит;
- 3– перфорация;
- 4– кишечные свищи;
- 5– малигнизация;
- 6– странгуляционная непроходимость кишечника.

88. Основные признаки дивертикулита

- 1– боли в животе;
- 2– гнойно-слизистые выделения из прямой кишки;
- 3– усиление болей при пальпации живота;
- 4– появление тёмной крови в кале;
- 5– лейкоцитоз.

89. При сочетании дивертикулёза левой половины толстой кишки с раком прямой кишки на 13 см показано

- 1– передняя резекция прямой кишки с левосторонней гемиколэктомией, наложение трансверзоректоанастомоза;

- 2— передняя резекция прямой кишки с наложением сигморектоанастомоза;
- 3— передняя резекция прямой кишки с резекцией сигмовидной кишки, формирование десцендоректоанастомоза.

90.К причинам, способствующим развитию дивертикулов толстой кишки не относятся

- 1 – воспалительные образования;
- 2 – синдром раздражённой толстой кишки;
- 3 – упорные запоры;
- 4— пожилой и старческий возраст;
- 5— рафинированная диета.

91.К осложнениям дивертикулёза не относят

- 1— образование инфильтратов;
- 2— малигнизацию;
- 3— формирование абсцессов;
- 4— образование внутренних или наружных кишечных свищей;
- 5— кишечные кровотечения.

92.Для кишечного кровотечения из левой половины толстой кишки не характерно

- 1— наличие кала чёрного цвета;
- 2— снижение гемоглобина и гематокрита;
- 3— чаще развивается при тяжёлых формах заболевания;
- 4— резкая слабость;
- 5— появлению крови часто предшествуют боли в животе.

93.Мужчина 65 лет с подтверждённым диагнозом дивертикулёза кишечника поступил в отделение с лихорадкой и интенсивной разлитой болью в животе. Живот болезненный во всех отделах, передняя брюшная стенка напряжена, отсутствуют перистальтические шумы. С чем связан патогенез этого заболевания?

- 1— перфорация полого органа;
- 2— непроходимость кишечника;
- 3— кровотечение в брюшную полость;
- 4— ишемия кишечника.

94.У женщины 75 лет возникло требующее проведения гемотрансфузии профузное кровотечение из нижних отделов желудочно-кишечного тракта. Болей нет. Наиболее частая причина подобного кровотечения

- 1— рак толстой кишки или её заворот;
- 2— инвагинация кишечника;
- 3— дивертикулёз;
- 4 — дивертикул Меккеля;
- 5— язвенный колит, свищ прямой кишки.

95. При колоноскопии в толстой кишке выявлен воспалительный процесс. Между участками воспаления есть участки неизменённой слизистой. Прямая кишка без поражений. Ваш диагноз?

- 1— ишемический колит;
- 2— язвенный колит; 3- амёбная дизентерия;
- 4— болезнь Крона;
- 5— болезнь Гиршпрунга.

96.Какой рентгенологический признак характерен для начальной стадии болезни Крона

- 1– чаши Клойбера;
- 2– стеноз участка кишки;
- 3– сужение просвета кишки;
- 4– «булыжной мостовой»
- 5– сглаженный рельеф слизистой оболочки с утолщением складок. Участок кишки в виде ригидной трубки.

97.Стул сероватой окраски, мазеподобной консистенции, прогорклый запах характерны для

- 1– лимфогранулематоза;
- 2– болезни Крона;
- 3– неспецифического язвенного колита;
- 4– туберкулёза кишечника;
- 5– спаечной болезни брюшной полости.

98.Вздутие и урчание в животе характерно для

- 1 – болезни Крона;
- 2– спаечной болезни брюшной полости;
- 3– туберкулёза кишечника;
- 4– лимфогранулематоза;
- 5– мезентериального лимфаденита.

99.Верхняя брыжеечная артерия кровоснабжает

- 1– всю толстую кишку;
- 2– левую половину толстой кишки;
- 3– правую половину толстой кишки;
- 4– толстую кишку не кровоснабжает.

100.Нижняя брыжеечная артерия кровоснабжает

- 1– всю толстую кишку;
- 2– левую половину толстой кишки;
- 3– правую половину толстой кишки;
- 4– левую половину толстой кишки, исключая бассейн средней и нижней прямокишечных артерий.
- 5 – толстую кишку не кровоснабжает.

101.Венозный отток от толстой кишки осуществляется

- 1– в воротную вену;
- 2– в нижнюю полую вену;
- 3– в воротную вену от правой половины, в нижнюю полую вену от левой половины толстой кишки;
- 4– в нижнюю полую вену от правой половины, в воротную вену от левой половины толстой кишки.
- 5– в воротную вену, а от нижней трети прямой кишки – в нижнюю полую вену.

102.При молниеносной форме неспецифического язвенного колита в каловых массах не бывает

- 1– гноя;
- 2– участков слизистой;
- 3– слизи;

- 4– прожилок крови;
- 5– тёмной крови, смешанной с калом.

103.Неспецифический язвенный колит любой локализации в толстой кишке сопровождается

- 1 – рефлюкс-илеитом;
- 2 – проктитом и криптитом;
- 3 – токсической дилатацией толстой кишки;
- 4 – исчезновением гаустр, спазмом кишки.

104. Рентгенологические признаки неспецифического язвенного колита

- 1– равномерное сужение просвета кишки, усиление продольной складчатости;
- 2– смещение медиально и вниз обоих изгибов, исчезновение гаустр;
- 3– дефекты наполнения при двойном контрастировании;
- 4– нечёткость контуров кишки из-за наличия язв и псевдополипов;
- 5– все вышеперечисленные признаки.

105.Осложнения острой и молниеносной форм неспецифического язвенного колита

- 1– перфорация кишки с развитием перитонита, профузное кровотечение;
- 2– рубцовое сужение кишки, токсическая дилатация кишки;
- 3– перфорация кишки с развитием перитонита или с развитием флегмоны забрюшинной клетчатки, токсическая дилатация кишки, профузное кровотечение;
- 4– токсическая дилатация кишки, профузное кровотечение.

106.Оперативное лечение при остром геморрое показано

- 1 – при неэффективности консервативного лечения в течение нескольких дней;
- 2 – в экстренном порядке.

107.Какой средний срок временной нетрудоспособности после операции геморроидэктомии

- 1– 2 недели;
- 2– 10-12дней;
- 3– 3-4недели.

108.При остром парапроктите необходимо

- 1– вскрыть гнойник;
- 2– иссечь внутреннее отверстие свища;
- 3– вскрыть и дренировать гнойник, ликвидировать внутреннее отверстие свища, сообщающего полость гнойника с прямой кишкой.

109.При остром гнойном парапроктите показано всё перечисленное за исключением

- 1 – жидкой диеты;
- 2 – настойки опия;
- 3– антибиотикотерапии;
- 4– местного применения кристаллов салициловой кислоты;
- 5– вскрытие гнойника.

110.К осложнениям рака прямой кишки не относят

- 1– обтурационную непроходимость;
- 2– перфорацию стенки кишки;
- 3– вовлечение в опухолевый процесс мочеточников;
- 4– образование анальной трещины;

5– формирование свищей с соседними органами.

111.Наибольшую ценность и информативность при раке прямой кишки имеет метод обследования

- 1– фиброколоноскопия;
- 2– ректороманоскопия;
- 3– пальцевое исследование;
- 4– аноскопия;
- 5– осмотр с помощью ректального зеркала.

112.При исследовании прямой кишки не используют метод обследования

- 1 – пальцевое исследование;
- 2 – УЗИ;
- 3 – влагалищное исследование;
- 4 – аноскопию;
- 5 – ректороманоскопию.

113. К рентгенологическим симптомам рака прямой кишки не относят

- 1 – дефект наполнения;
- 2– раздавленную гаустрацию;
- 3– дополнительную тень на фоне воздуха;
- 4– расширение кишки выше поражённого сегмента;
- 5– атипическую перестройку слизистой оболочки.

114.Не относят к предраковым заболеваниям прямой кишки

- 1– диффузный полипоз;
- 2– железистые полипы;
- 3– ворсинчатые полипы;
- 4– аденоматозные полипы;
- 5– геморрой.

115.Не относят к предраковым заболеваниям прямой кишки

- 1– болезнь Гиршпрунга;
- 2– болезнь Крона;
- 3– неспецифический язвенный колит;
- 4– диффузный полипоз;
- 5– семейный полипоз.

116.Наиболее частой формой рака прямой кишки является

- 1– слизистый;
- 2– аденокарцинома;
- 3– плоскоклеточный;
- 4– скирр;
- 5– солидный.

117.Не относят к характерным симптомам рака прямой кишки

- 1– ректальные кровотечения;
- 2– расстройства акта дефекации;
- 3– тенезмы;
- 4– чувство неполного опорожнения после дефекации;
- 5– боли в области заднего прохода при дефекации.

118. К осложнениям рака прямой кишки не относят

- 1– обтурационную непроходимость;
- 2– перфорацию стенки кишки;
- 3– вовлечение в опухолевый процесс мочеточников;
- 4– образование анальной трещины;
- 5– формирование свищей с соседними органами.

119. Какие симптомы могут возникать при травме органов брюшной полости

- 1– перитонит;
- 2– кровотечение;
- 3– шок;
- 4– все вышеперечисленные.

120. При проникающих ранениях живота допустимы ли манипуляции в самой ране

- 1– да;
- 2– нет.

121. Последовательность стадий течения перитонита

- 1 – токсическая, реактивная, терминальная;
- 2 – реактивная, токсическая, терминальная;
- 3 – реактивная, терминальная, токсическая.

122. Наличие свободного газа при перитоните на обзорной рентгенограмме брюшной полости наблюдается при

- 1– анаэробной инфекции брюшной полости;
- 2– перфорации полого органа;
- 3– паралитической кишечной непроходимости.

123. Патогномоничными симптомами со стороны брюшной стенки при перитоните являются

- 1– вздутие живота и положительный симптом Щёткина-Блюмберга;
- 2– защитное мышечное напряжение, положительный симптом Щёткина-Блюмберга;
- 3– асимметрия живота, положительный симптом Щёткина-Блюмберга.

124. Наиболее трудным для ранней диагностики является перитонит

- 1– при язвенной болезни, осложнённой перфорацией;
- 2– послеоперационный перитонит;
- 3– желчный перитонит.

125. При пальцевом исследовании прямой кишки при пельвиоперитоните в реактивной стадии определяется

- 1– болезненность передней стенки прямой кишки;
- 2– инфильтрат в малом тазу;
- 3– положительный симптом «обуховской больницы».

126. При влагалищном исследовании в условиях разлитого перитонита в терминальной стадии определяется

- 1– болезненность и нависание сводов;
- 2– положительный симптом Промптова;
- 3– гнойные выделения.

127. Реактивная стадия перитонита развивается в следующие сроки от начала заболевания

- 1– первые 24 часа;
- 2– 24-72 часа;
- 3– свыше 72 часов.

128. Терминальная стадия перитонита развивается в следующие сроки от начала заболевания

- 1– первые 24 часа;
- 2– 24-72 часа;
- 3– свыше 72 часов.

129. Токсическая стадия перитонита развивается в следующие сроки от начала заболевания

- 1– первые 24 часа;
- 2– 24-72 часа;
- 3– свыше 72 часов.

130. Непосредственной причиной смерти после операции по поводу перитонита являются

- 1– прогрессирующий перитонит, пневмония, тромбоэмболические осложнения, полиорганная недостаточность;
- 2– межкишечный абсцесс, острые эрозии и язвы желудочно-кишечного тракта, осложнённые кровотечением, спаечная болезнь брюшной полости;
- 3– несостоятельность швов кишечника, паралитическая кишечная непроходимость, поддиафрагмальный абсцесс, эвентрация.

131. Внезапное появление неустойчивой гемодинамики на высоте высокой температуры с потрясающим ознобом указывает на такое осложнение как

- 1– пневмонии с присоединением сердечно-сосудистой недостаточности;
- 2– прорыв межкишечного абсцесса в свободную брюшную полость с последующей клинической картиной разлитого перитонита;
- 3– эндотоксический (септический) шок.

132. Принципиально критериями эффективности предоперационной подготовки при перитоните являются

- 1– интенсивность болей в животе, частота пульса и АД, динамика моторно-эвакуаторных расстройств;
- 2– устойчивость гемодинамики, почасовой диурез, уровень ЦВД;
- 3– уменьшение вздутия живота, прекращение рвоты, улучшение микроциркуляции.

133. Во время операции по поводу тупой травмы живота обнаружен разрыв подвздошной кишки 1,5х0,5 см на расстоянии 1 м от илеоцекального угла, разлитой гнойно-фибринозный перитонит. Ваша тактика

- 1– ушивание дефекта, санация и дренирование брюшной полости;
- 2– ушивание дефекта, санация и дренирование брюшной полости, экстраперитонизация кишки;
- 3– резекция кишки, санация и дренирование брюшной полости.

134. После санации брюшной полости по поводу разлитого гнойно-фибринозного перитонита, перфорации язвы 12-перстной кишки необходимо дренировать брюшную полость. Ваш вариант дренирования

- 1– перчаточный марлевый тампон к 12-перстной кишке, силиконовая трубка в малый таз;
- 2– дренажные трубки в малый таз, левый боковой канал;
- 3– перчаточный марлевый тампон к 12-перстной кишке и в полость малого таза.

135. При фурункуле в первой фазе воспаления применяют всё перечисленное, кроме

- 1– обкалывание фурункула антибиотиком в растворе новокаина;
- 2– физиолечение токами УВЧ;
- 3– вскрытие очага воспаления;
- 4– высококалорийное питание;
- 5– иммунокорригирующая терапия.

136. Для карбункула верхней губы характерным осложнением является

- 1– сепсис;
- 2– некроз кожи;
- 3– тромбоз мозговых синусов;
- 4– остеомиелит верхней челюсти;
- 5– тромбоз сонной артерии.

137. Надапоневротическая флегмона ладони характеризуется всем перечисленным кроме

- 1– небольшого отёка тыла кисти;
- 2– болезненности при пальпации ладонной поверхности;
- 3– флюктуации;
- 4– резкого ограничения подвижности средних пальцев.

138. Наиболее опасными осложнениями глубокой флегмоны шеи являются все перечисленные, кроме

- 1– гнойного медиастинита;
- 2– гнойного менингита;
- 3– сдавления дыхательных путей;
- 4– прорыва гноя в пищевод;
- 5– сепсиса.

139. Больному сахарным диабетом, получающему инсулин, при лечении гнойной раны

- 1– показано применение протеолитических ферментов (трипсина, химотрипсина);
- 2– не показано применение ферментов;
- 3– применение ферментов решается индивидуально.

140. Отделяемое ран при анаэробной инфекции

- 1 – гнойное;
- 2– серозно-геморрагическое;
- 3– отсутствует.

141. Характерными признаками анаэробной инфекции являются

- 1– стойкие боли и отёк мягких тканей, окружающих рану;
- 2– высокая температура;
- 3– увеличение гнойного отделяемого из ран;
- 4– раннее появление желтухи, олигоанурия.

142. Дополнительными методами, подтверждающими наличие анаэробной инфекции являются

- 1– рентгенография конечностей;
- 2– бактериоскопия;
- 3– биохимическое исследование крови;
- 4– анализ мочи на свободный гемоглобин.

143. При клостридиальной инфекции рана покрыта

- 1 – фибрином, отделяемое серозное; 2 – фибрином, отделяемое гнойное, ткани с участками некроза;
- 3 – налётом грязно-сероцвета, отделяемое серого, коричневого характера, из раны выбухают мышцы тусклого цвета;
- 4– тусклыми грануляциями, отделяемое серозно-гнойное;
- 5– гнойным отделяемым, перифокальная гиперемия кожных покровов, незначительный отёк тканей.

144. Какова тактика врача при остром аппендиците

- 1 – консервативная терапия;
- 2 – консервативная терапия, операции при деструктивных формах;
- 3 – экстренная операция вне зависимости от формы острого аппендицита.

145. Какому методу обезболивания следует отдать предпочтение при остром аппендиците у детей

- 1– местная анестезия;
- 2– общее обезболивание.

146. Укажите отличительные признаки слепой кишки

- 1– наличие теней;
- 2– наличие брыжейки;
- 3– наличие жировых подвесков.

147. Можно ли лигировать червеобразный отросток шелком, капроном, лавсаном

- 1 – да;
- 2 – нет.

148. Какая форма хронического аппендицита возникает у больного после рассасывания аппендикулярного инфильтрата

- 1– хронический рецидивирующий;
- 2– хронический резидуальный.

149. При выявлении рыхлого аппендикулярного инфильтрата во время аппендэктомии не показано

- 1– проведение операции под общим обезболиванием;
- 2– расширение операционного доступа;
- 3– разделение инфильтрата и выполнение аппендэктомии;
- 4– оставление тампонов в брюшной полости;
- 5– оставление микроирригаторов для антибиотикотерапии.

150. При выявлении плотного инфильтрата во время операции показано

- 1– ревизия брюшной полости;
- 2– разделение инфильтрата;
- 3– проведение аппендэктомии;
- 4– подведение к инфильтрату резинового дренажа.

151. Плановая аппендэктомия выполняется

- 1 – не ранее чем через 2 недели;
- 2 – спустя 1 месяц;
- 3 – по истечении 3-4 месяцев;
- 4 – через 2-3 месяца;
- 5 – не ранее 6-8 месяцев.

152. На каком расстоянии от пилорического жома в двенадцатиперстной кишке находится большой дуоденальный сосочек (в см):

- 1 – 3-6;
- 2 – 6-8;
- 3 – 8-12;
- 4 – более 12

153. Какое вещество является главной составной частью желчных камней?

- 1 – холестерин;
- 2 – желчные пигменты;
- 3 – соли кальция.

154. Какова тактика при хроническом бескаменном холецистите?

- 1 – лечение оперативное;
- 2 – лечение консервативное;
- 3 – лечение консервативное, но при нарушении моторно-эвакуаторной функции показана плановая операция.

155. Какова тактика хирурга при остром холецистите, если отсутствуют симптомы раздражения брюшины

- 1 – неотложная операция;
- 2 – консервативное лечение;
- 3 – динамическое наблюдение, на фоне консервативной терапии, при отсутствии эффекта – операция, при купировании приступа – операция в «холодном периоде» (5-6 дней).

156. Какова тактика хирурга при остром холецистите с явлениями перитонита

- 1 – экстренная операция;
- 2 – консервативное лечение;
- 3 – консервативное лечение, при отсутствии эффекта – операция.

157. Назовите характер покровного эпителия слизистой желудка

- 1 – многослойный плоский неороговевающий эпителий;
- 2 – многослойный плоский ороговевающий эпителий;
- 3 – однослойный цилиндрический эпителий.

158. Назовите объём операции у больного с перфорацией язвы двенадцатиперстной кишки, поступившего через 6 часов с момента возникновения осложнения с явлениями перитонита

- 1 – ушивание язвы;
- 2 – ваготомия, иссечение язвы, дренирующая операция;
- 3 – резекция желудка.

159. Что означает понятие «острый геморрой»

- 1 – криптит;
- 2 – папиллит;

- 3– тромбоз, выпадение и ущемление геморроидальных узлов;
- 4– сфинктерит;
- 5– острое воспаление геморроидальных узлов.

160. Укажите минимальный объём резекции, который должен быть выполнен при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки

- 1– $\frac{1}{2}$ желудка;
- 2– $\frac{2}{3}$ желудка;
- 3– $\frac{3}{4}$ желудка.

161. Укажите возможный минимальный объём резекции при язвенной болезни желудка

- 1 – $\frac{1}{2}$ желудка;
- 2 – $\frac{2}{3}$ желудка;
- 3 – $\frac{3}{4}$ желудка.

162. Выберите оптимальную схему резекции при язвенной болезни желудка

- 1– резекция по Бильрот I;
- 2– резекция по Гофмейстеру-Финстереру;
- 3– резекция по Ру.

163. Укажите сроки полного восстановления моторной функции желудка у больных после перенесённой ваготомии (в месяцах)

- 1 – до 1;
- 2 – 2-3;
- 3 – 4-6;
- 4 – 7-12

164. Задача: больной 75 лет, поступил в отделение с клинической картиной перитонита с давностью 2 суток. Во время операции обнаружен дефект передней стенки желудка ближе к малой кривизне 1 см в диаметре с воспалительным инфильтратом вокруг, разлитой гнойный перитонит. Ваша тактика

- 1– резекция $\frac{2}{3}$ желудка;
- 2– селективная проксимальная ваготомия;
- 3– селективная проксимальная ваготомия с дренирующей операцией;
- 4– ушивание перфорационного отверстия.

165. Для лейомиомы желудка характерно всё, кроме

- 1– встречается реже, чем полипы;
- 2– составляют 30-36% от всех доброкачественных опухолей;
- 3– имеют тенденцию к изъязвлению и кровоизлияниям;
- 4– оперативное лечение по показаниям.

166. Назовите одну, наиболее частую болезнь оперированного желудка

- 1– демпинг-синдром;
- 2– агастральная астения;
- 3– пептическая язва анастомоза;
- 4– гастрит культи желудка;
- 5– рубцовые сужения и деформации анастомоза;
- 6– гипогликемический синдром;
- 7– диарея;
- 8– анастомозит.

167. Диагностика демпинг-синдромов основан на

- 1– клинических проявлениях заболевания;
- 2– анамнезе;
- 3– данных рентгенконтрастного исследования желудочно-кишечного тракта;
- 4– исследовании кислотопродуцирующей функции желудка;
- 5– результатах провокационного теста с 50% раствором глюкозы.

168. Из названной патологии наиболее вероятной причиной развития механического синдрома приводящей петли является

- 1– перидуоденит;
- 2– высокая фиксация приводящей петли к культе желудка;
- 3– перидуоденальный лимфаденит;
- 4– спаечный процесс вокруг двенадцатиперстной кишки;
- 5– дивертикул двенадцатиперстной кишки.

169. Прогрессированию местных изменений в поджелудочной железе и распространению некротического процесса как в самой поджелудочной железе, так и в окружающих тканях, забрюшинном пространстве, брюшной полости, способствует

- 1– трипсинемия;
- 2– уклонение ферментов;
- 3– внутриклеточная активация протеолитических ферментов;
- 4– усиление кровотока в поджелудочной железе;
- 5– ацидоз.

170. Наибольшим обезболивающим эффектом при остром панкреатите обладает

- 1 – введение морфия внутримышечно;
- 2 – блокада круглой связки печени раствором новокаина;
- 3 – перидуральная блокада;
- 4 – внутривенное введение раствора новокаина;
- 5 – эпидуральная анестезия.

171. Ведущим способом лечения при остром панкреатите является

- 1– хирургический;
- 2– консервативный;
- 3– местная криодеструкция железы;
- 4– сочетание форсированного диуреза и антиферментной терапии;
- 5– сочетание антибактериальной и антиферментной терапии.

172. К развитию острого панкреатита могут привести

- 1 – тупая травма живота;
- 2 – операционная травма поджелудочной железы;
- 3 – ущемленный камень большого дуоденального сосочка;
- 4 – стриктура большого дуоденального сосочка;
- 5 – все выше перечисленные причины.

173. К развитию панкреатической гипертензии может привести

- 1– камни желчного пузыря;
- 2– камень общего печеночного протока;
- 3– камень пузырного протока;
- 4– ущемленный камень большого дуоденального сосочка;
- 5– все выше перечисленные причины.

174. Желтуха у больных острым панкреатитом может быть обусловлена

- 1– сдавлением общего желчного протока тканью поджелудочной железы;
- 2– дуоденостазом;
- 3– холедохолитиазом;
- 4– панкреатогенным гепатитом;
- 5– все выше перечисленные причины.

175. Через сколько месяцев следует ожидать закрытие свища, если нет затруднений к оттоку панкреатического сока естественным путём

- 1– 1-2;
- 2– 3-4;
- 3– 5-6;
- 4– 7-8;
- 5– 9-10.

176. При какой локализации опухоли в поджелудочной железе возникает симптом Курвуазье

- 1– в головке;
- 2– в теле;
- 3– в хвосте.

177. Альвеококкозом можно заразиться от

- 1– грызунов при дератизации;
- 2– разделки туши лося;
- 3– человека;
- 4– крупного рогатого скота при разделке туши;
- 5– собаки.

178. У больного 38 лет через 1,5 года после грыжесечения по поводу левосторонней паховоомошоночной грыжи, наступил рецидив грыжи. Ваши действия

- 1– наблюдение и операция при очередном ущемлении;
- 2– операция при увеличении объёма грыжи;
- 3– диета, исключение поднятия тяжестей;
- 4– плановая (повторная) операция;
- 5– постоянное ношение бандажа.

179. Слабыми участками брюшной стенки являются

- 1– паховая область;
- 2– пупок;
- 3– окологрудиная область;
- 4– белая линия живота;
- 5– все перечисленные области.

180. Грыжу называют скользящей, когда в грыжевом мешке окажется

- 1– большой сальник;
- 2– подвздошная кишка;
- 3– стенка мочевого пузыря;
- 4– тощая кишка;
- 5– жировой подвесок толстой кишки.

181. Задней стенкой пахового канала является

- 1– париетальная брюшина;

- 2– прямая мышца;
- 3– внутренняя косая мышца живота;
- 4– поперечная мышца;
- 5– поперечная фасция.

182. Верхней стенкой пахового канала является

- 1– паховая связка;
- 2– прямая мышца;
- 3– поперечная фасция;
- 4– свободный край внутренней косой и поперечной мышц живота;
- 5– апоневроз наружной косой мышцы живота.

183. Нижняя стенка пахового канала представлена

- 1– прямой мышцей;
- 2– поперечной фасцией;
- 3– внутренней косой мышцей живота;
- 4– паховой связкой;
- 5– горизонтальной ветвью лобковой кости.

184. Функциональная непроходимость кишечника делится на

- 1– странгуляционную и обтурационную;
- 2– на инвагинационную и странгуляционную;
- 3 – на паралитическую и токсическую;
- 4 – на паралитическую и спастическую;
- 5 – на спастическую и токсическую.

185. Симптом Валя заключается

- 1 – в визуально определяемой раздутой петле кишечника, контурирующей через переднюю брюшную стенку;
- 2– в раздутой, визуально определяемой поперечно-ободочной кишке;
- 3– в бурной, визуально определяемой перистальтике;
- 4– в урчании, определяемом аускультативно у места обтурации кишки;
- 5– в западении в правой подвздошной области, определяемом пальпаторно.

186. Пальцевое исследование прямой кишки показано

- 1 – при низкой непроходимости кишечника;
- 2 – при толсто-тонкокишечной инвагинации;
- 3 – при выпадении инвагината через прямую кишку;
- 4– при ректальном кровотечении;
- 5– при всех случаях.

187. К рентгенологическим признакам непроходимости кишечника относятся

- 1– чаши Клойбера;
- 2– кишечные аркады;
- 3– складки Керкрингера;
- 4– пневматоз кишечника;
- 5– все перечисленное.

188. Чашами Клойбера называются

- 1 – скопление газа в разных местах кишечника;
- 2 – горизонтальные уровни жидкости с просветлением над ними;
- 3 – поперечная исчерченность тонкой кишки при перерастяжении её газами;

- 4 – наличие округлых теней в просвете кишечника;
- 5 – скопления контрастного вещества в кишечнике, напоминающие «перевернутые чаши».

189. В каком из перечисленных отделов желудочно-кишечного тракта чаще всего наблюдается заворот

- 1 – в тонкой кишке;
- 2 – в слепой кишке;
- 3 – в сигмовидной кишке;
- 4 – в поперечно-ободочной кишке.

190. Больной, 35 лет, ранее оперированный по поводу язвенной болезни желудка, обратился с жалобами на резкие приступообразные боли в животе, рвоту. При осмотре: пульс 90 уд. в минуту. Язык сухой, живот вздут, болезненный во всех отделах. Определяется «шум плеска». Симптом Щёткина-Блюмберга сомнительный. Стул был 3 часа назад. Ваш диагноз

- 1 – обострение язвенной болезни;
- 2 – перфорация язвы гастроэнтероанастомоза;
- 3 – острая кишечная непроходимость;
- 4 – синдром приводящей петли;
- 5 – острый панкреатит.

191. Что является начальным механизмом развития странгуляционной кишечной непроходимости

- 1 – сосудистый фактор;
- 2 – нарушение пассажа по кишке;
- 3 – нарушение пассажа и сосудистый фактор одновременно;
- 4 – нарушение перистальтики;
- 5 – расстройство нервной регуляции.

192. Что относится к смешанной форме острой кишечной непроходимости

- 1 – инвагинация и спаечная кишечная непроходимость;
- 2 – паралитическая и спастическая форма;
- 3 – заворот тонкой кишки;
- 4 – заворот толстой кишки;
- 5 – ущемление в области связки Трейтца.

193. Показание к экстренной операции при острой механической кишечной непроходимости

- 1 – появление чаш Клойбера;
- 2 – рвота, обезвоживание;
- 3 – задержка стула, газов;
- 4 – отсутствие эффекта от проводимой консервативной терапии;
- 5 – перитонит.

194. Чем образуется воротная вена

- 1 – слиянием верхней и нижней брыжеечной вен;
- 2 – слиянием верхней брыжеечной и селезёночной вен;
- 3 – слиянием брыжеечной и селезёночной вен.

195. Гиперспленизм – это

- 1 – увеличение селезёнки;
- 2 – увеличение селезёнки при портальной гипертензии;

- 3– нарушение функции селезёнки;
- 4– наследственное заболевание.

196. Укажите наиболее характерный путь проникновения инфекции при абсцессе селезёнки

- 1– гематогенный;
- 2– контактный;
- 3– воздушно-капельный;
- 4– алиментарный.

197. Инфаркт селезёнки возникает вследствие следующих состояний, кроме

- 1 – отхождение тромба из аорты;
- 2 – при пороках сердца;
- 3 – при риккетсиозах;
- 4 – при декомпенсации кардиосклероза.

198. Для какого заболевания характерно раннее образование спаек с соседними петлями, лимфоцитоз, эозинофилия, обызвествление лимфатических узлов

- 1– болезнь Крона;
- 2– туберкулёз кишечника;
- 3– неспецифический язвенный колит;
- 4– мезентериальный лимфаденит;
- 5– лимфогранулематоз.

199. Основная триада клинических признаков неспецифического язвенного колита

- 1 – боль в животе, диарея, выделение крови с калом;
- 2 – боль в животе, тенезмы, метеоризм;
- 3 – диарея, мелена, недержание стула и газов;
- 4 – боль в животе, запоры, мелена.

200. Кровоснабжение прямой кишки осуществляется

- 1– одной артерией;
- 2– двумя артериями;
- 3– тремя артериями;
- 4– четырьмя артериями;
- 5– пятью артериями.

ординаторов по дисциплине «Хирургия»

[illegible]

Ситуационные задачи по дисциплине «Хирургия»

Ситуационная задача №1

В приемное отделение больницы обратился больной 62 лет с жалобами на приступы кашля во время приёма жидкой пищи. Два месяца назад ему установлен диагноз – рак верхней трети пищевода. Получил лечебный курс дистанционной гамматерапии.

О каком осложнении может идти речь?

Ответ:

У больного возник пищеводно-трахеальный свищ.

Ситуационная задача №2

У больного 70 лет, который получал лучевую терапию по поводу рака верхней трети пищевода, после пятого сеанса внезапно появилась острая боль за грудиной с иррадиацией в спину, потом повысилась температура до 39 °С, усилилась дисфагия.

Какое осложнение имеет место?

Ответ:

У больного возникла перфорация опухоли пищевода и в дальнейшем – медиастинит.

Ситуационная задача №3

При поступлении в стационар больной предъявляет жалобы на слюнотечение, затруднённое глотание, поперхивание при глотании пищи.

Какой локализации рака пищевода отвечают данные жалобы?

Ответ

Верхняя треть пищевода.

Ситуационная задача №4

К врачу обратилась женщина 52 лет с жалобами на боль за грудиной, затруднение прохождения твердой пищи по пищеводу, повышенное слюнотечение. Назначено 0,1 % раствор атропина перед приемом пищи. Состояние здоровья нормализовалось. Через 3 дня при рентгеноскопии патологии не обнаружено.

Какая последующая тактика врача?

Ответ

Направление на фиброэзофагоскопию.

Ситуационная задача №5

При рентгенологическом исследовании желудка у больного с подозрением на рак рентгенолог обнаружил сужение просвета тела желудка (с-м "песочных часов").

Какой макроскопической форме роста рака отвечает данная картина?

Ответ

Рентгенологическая картина отвечает инфильтративной форме роста (скир).

Ситуационная задача №6

При лапаротомии у больного раком желудка обнаружена неподвижная опухоль кардиального отдела, которая прорастает в диафрагму и забрюшинное пространство, значительно суживает просвет органа. В печени – множественные метастазы.

Какой оптимальный объём операции в данном случае?

Ответ

Показана симптоматическая операция – гастростомия.

Ситуационная задача №7

Больному выполнена гастрэктомия по поводу рака тела желудка T3N1M0. В программе диспансерного наблюдения запланирован регулярный эндоскопический контроль и определение опухолевого маркера.

Какой опухолюассоциированный антиген избрать для мониторинга?

Ответ

При раке желудка наиболее информативным является раково-эмбрионный антиген (РЕА).

Ситуационная задача №8

При лапаротомии у больного раком желудка обнаружена опухоль антрального отдела, которая перекрывает выход из желудка, прорастает в мезоколон, инфильтрирует печёчно-дуоденальную связку, головку поджелудочной железы. Желудок переполнен жидкостью. В печени – множественные метастазы.

Какой объём операции?

Ответ

Необходимо выполнить симптоматическую операцию – обходную гастроэнтеростомию

Ситуационная задача №9

Больной 59 лет. Жалобы на тупую боль в эпигастрии, не связанную с приёмом пищи, отрыжку воздухом. Считает себя больным в течение 9 лет. Лечился по поводу атрофического гастрита, последний курс лечения прошел месяц назад без эффекта. Объективно: кожа бледная, периферические л/в не увеличены; живот мягкий, болезненный в эпигастрии, печень – около края рёберной дуги. Пальцевое исследование прямой кишки – в параректальной клетчатке обнаружено плотно-эластичное образование до 3 см в диаметре.

Какой предварительный диагноз?

Ответ

Рак желудка.

Ситуационная задача №10

Больная, 38 лет, жалуется на жидкий стул со слизью и кровью до 6-8 раз в сутки, боли в животе, больше слева в подвздошной области, тенезмы, субфебрильную температуру, снижение веса, слабость. Из анамнеза известно, что страдает данным заболеванием 3 года, заболевание имеет тенденцию к рецидивированию. Объективно : бледность кожных покровов, умеренная тахикардия до 100 уд/мин., болезненность при пальпации живота по ходу нисходящей толстой кишки, которая пальпируется в виде болезненного спазмированного тяжа в диаметре 3 см. В анализе крови : гемоглобин 90 г/л лейкоциты 10,0 СОЭ 30 мм гамма-глобулинов 28,2%. При ирригоскопии - сглаженность рельефа слизистой нисходящего отдела толстой кишки, отсутствие гаустраций. Кишка спазмирована, отмечается контактное кровотечение, осмотр затруднен.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Назначьте лечение.

Ответ

1. Язвенный колит, хроническое рецидивирующее течение, фаза обострения, средне – тяжелая форма, активность II-IIIc поражением нисходящего отдела толстой кишки. Осложнение: железодефицитная анемия.
2. Стол 4а, преднизолон 40 мг в день в течение недели с дальнейшим снижением, сульфасалазин или салазидин по 2 таблетки 4 раза в день, микроклизмы с преднизолоном (20 мг) или с гидрокортизоном (125 мг), при необходимости гидрокортизон внутривенно (125 мг), препараты железа, лечение сопутствующего дисбактериоза.

Ситуационная задача №11

Больной, 37 лет, жалуется на ректальное кровотечение, небольшие боли внизу живота, слабость, головокружение. Из анамнеза известно, что в 20-летнем возрасте перенес какое-то заболевание, проявившееся кровавым поносом. Затем периодически повторялись кровотечения, которые объясняли геморроем. Не обследовался, месяц назад появились боли в животе. Объективно : состояние больного средней тяжести, отмечается бледность кожных покровов и слизистых, одышка, тахикардия до 100 уд/мин.. Язык обложен, влажный. Живот вздут, болезненность при пальпации толстой кишки, сигмовидная кишка пальпируется в виде болезненного шнура. Температура тела 37,4 С.

1. Назовите заболевания, которые дают подобную картину и порядок диагностики.
2. Назначьте лечение.

Ответ .

1. Подобная картина заболевания может быть при язвенном колите, болезни Крона, туберкулезе кишечника, опухоли кишечника, постинфекционном колите, внутреннем геморрое. В плане диагностики необходимо следующее: осмотр хирурга; пальцевое исследование прямой кишки; обзорная рентгеноскопия органов брюшной полости; УЗИ внутренних органов; колоноскопия (включая ректороманоскопию, биопсия); кал на копрологию, дисбактериоз, гельминты; анализ крови общий и биохимические анализы.
2. Лечение после верификации диагноза.

Ситуационная задача №12

Больной, 38 лет, геолог по профессии, после летнего экспедиционного сезона на фоне хорошего самочувствия случайно обнаружил кровь в кале. К врачам не обращался. Через 2-3 недели после поднятия тяжести отметил резкое ухудшение в самочувствии - стал утомляться, ухудшился аппетит, появились боли в суставах и болезненные синюшно-розовые узлы на обеих голених возвышающиеся над кожей. Участился стул с болезненными тенезмами до 10-15 раз со слизью и кровью. Объективно : бледен, на голених элементы узловатой эритемы. Температура тела 37,8 С. Пальпаторно отмечается болезненность по ходу толстой кишки, пальпируется болезненная спазмированная сигма. Симптомы раздражения брюшины отсутствуют. Тоны сердца ритмичные, тахикардия с ЧСС 89 уд/мин. Дыхание везикулярное. Анализ крови : гемоглобин 108 г/л эритроциты 2,5 тромбоциты 200,0 СОЭ 36 мм. Общий белок 70 г/л, альбумины 60% гамма-глобулины 30%. При микроскопии кала обнаружены слизь, лейкоциты, эритроциты, клетки кишечного эпителия. Ректороманоскопия : слизистая прямой кишки отечна, воспалена, гиперемирована, отмечаются гнойно-геморрагические наложения, контактная кровоточивость, эрозии и изъязвления. Ирригоскопия : сглаженность рельефа слизистой, отсутствие гаустраций, множественные язвы.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Наметьте план лечения.
4. Определите трудоспособность и прогноз.

Ответ

1. Язвенный колит впервые выявленный, проктосигмоидит, средне – тяжелая форма, активность II-III. Узловатая эритема. Осложнение: железодефицитная анемия.
2. Дифференцировать в первую очередь необходимо с болезнью Крона
3. Стол 4а, преднизолон 40 мг в день с последующим снижением, сульфасалазин или салазодин по 2 – 4 гр в день, микроклизмы с преднизолоном (20мг) или гидрокортизоном (125мг) дважды в день, при необходимости гидрокортизон внутривенно по 125 мг, препараты железа, лечение дисбактериоза при его подтверждении.

4. 4.В момент обострения – нетрудоспособен, в дальнейшем профессию геолога необходимо сменить. Прогноз сомнителен.

Ситуационная задача №13

У больной, 35 лет, периодически появляются схваткообразные боли в животе, частый жидкий стул со слизью и кровью. Объективно : на фоне значительного похудания, слабости и гиповитаминоза тахикардия. При ректороманоскопии слизистая кишки отечна и гиперемирована, кровоточит, множественные язвы. Гемоглобин 75 г/л СОЭ 60 мм.

- 1.Поставьте диагноз.
2. Назначьте лечение.

Ответ

1. Диагноз можно поставить только после обследования. Дифференцировать следует: язвенный колит, болезнь Крона, опухоль кишечника, туберкулез кишечника.
2. Патогенетическое лечение провести после уточнения диагноза. На данный момент лечение симптоматическое: диета 4, противодиарейные препараты (смекта по 3 – 4 пакетика в сутки, имодиум (лоперамид) 4 мг одномоментно, затем по 2 мг после дефекации, регидратационные растворы, препараты железа.

Ситуационная задача №14

У 20-летней больной на фоне длительного стресса появился кровавый понос с частотой за сутки до 20 раз. При эндоскопическом исследовании слизистая в виде “ губки “ розового цвета, толстая, пористая, поры заполнены кровью, при дотрагивании - контактное кровотечение. Анализ кала на дизгруппу отрицательный.

1. наиболее вероятный диагноз ?

Ответ к задаче № 5.

1. Наиболее вероятен диагноз язвенный колит, острая форма.

Ситуационная задача №15

При рентгенологическом исследовании больного с патологией кишечника обнаружено : потеря гаустраций, сужение просвета, рельеф слизистой “ мраморной окраски “ - неравномерно контрастируется на всем протяжении, прослеживаются округлые образования в виде дефектов наполнения - псевдополипы.

1. Назовите предварительный диагноз.

Ответ к задаче № 6.

1. Язвенный колит, хроническое течение. Тотальное поражение толстой кишки. Осложнение: псевдополипоз.

Ситуационная задача №16

У больного, 26 лет, частый жидкий стул с примесью крови, боли в правой подвздошной области. Здесь же пальпируется плотная кишка. При рентгенографии подвздошная кишка имеет вид “ струны “. Гемоглобин 96 г/л СОЭ 36 мм.

1. Назовите предварительный диагноз.

Ответ.

1. Предварительный диагноз болезнь Крона, хроническое течение с поражением слепого отдела толстой кишки, активность II степени. Железодефицитная анемия.

Ситуационная задача №17

У больной, 25 лет, 2 года назад во время приступа болей в правой половине живота, сопровождавшегося повышением температуры до 39 С, была проведена аппендэктомия. Через полгода после операции боли в правой половине живота возобновились. Последующие 2 года больная периодически лечилась в стационаре с диагнозом

хронический энтероколит с переменным успехом. При очередной госпитализации при пальпации живота - болезненность в правой подвздошной области, там же пальпируется инфильтрат плотно-эластической консистенции. Ирригоскопия : в области баугиниевой заслонки определяется инфильтрат, распространяющийся на слепую кишку и терминальный отдел подвздошной кишки. Отмечается расширение приводящих петель подвздошной кишки, усиление перистальтики, наличие в них небольшого количества газа, что указывает на нарушение проходимости.

1. Ваш диагноз ?
2. С какими заболеваниями будете проводить дифференциальную диагностику ?

Ответ

1. Болезнь Крона
2. Дифференцировать с опухолью прямой кишки (колоноскопия с биопсией, при необходимости – лапароскопия).

Ситуационная задача №18

В клинику поступила больная, 38 лет, с жалобами на слабость, утомляемость, головокружение, поносы до 5-6 раз в сутки иногда с примесью крови, боли в животе, больше в правой подвздошной области. Больна 8 лет. Объективно : бледность и сухость кожных покровов. Масса тела 45 кг при росте 162 см. Пастозность голеней, хейлит, гингивит. АД 90/60 мм рт.ст. ЧСС 110 уд/мин. При пальпации живота болезненность и напряжение мышц в правом нижнем квадранте. Гемоглобин 90 г/л. Общий белок крови 52 г/л. Снижение уровня сывороточного железа, витаминов С и В12. Колоноскопия : сужение терминального отрезка подвздошной кишки и начального - слепой, резко замедлен пассаж бария. Продолжение колоноскопии затруднено. Гистологически выявлены эпителиоидноклеточные гранулемы с гигантскими клетками Лангханса.

1. Ваш диагноз ?
2. Наметьте тактику лечения.

Ответ

1. Болезнь Крона, хроническое течение, фаза обострения, активность II степени, терминальный илеит. Осложнения: выраженная мальабсорбция, хейлит, гингивит, снижение массы тела. Железодефицитная анемия.
2. Диета 4а с повышенным содержанием белка, салазопрепараты 2 – 4 гр в сутки (салофальк, асакол): при отсутствии эффекта глюкокортикостероиды внутрь и внутривенно, белковые препараты крови, поливитамины, фолиевая кислота 0,02 3 – 4 раза, эктеродез по 100 мл 1 – 3 раза в день, консультация хирурга.

Ситуационная задача №19

У больного, 42 лет, в течение года нарушение стула - запоры с задержкой стула до 4-8 дней. В этот период отмечаются тенезмы с выделением крови или кровавой слизи (ложная диарея). Объективно : кожные покровы бледноваты. Живот при пальпации болезнен в левой подвздошной области, пальпируется плотная болезненная сигма. Эндоскопически : слизистая гиперемирована, отмечаются эрозии, некоторые покрыты фибрином. Взята биопсия.

1. Ваш предварительный диагноз ?
2. Дальнейшая тактика ведения ?

Ответ

1. Предварительный диагноз опухоль толстой кишки, болезнь Крона?
2. Тактика будет зависеть от окончательного диагноза.

Ситуационная задача №20

Больная 30 лет, обратилась по поводу постоянных запоров в течение многих лет. Оправляется с трудом 1 раз в 3-4 дня, каловые массы твердые, без примеси слизи и крови.

В течение 2 месяцев принимает слабительные (пурген). Объективно: без особенностей, за исключением снижения тонуса брюшных мышц. Пальцевое исследование прямой кишки, ирригография без патологических изменений.

1. Вероятная причина запоров?
2. Ваше мнение о приеме слабительных?
3. Ваши рекомендации по медикаментозному лечению и их обоснование?
4. Ваши советы по диете?
5. Какие другие рекомендации?

Ответ

1. Хронический запор функционального происхождения.
2. Прекратить прием пургена и других раздражающих слабительных (касторовое масло, солевые слабительные, экстракты крушины и др.)
3. Можно рекомендовать периодический прием вазелинового масла во время еды. Пара-финовое масло улучшает кишечный транзит без раздражения кишечника и не препятствует всасыванию жирорастворимых витаминов.
4. Продукты, богатые клетчаткой, при каждой еде: хлеб с отрубями, зеленые овощи, салат, свежие фрукты, сухофрукты, обильное питье.
5. Ежедневные гимнастические упражнения для брюшного пресса; питье холодной воды натощак; дефекация в одно и то же время.

Ситуационная задача №21

Больная 32 лет. В течение нескольких лет беспокоят боли, ощущения вздутия и распиравания в животе, чередование запоров с поносами, иногда с выделением слизи. Объективно: язык обложен у корня белым налетом. Живот вздут, при пальпации болезненный в области пупка и по ходу толстого кишечника, плеск и урчание в области слепой кишки. Печень и селезенка не увеличены. Анализ крови: Hb - 128 г/л, лейкоц. - 6.8·10⁹/л, СОЭ - 12 мм/час.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Необходимые исследования для подтверждения диагноза?
3. Лечебная тактика?

Ответ

1. Хронический энтероколит. Возможен синдром раздраженного кишечника.
2. Колоноскопия, анализ кала, анализ крови.
3. Диета: стол №4. Спазмолитики.

Ситуационная задача №22

Девушка 18 лет, поступила по поводу отеков на голенях и общую слабость. 3 года назад поносы, находили анемию, назначенное лечение (диета) соблюдала нерегулярно. Отеки появились 3 недели назад. Объективно: пониженного питания (рост - 165 см, масса тела - 46 кг), бледная. Отеки голеней и стоп мягкие, безболезненные, без признаков воспаления. Пульс - 100 в минуту, на верхушке систолический шум без иррадиации. АД - 100/75 мм рт. ст. Анализ крови: Hb - 90 г/л, железо - 6 мкмоль/л, общий белок - 46 г/л, натрий - 144 ммоль/л, калий - 2.8 ммоль/л, кальций - 1.6 ммоль/л. Анализ мочи: норма. ЭКГ: диффузное уплощение зубцов Т. Рентгенография грудной клетки без особенностей.

1. Возможная причина отеков?
2. Какая возможная причина гипопроteinемии?
3. Как объединить все симптомы? О каком заболевании можно думать?
4. Какие дополнительные исследования требуются?
5. Ваши назначения по лечению

Ответ

1. Отеки означают гипергидратацию и могут происходить от трех основных причин. Тахикардия, систолический шум на верхушке и изменения ЭКГ позволяют думать о

возможности заболевания сердца с застойной правожелудочковой недостаточностью. Однако, нормальные размеры сердца, отсутствие гепатомегалии это предположение исключают. Декомпенсированный цирроз печени исключается в силу отсутствия других признаков портальной гипертензии и патологии печени. Нефротический синдром может быть установлен в связи с отсутствием протеинурии.

2. При отсутствии болезни печени, почек и достаточном питании наиболее вероятной причиной гипопроteinемии может быть заболевание тонкого кишечника с развитием синдрома мальабсорбции. В этой связи следовало бы при сборе анамнеза обратить большее внимание на поносы и их характер.
3. Синдром мальабсорбции, похудание, гипопроteinемия, отеки. О железодефицитной анемии, дистрофии миокарда.
4. Анализ кала, диастаза мочи, колоноскопии с биопсией слизистой подвздошной кишки (энтерит, целиакия).
5. Больной требуется коррекция нарушенного метаболизма: внутривенное введение глюкозы, хлорида калия, глюконата кальция, витаминов группы В. Показано переливание смеси аминокислот, парентеральное введение препаратов железа. В последующем - подбор диеты, заместительные ферментативные препараты.

Ситуационная задача №23

В клинику поступил больной 62 лет. Из анамнеза выявлено, что в течении ряда лет больной страдает запорами, а в последнее время появились кровотечения из прямой кишки при дефекации. Они непостоянные и необильные. Кровь темная, иногда с примесью слизи. Признаков кишечного дискомфорта и болей внизу живота нет.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие исследования необходимы для его уточнения?

Ответ

1. Предварительный диагноз опухоль толстой кишки, геморрой
2. Ректороманоскопия, колоноскопия с биопсией, ирригоскопия, рентгеноскопия кишечника, кал на копрологию и дисбактериоз, анализы крови общий и биохимические.

Ситуационная задача №24

У больной 25 лет появились проблемы со стулом: частый, жидкий стул в течении нескольких последних недель периодически сменяется запором. Предпринятая медикаментозная терапия неэффективна. Похудела, стала уставать. Случайно обнаружена повышение температуры. Объективно: кожные покровы бледноваты, сухие. Тахикардия 85 уд/мин, систолический шум на верхушке. Живот при пальпации слегка напряжен и болезнен в области пупка.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Назначьте план исследований?

Ответ

1. Синдром раздраженной кишки с поносами и запорами
2. Анализы крови общий и биохимические, кал на копрологию, сахар крови, ЭКГ, пальцевое исследование прямой кишки, ректороманоскопия, колоноскопия, ирригоскопия, УЗИ органов брюшной полости, кал на дисбактериоз, ЭхоКГ, консультация невропатолога.

Ситуационная задача №25

У больного 65 лет на фоне достаточно удовлетворительного состояния возникла резкая боль в животе, преимущественно слева, вздутие, метеоризм, была неоднократная рвота, не приносящая облегчение. Объективно: бледен, живот напряжен, отмечается урчание, шум «плеска». Локально при пальпации живота пальпируется малоподвижное образование в левой подвздошной области. В анализе крови: Нб 80 г/л СОЭ 50 мм.

1. Ваш предварительный диагноз и тактика ведения больного?

Ответ

1. Предварительный диагноз – опухоль толстой кишки, осложнившаяся острой кишечной непроходимостью. Необходима обзорная рентгеноскопия брюшной полости и срочная консультация хирурга.

Ситуационная задача №26

У больного 50 лет после акта дефекации появилась алая кровь, в большом количестве, боль в прямой кишке, слабость. В течении года неоднократно наблюдал небольшое количество крови в кале, отметил снижение трудоспособности.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. План обследования больного

Ответ

1. Предварительный диагноз – опухоль прямой кишки? Внутренний геморрой?
2. Пальцевое исследование прямой кишки, ректороманоскопия, колоноскопия с биопсией, ирригоскопия.

Ситуационная задача №27

У больной 60 лет на фоне немотивированной слабости стали появляться боли в суставах, их припухлость. При обследовании в крови: НЬ 70 г/л, СОЭ 52 мм/ч. В роду по материнской линии отмечаются раковые заболевания.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. План обследования больного?

Ответ

1. Предварительный диагноз – опухоль неуточненной локализации.
2. Необходимо углубленное обследование внутренних органов, в том числе – гинекологическое для поиска неоплазмы.

Ситуационная задача №28

Больной 38 лет поступил в приемное отделение с диагнозом острого аппендицита. Жаловался на резкие схваткообразные боли в правой подвздошной области, тошноту, рвоту. Заболел накануне вечером. Объективно: больной мечется от болей схваткообразного характера. В правой подвздошной области напряжение мышц и резкая болезненность. При глубокой пальпации здесь пальпируется больших размеров инфильтрат.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Тактика ведения больного?

Ответ.

1. Инвагинация слепой кишки.
2. Ирригоскопия, консультация хирурга.

Ситуационная задача №29

Больная 28 лет жалуется на увеличение живота, чувство распирания его в верхнем отделе, тянущие боли по всему животу, неустойчивый стул, слабость, похудание, постоянный субфебрилитет. Считает себя больной около 1,5 месяца. Объективно: состояние тяжелое, истощена. Живот резко увеличен в объеме, в брюшной полости свободная жидкость.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Тактика ведения, лечения

Ответ к задаче № 20.

1. Опухоль брюшной полости.
2. ФГС, ирригоскопия, колоноскопия, УЗИ внутренних органов, лапароскопия

Ситуационная задача №30

Больная 39 лет поступила в клинику по поводу хронического гастрита. В последние 3 года неоднократно подвергалась рентгенологическому исследованию желудка, ДПК и толстого кишечника., изменений обнаружено не было. При поступлении при рентгеноскопии кишечника эвакуация бария началась своевременно. Пассаж по ДПК замедлен. Контрастная масса задерживается в её нисходящем и горизонтальном отделах, выполняя их отдельными скоплениями. Спустя 5 часов видны туго заполненные и расширенные петли верхнего отдела тонкой кишки, ниже на уровне тазового кольца, определяется скопление контрастной массы в виде отдельных комочков. Еще через 3 часа контрастная масса по-прежнему тугозаполняет расширенные петли верхнего отдела тонкой кишки.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Дальнейшая тактика?

Ответ к задаче № 21.

1. Предварительный диагноз – опухоль илеоцекального угла (слепой кишки).
2. Колоноскопия, ирригоскопия, лапароскопия, общеклиническое обследование.

Ситуационная задача №31

Больной 56 лет поступил с жалобами на боли в левой половине живота, ежедневная многократная рвота жидкой массой. Болеет 6 месяцев. В области левой половины нижней губы типичная карциноидная опухоль. Живот мягкий, болезненный. Слева в околоушной области определяется плотная колбасовидная опухоль. Реакция Грегерсена резко положительная. При рентгеновском исследовании обнаружен стеноз тонкой кишки.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Ваша дальнейшая тактика?

Ответ к задаче № 22.

1. Предварительный диагноз – рак желудка 4 ст. с метастазами в лимфоузлы (вириховская железа). Не исключается мультицентрический рак нижней губы.
2. Биопсия или мазок с карциноидной опухоли. Пункция вириховской железы. ФГС с биопсией. Консультация онколога.

Ситуационная задача №32

У мужчины 40 лет появился ахоличный стул и темная моча, а через несколько дней – желтушное окрашивание кожи и склер. Из анамнеза известно, что шесть месяцев назад пациенту произведен остеосинтез в связи с переломом бедра.

Объективно: живот обычной формы, при пальпации умеренно болезненный в области правого подреберья, печень увеличена на 3-4 см ниже реберной дуги. Симптом Ортенера слабо положительный, симптом Щеткина-Блюмберга, Курвуазье отрицательные. Отмечается желтушное окрашивание кожи и склер.

Лабораторные показатели: общий билирубин 68,4 мкмоль/л; прямой билирубин 51,3 мкмоль/л; АлТ 75 МЕ/л; амилаза крови 32 МЕ/л; АТ к HBS-Ag отрицательный.

УЗИ: холедох расширен до 1 см, умеренное растяжение желчного пузыря, содержащего осадок. Печень увеличена, с явлениями гепатоза, незначительно расширенными внутрипеченочными протоками. Головка поджелудочной железы обычных размеров.

Ваш предварительный диагноз?

Дифференциальная диагностика.

Нужны ли дополнительные методы исследования? Если да, то какие?

Тактика и план лечения?

Ответ:

У больного не исключается механическая желтуха. Необходима дифференциальная диагностика с гепатитом, с опухолью панкреато-дуоденальной зоны. В плане уточнения диагноза и причины механической желтухи необходимо ЭРПХГ или чрескожная,

чрезпупочная холеграфия. При наличии механической желтухи показано срочное хирургическое лечение (холецистэктомия, холедохолитотомия, дренирование холедоха или эндоскопическая папиелотомия, удаление конкрементов, вторым этапом – холецистэктомия; при опухоли панкреато-дуоденальной зоны – билидигестивный анастомоз).

Ситуационная задача №33

Больная 59 лет поступила в клинику с умеренно выраженными болями в области правого подреберья. Из анамнеза известно, что заболела 3 дня назад, когда внезапно появились сильные боли в правом подреберье, иррадиирующие в правую лопатку, тошнота, рвота. Приступ болей продолжался около 3 часов, его удалось купировать введением спазмолитиков. После приступа сохранялись ноющие боли в области правого подреберья. Ранее у больной отмечались подобные приступы болей, но они были менее продолжительными.

Объективно: кожа и склеры глаз обычной окраски, температура тела 36,70С, пульс 76 в минуту, ритмичный, хорошего наполнения. АД 150/80 мм рт. ст. Язык влажный. Живот обычной формы, участвует в акте дыхания. При пальпации живот мягкий, напряжения брюшной стенки не отмечается, в области правого подреберья определяется умеренно болезненное опухолевидное образование размерами 11х5 см с четкими контурами, эластичной консистенции, смещаемость его ограничена. Симптомы Ортнера, Мерфи выражены слабо, симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.

Анализ крови и мочи без отклонений от нормы.

УЗИ: печень не увеличена, желчный пузырь размерами 12х5 см, контуры его четкие, толщина стенки 4 мм, полость гомогенная, в области шейки определяется акустическая тень (конкремент) 0,8х0,9 см.

Какие причины могут привести к появлению опухолевидного образования в правом подреберье?

Ваш предполагаемый диагноз?

План лечения?

Ответ:

К появлению опухолевидного образования в правом подреберье привели обструктивный холецистит, далее возникла водянка желчного пузыря. Больной показано оперативное лечение – холецистэктомия.

Ситуационная задача №34

Больная 55 лет поступила в клинику с жалобами на желтушное окрашивание кожи и склер, кожный зуд, чувство тяжести в правом подреберье и подложечной области, общую слабость, потемнение мочи.

Заболела 3 дня назад, когда впервые внезапно появились сильные боли в правом подреберье и эпигастрии, иррадиирующие в правое надплечье. Приступ продолжался около 2 часов, купировался после внутривенного введения спазмолитиков. Подобный приступ повторился сутки назад. Отмечались тошнота, рвота, повышение температуры тела до 38,0С. Приступ продолжался около 8 часов. На следующий день появилось желтушное окрашивание кожи и склер, кожный зуд; был обесцвеченный кал.

Объективно: кожа и склеры глаз желтушной окраски. Пульс 78 в минуту удовлетворительных качеств. АД 140/80 мм рт. ст. Язык влажный. Живот при пальпации мягкий безболезненный. Печень и желчный пузырь не пальпируются. Симптомы Мерфи, Ортнера, Георгиевского-Мюсси, Щеткина-Блюмберга отрицательные.

Лабораторные показатели: общий билирубин 149 мкмоль/л, прямой билирубин 97 мкмоль/л, непрямой билирубин 52 мкмоль/л; АлАТ 415,3 ед. акт./л, АсАТ 162,2 ед. акт./л; щелочная фосфатаза 109,6 ед. акт./л.

УЗИ: малоинформативно.

Предполагаемая причина желтухи?

Дифференциальная диагностика?

Как уточнить диагноз?

Ответ:

Предварительный диагноз: механическая желтуха. причина – желчно-каменная болезнь. Дифференциальная диагностика: гепатит, рак панкреато-дуоденальной зоны. Уточнить диагноз можно методом ЭРХПГ.

Ситуационная задача №35

Больной 78 лет поступил в клинику на 6 сутки от начала заболевания с жалобами на боли в области правого подреберья, рвоту, общую слабость.

Заболевание началось с приступа сильных болей в области правого подреберья, затем появились тошнота, рвота. Через несколько часов интенсивность болей уменьшилась, появилась общая слабость, повышение температуры тела до 38,0С. Из анамнеза известно, что больной страдает гипертонической болезнью и сахарным диабетом.

Объективно: общее состояние больного средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Температура тела 38,00С. Пульс 90 в мин. удовлетворительных качеств. АД 180/100 мм рт. ст. Язык суховат, обложен сероватым налетом. Живот обычной формы, при пальпации выраженная болезненность в области правого подреберья, здесь же напряжение брюшной стенки. В области правого подреберья пальпаторно определяется болезненное опухолевидное образование 6х5 см, плотной консистенции, с четкими контурами. Симптомы Ортнера, Мерфи, Щеткина-Блюмберга положительные.

Анализ крови: лейкоцитов 14,5х10⁹/л, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, СОЭ 30 мм/ч.

УЗИ: печень не увеличена, желчный пузырь размерами 12х5 см, толщина его стенки 8 мм, в просвете его множественные конкременты размерами от 0,5х0,7 см до 0,2х0,2 см.

Ваш диагноз?

Какую тактику следует избрать врачу?

Назначьте лечение (если консервативное, то какими препаратами; если оперативное, то какая операция более целесообразна).

Ответ:

Острый калькулезный холецистит, эмпиема желчного пузыря. Больному, после предоперационной подготовки показана холецистэктомия, дренирование брюшной полости.

Ситуационная задача №36

Домохозяйка 50 лет доставлена в хирургическую клинику с жалобами на сильные боли в правом подреберье и эпигастрии, тошноту и многократную рвоту, озноб, повышение температуры тела.

Болеет сутки, приступ начался постепенно, через 2 часа после приема жирной пищи. Ранее у больной дважды были аналогичные приступы.

Объективно: больная повышенного питания, частота дыхания 20 в мин., АД 130/80 мм рт. ст., пульс 100 уд. в минуту, ритмичный; температура тела 37,80С. Кожа и слизистые оболочки обычного цвета. Легкие – дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные. Живот мягкий, при пальпации болезненный в правом подреберье, здесь же определяется опухолевидное образование 5х7 см, резко болезненное. Печень у края реберной дуги, при пальпации безболезненна. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.

УЗИ: желчный пузырь увеличен в размерах, толщина стенки 0,4 см, в просвете множественные конкременты 0,3-0,5 см в диаметре. Холедох – 1 см. Печень и поджелудочная железа не изменены.

Анализ крови: лейкоцитов 10,5х10⁹/л, лейкоцитарная формула не изменена, СОЭ 25 мм/час, гемоглобин и эритроциты в пределах нормы. Анализ мочи без отклонений от нормы. Содержание трансаминаз в сыворотке крови в пределах нормы.

Какие причины могут привести к появлению опухолевидного образования в правом подреберье?

Ваш предполагаемый диагноз?

Какую лечебную тактику следует избрать хирургу?

Назначьте лечение (если консервативное, то какими препаратами; если оперативное, то какая операция показана).

Ответ:

К появлению опухолевидного образования в правом подреберье привел обструктивный калькулезный холецистит. Больному показано оперативное лечение в экстренном порядке – холецистэктомия.

Ситуационная задача №37

Женщина 45 лет перенесла обычную холецистэктомию по поводу хронического калькулезного холецистита. Из холедоха было удалено 2 конкремента, в общий желчный проток был установлен Т-образный дренаж. На 7-й день после операции содержание билирубина в сыворотке крови повышено, был приступ спастических болей в области правого подреберья, иррадиирующих в спину. По дренажу оттекает до 800 мл обычного цвета желчи в сутки.

Какова причина болей, возникших на 7-й день после операции?

Каков следующий шаг в ведении больной?

Ответ

Причина появления болей, возникших на 7 день после операции препятствие в холедохе (конкремент), ниже места нахождения дренажа. Необходимо произвести фистулохолангиографию, которая выявит препятствие в холедохе. Можно произвести попытку удаления конкремента через дренаж, если она неудачна, то показано оперативное лечение – релапаротомия, холедохолитотомия, дренирование холедоха.

Ситуационная задача №38

Женщина 30 лет перенесла лапароскопическую холецистэктомию по поводу хронического калькулезного холецистита. Через 72 часа после операции у нее появились боли по всему животу, тошнота, многократная рвота с желчью, слабость.

При осмотре общее состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, АД 100/60 мм рт. ст., пульс 110 в мин., температура тела 38,20С. Живот умеренно вздут, при пальпации мягкий, болезненный во всех отделах, симптомы раздражения брюшины положительные. Перистальтика не выслушивается, газы не отходят. Повязка в области дренажа промокла светлой желчью.

О каких послеоперационных осложнениях можно подумать?

Нужны ли дополнительные методы обследования?

Ваш диагноз?

Тактика и лечение?

Ответ:

Можно думать о послеоперационном желчном перитоните. Больному после кратковременной предоперационной подготовки в экстренном порядке показана релапаротомия, ревизия брюшной полости, поиск источника желчеистечения (ранение протоков, прорезывание лигатуры с культи пузырного протока).

Ситуационная задача №39

Больная 68 лет поступила в клинику с жалобами на сильные боли в правой половине живота, больше в правом подреберье, рвоту, общую слабость.

Заболела 20 часов назад, когда после приема жирной пищи возникли боли в области правого подреберья, тошнота, рвота съеденной пищей. Через 4 часа боли несколько стихли,

но полностью не прошли. Через 18 часов от начала заболевания наступило ухудшение: появились резкие боли в правой половине живота, озноб, повторная рвота.

Объективно: больная заторможена, отмечается цианоз кожных покровов и губ. Температура тела 38,40С. В легких дыхание везикулярное. Границы сердца расширены влево. Пульс 102 в мин., ритмичный, слабого наполнения, АД 100/50 мм рт. ст. Язык сухой, обложен серовато-белым налетом. Живот умеренно вздут, в акте дыхания не участвует, при пальпации мягкий, отмечается ригидность брюшной стенки справа на всем протяжении, выраженная болезненность в правых отделах живота, более выраженная в области правого подреберья. Симптом Щеткина-Блюмберга резко положительный. Симптомы Мерфи, Ортнера выражены. Кишечная перистальтика ослаблена. При ректальном исследовании: выраженная болезненность тазовой брюшины.

Анализ крови: лейкоцитов $18 \times 10^9/\text{л}$, выраженный сдвиг лейкоцитарной формулы влево.

Ваш предполагаемый диагноз?

Какую тактику следует избрать хирургу?

План лечения?

Ответ:

Предоперационный диагноз: острый холецистит, осложненный разлитым перитонитом. После предоперационной подготовки показана экстренная операция лапаротомия, холецистэктомия, санация брюшной полости и ее дренирование.

Ситуационная задача №40

У мужчины 40 лет появился ахоличный стул и темная моча, а через несколько дней – желтушное окрашивание кожи и склер. Из анамнеза известно, что шесть месяцев назад пациенту произведен остеосинтез в связи с переломом бедра.

Объективно: живот обычной формы, при пальпации умеренно болезненный в области правого подреберья, печень увеличена на 3-4 см ниже реберной дуги. Симптом Ортнера слабо положительный, симптом Щеткина-Блюмберга, Курвуазье отрицательные. Отмечается желтушное окрашивание кожи и склер.

Лабораторные показатели: общий билирубин 68,4 мкмоль/л; прямой билирубин 51,3 мкмоль/л; АлТ 75 МЕ/л; амилаза крови 32 МЕ/л; АТ к HBS-Ag отрицательный.

УЗИ: холедох расширен до 1 см, умеренное растяжение желчного пузыря, содержащего осадок. Печень увеличена, с явлениями гепатоза, незначительно расширенными внутрипеченочными протоками. Головка поджелудочной железы обычных размеров.

Ваш предварительный диагноз?

Дифференциальная диагностика.

Нужны ли дополнительные методы исследования? Если да, то какие?

Тактика и план лечения?

Ответ:

У больного не исключается механическая желтуха. Необходима дифференциальная диагностика с гепатитом, с опухолью панкреато-дуоденальной зоны. В плане уточнения диагноза и причины механической желтухи необходимо ЭРПХГ или чрезкожная, чрезпупочная холеграфия. При наличии механической желтухи показано срочное хирургическое лечение (холецистэктомия, холедохолитотомия, дренирование холедоха или эндоскопическая папиелотомия, удаление конкрементов, вторым этапом – холецистэктомия; при опухоли панкреато-дуоденальной зоны – билидигестивный анастомоз).

Ситуационная задача №41

Больная 59 лет поступила в клинику с умеренно выраженными болями в области правого подреберья. Из анамнеза известно, что заболела 3 дня назад, когда внезапно появились сильные боли в правом подреберье, иррадиирующие в правую лопатку, тошнота, рвота. Приступ болей продолжался около 3 часов, его удалось купировать введением

спазмолитиков. После приступа сохранялись ноющие боли в области правого подреберья. Ранее у больной отмечались подобные приступы болей, но они были менее продолжительными.

Объективно: кожа и склеры глаз обычной окраски, температура тела 36,70С, пульс 76 в минуту, ритмичный, хорошего наполнения. АД 150/80 мм рт. ст. Язык влажный. Живот обычной формы, участвует в акте дыхания. При пальпации живот мягкий, напряжения брюшной стенки не отмечается, в области правого подреберья определяется умеренно болезненное опухолевидное образование размерами 11х5 см с четкими контурами, эластичной консистенции, смещаемость его ограничена. Симптомы Ортнера, Мерфи выражены слабо, симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.

Анализ крови и мочи без отклонений от нормы.

УЗИ: печень не увеличена, желчный пузырь размерами 12х5 см, контуры его четкие, толщина стенки 4 мм, полость гомогенная, в области шейки определяется акустическая тень (конкремент) 0,8х0,9 см.

Какие причины могут привести к появлению опухолевидного образования в правом подреберье?

Ваш предполагаемый диагноз?

План лечения?

Ответ:

К появлению опухолевидного образования в правом подреберье привели обструктивный холецистит, далее возникла водянка желчного пузыря. Больной показано оперативное лечение – холецистэктомия.

Ситуационная задача №42

Больная 55 лет поступила в клинику с жалобами на желтушное окрашивание кожи и склер, кожный зуд, чувство тяжести в правом подреберье и подложечной области, общую слабость, потемнение мочи.

Заболела 3 дня назад, когда впервые внезапно появились сильные боли в правом подреберье и эпигастрии, иррадиирующие в правое надплечье. Приступ продолжался около 2 часов, купировался после внутривенного введения спазмолитиков. Подобный приступ повторился сутки назад. Отмечались тошнота, рвота, повышение температуры тела до 38,0С. Приступ продолжался около 8 часов. На следующий день появилось желтушное окрашивание кожи и склер, кожный зуд; был обесцвеченный кал.

Объективно: кожа и склеры глаз желтушной окраски. Пульс 78 в минуту удовлетворительных качеств. АД 140/80 мм рт. ст. Язык влажный. Живот при пальпации мягкий безболезненный. Печень и желчный пузырь не пальпируются. Симптомы Мерфи, Ортнера, Георгиевского-Мюсси, Щеткина-Блюмберга отрицательные.

Лабораторные показатели: общий билирубин 149 мкмоль/л, прямой билирубин 97 мкмоль/л, непрямой билирубин 52 мкмоль/л; АлАТ 415,3 ед. акт./л, АсАТ 162,2 ед. акт./л; щелочная фосфатаза 109,6 ед. акт./л.

УЗИ: малоинформативно.

Предполагаемая причина желтухи?

Дифференциальная диагностика?

Как уточнить диагноз?

Ответ:

Предварительный диагноз: механическая желтуха. причина – желчно-каменная болезнь. Дифференциальная диагностика: гепатит, рак панкреато-дуоденальной зоны. Уточнить диагноз можно методом ЭРХПГ.

Ситуационная задача №43

Больной 78 лет поступил в клинику на 6 сутки от начала заболевания с жалобами на боли в области правого подреберья, рвоту, общую слабость.

Заболевание началось с приступа сильных болей в области правого подреберья, затем появились тошнота, рвота. Через несколько часов интенсивность болей уменьшилась, появилась общая слабость, повышение температуры тела до 38,0°C. Из анамнеза известно, что больной страдает гипертонической болезнью и сахарным диабетом.

Объективно: общее состояние больного средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Температура тела 38,0°C. Пульс 90 в мин. удовлетворительных качеств. АД 180/100 мм рт. ст. Язык суховат, обложен сероватым налетом. Живот обычной формы, при пальпации выраженная болезненность в области правого подреберья, здесь же напряжение брюшной стенки. В области правого подреберья пальпаторно определяется болезненное опухолевидное образование 6х5 см, плотной консистенции, с четкими контурами. Симптомы Ортнера, Мерфи, Щеткина-Блюмберга положительные.

Анализ крови: лейкоцитов 14,5х10⁹/л, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, СОЭ 30 мм/ч.

УЗИ: печень не увеличена, желчный пузырь размерами 12х5 см, толщина его стенки 8 мм, в просвете его множественные конкременты размерами от 0,5х0,7 см до 0,2х0,2 см.

Ваш диагноз?

Какую тактику следует избрать врачу?

Назначьте лечение (если консервативное, то какими препаратами; если оперативное, то какая операция более целесообразна).

Ответ:

Острый калькулезный холецистит, эмпиема желчного пузыря. Больному, после предоперационной подготовки показана холецистэктомия, дренирование брюшной полости.

Ситуационная задача №44

Домохозяйка 50 лет доставлена в хирургическую клинику с жалобами на сильные боли в правом подреберье и эпигастрии, тошноту и многократную рвоту, озноб, повышение температуры тела.

Болеет сутки, приступ начался постепенно, через 2 часа после приема жирной пищи. Ранее у больной дважды были аналогичные приступы.

Объективно: больная повышенного питания, частота дыхания 20 в мин., АД 130/80 мм рт. ст., пульс 100 уд. в минуту, ритмичный; температура тела 37,8°C. Кожа и слизистые оболочки обычного цвета. Легкие – дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные. Живот мягкий, при пальпации болезненный в правом подреберье, здесь же определяется опухолевидное образование 5х7 см, резко болезненное. Печень у края реберной дуги, при пальпации безболезненна. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.

УЗИ: желчный пузырь увеличен в размерах, толщина стенки 0,4 см, в просвете множественные конкременты 0,3-0,5 см в диаметре. Холедох – 1 см. Печень и поджелудочная железа не изменены.

Анализ крови: лейкоцитов 10,5х10⁹/л, лейкоцитарная формула не изменена, СОЭ 25 мм/час, гемоглобин и эритроциты в пределах нормы. Анализ мочи без отклонений от нормы. Содержание трансаминаз в сыворотке крови в пределах нормы.

Какие причины могут привести к появлению опухолевидного образования в правом подреберье?

Ваш предполагаемый диагноз?

Какую лечебную тактику следует избрать хирургу?

Назначьте лечение (если консервативное, то какими препаратами; если оперативное, то какая операция показана).

Ответ:

К появлению опухолевидного образования в правом подреберье привел обструктивный калькулезный холецистит. Больному показано оперативное лечение в экстренном порядке – холецистэктомия.

Ситуационная задача №45

Женщина 45 лет перенесла обычную холецистэктомию по поводу хронического калькулезного холецистита. Из холедоха было удалено 2 конкремента, в общий желчный проток был установлен Т-образный дренаж. На 7-й день после операции содержание билирубина в сыворотке крови повышено, был приступ спастических болей в области правого подреберья, иррадиирующих в спину. По дренажу оттекает до 800 мл обычного цвета желчи в сутки.

Какова причина болей, возникших на 7-й день после операции?

Каков следующий шаг в ведении больной?

Ответ.

Причина появления болей, возникших на 7 день после операции препятствие в холедохе (конкремент), ниже места нахождения дренажа. Необходимо произвести фистулохолангиографию, которая выявит препятствие в холедохе. Можно произвести попытку удаления конкремента через дренаж, если она неудачна, то показано оперативное лечение – релапаротомия, холедохолитотомия, дренирование холедоха.

Ситуационная задача №46

Женщина 30 лет перенесла лапароскопическую холецистэктомию по поводу хронического калькулезного холецистита. Через 72 часа после операции у нее появились боли по всему животу, тошнота, многократная рвота с желчью, слабость.

При осмотре общее состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, АД 100/60 мм рт. ст., пульс 110 в мин., температура тела 38,20С. Живот умеренно вздут, при пальпации мягкий, болезненный во всех отделах, симптомы раздражения брюшины положительные. Перистальтика не выслушивается, газы не отходят. Повязка в области дренажа промокла светлой желчью.

О каких послеоперационных осложнениях можно подумать?

Нужны ли дополнительные методы обследования?

Ваш диагноз?

Тактика и лечение?

Ответ:

Можно думать о послеоперационном желчном перитоните. Больному после кратковременной предоперационной подготовки в экстренном порядке показана релапаротомия, ревизия брюшной полости, поиск источника желчеистечения (ранение протоков, прорезывание лигатуры с культи пузырного протока).

Ситуационная задача №47

Больная 68 лет поступила в клинику с жалобами на сильные боли в правой половине живота, больше в правом подреберье, рвоту, общую слабость.

Заболела 20 часов назад, когда после приема жирной пищи возникли боли в области правого подреберья, тошнота, рвота съеденной пищей. Через 4 часа боли несколько стихли, но полностью не прошли. Через 18 часов от начала заболевания наступило ухудшение: появились резкие боли в правой половине живота, озноб, повторная рвота.

Объективно: больная заторможена, отмечается цианоз кожных покровов и губ. Температура тела 38,40С. В легких дыхание везикулярное. Границы сердца расширены влево. Пульс 102 в мин., ритмичный, слабого наполнения, АД 100/50 мм рт. ст. Язык сухой, обложен серовато-белым налетом. Живот умеренно вздут, в акте дыхания не участвует, при пальпации мягкий, отмечается ригидность брюшной стенки справа на всем протяжении, выраженная болезненность в правых отделах живота, более выраженная в области правого

подреберья. Симптом Щеткина-Бломберга резко положительный. Симптомы Мерфи, Ортнера выражены. Кишечная перистальтика ослаблена. При ректальном исследовании: выраженная болезненность тазовой брюшины.

Анализ крови: лейкоцитов $18 \times 10^9/\text{л}$, выраженный сдвиг лейкоцитарной формулы влево.

Ваш предполагаемый диагноз?

Какую тактику следует избрать хирургу?

План лечения?

Ответ:

Предоперационный диагноз: острый холецистит, осложненный разлитым перитонитом. После предоперационной подготовки показана экстренная операция лапаротомия, холецистэктомия, санация брюшной полости и ее дренирование.

Ситуационная задача №48

Больной 42 лет экстренно госпитализирован в клинику с жалобами на резкие опоясывающие боли в верхних отделах живота, многократную рвоту.

Заболел 24 часа назад, когда после употребления алкоголя появились сильные боли в эпигастрии с иррадиацией в спину, тошноту, рвоту содержимым желудка, а затем желчью. Боли несколько стихли, а затем возобновились с новой силой.

Объективно: пульс 92 в мин. удовлетворительных качеств, АД 130/80 мм рт. ст. Язык сухой. Живот умеренно вздут, напряжен и болезнен в подложечной области и правом подреберье.

Симптомы Воскресенского, Мейо-Робсона, Керте положительные. Перитонеальных симптомов нет. Кишечная перистальтика прослушивается.

Анализ крови: лейкоцитов $11,2 \times 10^9/\text{л}$, лимфоцитопения. Амилаза мочи 512 ед. Вольгемута.

Ваш предполагаемый диагноз?

С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?

Какие дополнительные методы обследования необходимы для уточнения диагноза?

Тактика и план лечения?

Ответ:

Предполагаемый диагноз: острый панкреатит (отечная форма). Необходимо дифференцировать с прободной язвой желудка и ДПК, острым холециститом, острой кишечной непроходимостью. Дополнительные исследования: УЗИ печени и желчных путей, поджелудочной железы. Лечение консервативное: голод, холод на область эпигастрии, новокаиновые блокада (паранефральная, по Благовидову), сандостатин, спазмолитики, введение электролитных растворов.

Ситуационная задача №50

Больная 62 года экстренно госпитализирована в клинику с жалобами на боль в верхней половине живота, тошноту, многократную рвоту, общую слабость.

Заболела 30 часов назад, когда внезапно через час после приема обильной жирной пищи возникла сильная боль в эпигастрии и области левого подреберья. Вскоре боль усилилась, стала почти нестерпимой, присоединилась многократная рвота первоначально желудочным, а затем дуоденальным содержимым. Стул был двое суток назад, газы последние 24 часа не отходили.

Объективно: больная стонет, просит о помощи. Кожные покровы бледные, влажные. Число дыханий в минуту 25. В легких везикулярное дыхание, хрипы не выслушиваются. Пульс 110 в мин., ритмичный слабого наполнения. АД 100/75 мм рт. ст. Тоны сердца глухие.

Язык сухой обложен серовато-белым налетом. Живот умеренно вздут в эпигастрии, в акте дыхания участвует ограничено. При пальпации наибольшая болезненность отмечается в подложечной области, здесь же при попытке более глубокой пальпации определяется защитное напряжение брюшной стенки. В других отделах живот мягкий, умеренно болезненный. Симптом Щеткина слабо положительный. Симптом

Воскресенского отрицательный, симптом Мейо-Робсона положительный. Кишечная перистальтика едва прослушивается. При перкуссии в верхних отделах живота равномерный тимпанит, укорочение перкуторного звука в правых отделах живота. При ректальном исследовании тонус сфинктера сохранен, ампула не раздута, болезненности не отмечается.

Анализ крови: лейкоцитов $17 \times 10^9/\text{л}$, формула в пределах нормы, СОЭ 10 мм/час. Мочевина крови 17 ммоль/л, кальций плазмы крови 1,9 ммоль/л. При рентгенологическом исследовании обнаружено небольшое количество жидкости в левом плевральном синусе и изолированное вздутие поперечно-ободочной кишки.

Ваш предполагаемый диагноз?

С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?

Тактика и план лечения?

Ответ:

Предполагаемый диагноз: острый панкреатит (жировой панкреонекроз). Нужно проводить дифференциальную диагностику с острым холециститом, прободной язвой желудка и ДПК, острой кишечной непроходимостью. Лечение начинается с проведения консервативных мероприятий: голод, холод на область эпигастрии, новокаиновая блокада, сандостатин, спазмолитики, введение электролитных растворов, гемодез, ингибиторы протеаз, антибиотикотерапия. В случае нарастания симптомов перитонита показано хирургическое лечение

Ситуационная задача №51

Больной 40 лет, доставлен в клинику с болями в животе.

Заболел 6 часов назад, когда внезапно возникли сильные боли в эпигастрии. Была однократная рвота желудочным содержимым. Через 2 часа боли почти полностью прекратились, больной самостоятельно ушел домой. На следующий день обратился к врачу с жалобами на небольшие боли в правом подреберье, повышение температуры до $37,5^\circ\text{C}$. Из анамнеза известно, что в течение 8 лет страдает язвенной болезнью ДПК. При осмотре: пульс 84 в мин. удовлетворительных качеств, АД 110/70 мм рт. ст., живот мягкий, безболезненный за исключением правого подреберья, где имеется болезненность и защитное напряжение мышц. Симптом Щеткина-Блюмберга слабо положительный, Френикус-симптом – отрицательный. Печеночная тупость сохранена.

Анализ крови: лейкоцитов: $8,0 \times 10^9/\text{л}$, сдвиг лейкоцитарной формулы влево.

1. Ваш предполагаемый диагноз?

2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?

3. Дальнейшая тактика и план лечения?

Ответ:

Предполагаемый диагноз: прикрытая перфоративная язва ДПК.

Дифференциальная диагностика с острым холециститом, острым панкреатитом.

Для уточнения диагноза необходимо провести обзорную рентгенографию брюшной полости на наличие свободного газа..

Показано хирургическое лечение в экстренном порядке.