



# GEE!TEST

тест по  
хирургии  
(для  
интернов)  
ГОС

by oldkyx



# Тест по хирургии (для интернов) ГОС

система подготовки к тестам Gee Test

[oldkyx.com](http://oldkyx.com)

# Список вопросов по хирургии (для интернов) ГОС

---

**1. Что является самым частым осложнением стрессовой язвы желудка?**

- 1) [+]Кровотечение
  - 2) [-]Перфорация
  - 3) [-]Пенетрация
  - 4) [-]Малигнизация
  - 5) [-]Стеноз
- 

**2. Абсолютным показанием к операции при гастродуоденальных язвах является:**

- 1) [+]наличие газа в желчных протоках
  - 2) [-]сочетание язвы с холециститом или панкреатитом
  - 3) [-]субкомпенсированный стеноз выходного отдела желудка
  - 4) [-]отрицательный гистаминовый тест Кея
  - 5) [-]положительный гистаминовый тест Кея
- 

**3. Кто из хирургов Военно-медицинской академии был удостоен Государственной премии СССР за внедрение ваготомии в хирургическую практику?**

- 1) [-]И.А. Ерюхин
- 2) [-]М.И. Лыткин
- 3) [+]А.А. Курыгин
- 4) [-]Ю.Л. Шевченко
- 5) [-]П.Н. Зубарев

**4. По отношению к брюшине червеобразный отросток расположен:**

- 1) [+]интраперитонеально
  - 2) [-]мезоперитонеально
  - 3) [-]ретроперитонеально
  - 4) [-]экстраперитонеально
- 

**5. Какое наиболее частое расположение червеобразного отростка?**

- 1) [+]Нисходящее (каудальное)
  - 2) [-]Боковое (латеральное)
  - 3) [-]Внутреннее (медиальное)
  - 4) [-]Переднее (вентральное)
  - 5) [-]Заднее (дорзальное)
- 

**6. Наибольшее распространение в хирургической практике нашла классификация острого аппендицита:**

- 1) [-]П.Н.Напалкова
  - 2) [+]В.И.Колесова
  - 3) [-]А.И.Абрикосова
  - 4) [-]В.П.Образцова
  - 5) [-]Г.В.Шора
- 

**7. Какая наиболее частая окончательная локализация болей при остром аппендиците?**

- 1) [+]В правой подвздошной области

- 2) [-]В подложечной области
  - 3) [-]В пупочной области
  - 4) [-]Внизу живота
  - 5) [-]По всему животу
- 

**8. Первичная локализация болей в подложечной области особенно часто наблюдается при:**

- 1) [-]простом аппендиците
  - 2) [+]деструктивном аппендиците
  - 3) [-]вторичном аппендиците
- 

**9. Температура тела при остром аппендиците, как правило, колеблется в пределах:**

- 1) [-]36-37 градусов С
  - 2) [+]37-38 градусов С
  - 3) [-]38-39 градусов С
  - 4) [-]свыше 39 градусов С
- 

**10. "Пахово-мошоночный симптом" для определения воспалительного состояния брюшины при остром аппендиците называется симптомом:**

- 1) [-]Габай
  - 2) [-]Куленкампа
  - 3) [+]Крымова
  - 4) [-]Яуре-Розанова
  - 5) [-]Думбадзе
- 

**11. "Симптом скольжения" для диагностики**

## **острого аппендицита впервые предложил:**

- 1) [-]Н.Н.Фомин
  - 2) [-]А.С.Черемской
  - 3) [-]М.И.Островский
  - 4) [+]**В.М.Воскресенский**
  - 5) [-]В.И.Колесов
- 

## **12. Диагностические ошибки при остром аппендиците в основном объясняются:**

- 1) [-]слабой подготовкой медперсонала
  - 2) [+]**атипичным течением заболевания**
  - 3) [-]пренебрежением рентгенологическим исследованием
  - 4) [-]недостаточно полным клиническим обследованием больного
  - 5) [-]отсутствием необходимой диагностической аппаратуры
- 

## **13. Наиболее часто симулирует острый аппендицит:**

- 1) [-]флегмона желудка
  - 2) [-]острый илеит
  - 3) [+]**мочекаменная болезнь**
  - 4) [-]внематочная беременность
  - 5) [-]правосторонняя плевропневмония
- 

## **14. Больных острым аппендицитом необходимо оперировать:**

- 1) [-]через 12-24 часа от начала заболевания
- 2) [-]только при повторных приступах острого аппендицита
- 3) [-]только при наличии перитонеальных симптомов

4) [+]срочно при установленном диагнозе

5) [-]только при наличии лейкоцитоза и признаков общей интоксикации

---

## **15. Какие клинические аспекты острого аппендицита являются наиболее спорными?**

1) [-]Тактика при аппендикулярном инфильтрате

2) [-]Показания к операции при установленном диагнозе острого аппендицита

3) [-]Тактика при аппендикулярном абсцессе

4) [+]Вопрос о существовании катарального аппендицита

5) [-]Выбор оптимального метода обезболивания

---

## **16. Для острого аппендицита в пожилом возрасте наиболее характерен следующий симптомокомплекс:**

1) [-]типичная клиника острого аппендицита

2) [-]боли по всему животу, понос, гектическая температура тела

3) [-]боли в правой половине живота, высокая температура, нарастание сердечно-легочной недостаточности

4) [-]боли в подложечной области, тошнота, рвота, высокая температура

5) [+]боли в животе, тошнота, рвота, задержка стула, признаки пареза кишечника при нормальной или субфебрильной температуре тела

---

## **17. Какая тактика хирурга при остром аппендиците у лиц пожилого и старческого возраста?**

- 1) [-]Отказ от операции, наблюдение при отсутствии перитонита
  - 2) [-]Отказ от операции, наблюдение при тяжелых сопутствующих заболеваниях
  - 3) [+]**Срочная операция**
  - 4) [-]Срочная операция только при четких перитонеальных симптомах
  - 5) [-]Срочная операция только при появлении признаков общей интоксикации
- 

## **18. Какая наиболее частая причина смерти больных острым аппендицитом?**

- 1) [-]Легочные осложнения
  - 2) [-]Тромбоз легочной артерии
  - 3) [+]**Перитонит**
  - 4) [-]Абсцессы брюшной полости
  - 5) [-]Ранняя спаечная кишечная непроходимость
- 

## **19. Какие осложнения чаще всего наблюдаются после аппендэктомии?**

- 1) [+]**Со стороны операционной раны**
  - 2) [-]Легочные
  - 3) [-]Абсцессы брюшной полости
  - 4) [-]Кишечные свищи
  - 5) [-]Желудочно-кишечные кровотечения
- 

## **20. Наибольшие трудности после аппендэктомии представляет диагностика:**

- 1) [-]поддиафрагмальных абсцессов
- 2) [-]абсцессов дугласова пространства



3) [+]межпетельных кишечных абсцессов

4) [-]поддиафрагмальных абсцессов

5) [-]подпеченочных абсцессов

---

**21. В срочной операции не нуждаются больные с:**

1) [-]рыхлым аппендикулярным инфильтратом

2) [+]плотным аппендикулярным инфильтратом

3) [-]аппендикулярным абсцессом

4) [-]отграниченным аппендикулярным перитонитом

---

**22. При типичной клинике острого аппендицита наиболее рационален операционный доступ:**

1) [+]Волковича-Дьяконова

2) [-]Леннандера

3) [-]Фаненштиля

4) [-]Федорова

5) [-]срединный

---

**23. При клинике острого аппендицита и разлитого перитонита наиболее выгоден операционный доступ:**

1) [-]Волковича-Дьяконова

2) [-]Леннандера

3) [-]Фаненштиля

4) [-]Федорова

5) [+]срединный

---

**24. Какие 2 вида бактерий наиболее часто встречаются в перитонеальном экссудате при**

## **деструктивном аппендиците?**

- 1) [-]Staphylococcus pyogenes
  - 2) [-]Proteus mirabilis
  - 3) [+]Escherichia coli,
  - 4) [+]Bacteroides fragilis
  - 5) [-]Eubacterium lentis
- 

## **25. При остром аппендиците первичные боли наиболее часто локализуются:**

- 1) [-]в подложечной области
  - 2) [+]в правой подвздошной области
  - 3) [-]в пупочной области
  - 4) [-]внизу живота
  - 5) [-]по всему животу
- 

## **26. При какой операционной находке экстренная аппендэктомия не показана?**

- 1) [-]при катаральном аппендиците
  - 2) [-]при рыхлом аппендикулярном инфильтрате
  - 3) [+]при плотном аппендикулярном инфильтрате
  - 4) [-]при аппендикулярном абсцессе
  - 5) [-]при терминальной фазе перитонита
- 

## **27. Наиболее рациональным способом завершения операции при плотном аппендикулярном инфильтрате является:**

- 1) [-]аппендэктомия, дренирование брюшной полости
- 2) [+]отграничение инфильтрата тампонами, дренирование брюшной полости

3) [-]дренирование инфильтрата и брюшной полости

4) [-]аппендэтомия, цекостомия

5) [-]правосторонняя гемиколэктомия

---

**28. В большинстве случаев слепая кишка с червеобразным отростком находятся:**

1) [+]в правой подвздошной ямке

2) [-]в малом тазу

3) [-]в подпеченочном пространстве

4) [-]в левой подвздошной ямке

---

**29. Какая тактика при подозрении на острый аппендицит у беременной при сроке беременности свыше 20 недель?**

1) [-]Срочная аппендэктомия

2) [+]Наблюдение до появления четких перитонеальных симптомов

3) [-]Наблюдение до появления симптомов общей интоксикации

---

**30. Какие антибактериальные препараты показаны в послеоперационном периоде при катаральном аппендиците и отсутствии перитонита?**

1) [-]Природные пенициллины

2) [-]Полусинтетические пенициллины

3) [-]Аминогликозиды

4) [-]Производные нитроимидазола

5) [+]Ни один из вышеперечисленных

**31. Какие 2 группы антибактериальных препаратов абсолютно показаны больным перитонитом аппендикулярного происхождения?**

- 1) [-]Природные пенициллины
  - 2) [+]Аминоциклитолы
  - 3) [+]Производные нитроимидазола
  - 4) [-]Тетрациклины
  - 5) [-]Сульфаниламиды
- 

**32. Какая операция показана при раке червеобразного отростка?**

- 1) [-]Аппендэтомия
  - 2) [-]Резекция слепой кишки с червеобразным отростком
  - 3) [+]Правосторонняя гемиколэктомия
  - 4) [-]Тотальная колэктомия
- 

**33. Какая операция показана при карциноиде червеобразного отростка?**

- 1) [+]Аппендэктомия
  - 2) [-]Резекция слепой кишки
  - 3) [-]Правосторонняя гемиколэктомия
  - 4) [-]Тотальная колэктомия
- 

**34. В какие сроки рационально оперировать больного, леченного консервативно, по поводу аппендикулярного инфильтрата?**

- 1) [-]через неделю после выписки
- 2) [-]через 2 недели после выписки
- 3) [-]через 3 недели после выписки

4) [+]через 2-3 месяца после выписки

5) [-]через 6-12 месяцев после выписки

---

**35. При каких формах острого аппендицита не следует ушивать кожную рану?**

1) [-]При катаральном аппендиците

2) [-]При флегмонозном аппендиците

3) [+]При гангренозном аппендиците

4) [-]При вторичном аппендиците

---

**36. На каком протяжении следует ревизовать подвздошную кишку при катаральном аппендиците?**

1) [-]до 50 см

2) [+]50-100 см

3) [-]100-150 см

4) [-]150-200 см

5) [-]200-250 см

---

**37. Какое место занимает острый аппендицит среди острых хирургических заболеваний органов брюшной полости?**

1) [+]Первое

2) [-]Второе

3) [-]Третье

4) [-]Четвертое

5) [-]Пятое

---

**38. С каким заболеванием дифференциальная диагностика острого аппендицита вызывает**

## наибольшие трудности?

- 1) [-] Острый холецистит
  - 2) [-] Острый панкреатит
  - 3) [+] Острый аднексит
  - 4) [-] Перфоративная гастродуоденальная язва
  - 5) [-] Перфорация опухоли ободочной кишки
- 

## 39. Какое число больных подвергаются оперативному вмешательству при остром аппендиците?

- 1) [-] 100%
  - 2) [+] 98-99%
  - 3) [-] 90-95%
  - 4) [-] 85-90%
  - 5) [-] 80-85%
- 

## 40. При каком остром хирургическом заболевании органов брюшной полости отмечается наименьшая летальность?

- 1) [+] Острый аппендицит
  - 2) [-] Острый холецистит
  - 3) [-] Острый панкреатит
  - 4) [-] Перфоративная гастродуоденальная язва
  - 5) [-] Ущемленная грыжа
- 

## 41. Наиболее часто диагностические ошибки при остром аппендиците встречаются у больных:

- 1) [-] мужчин
- 2) [-] женщин

- 3) [-]молодого возраста
  - 4) [+]пожилого возраста
  - 5) [-]Четкой закономерности не выявлено
- 

**42. Какой метод диагностики острого аппендицита является наиболее ценным?**

- 1) [-]Клинический анализ крови
  - 2) [+]Лапароскопия
  - 3) [-]Фиброгастродуоденоскопия
  - 4) [-]Фиброколоноскопия
  - 5) [-]Сонография
  - 6) [-]Термография
- 

**43. Послеоперационная летальность при остром аппендиците зависит прежде всего от:**

- 1) [-]возраста больного
  - 2) [+]срока от момента заболевания до операции
  - 3) [-]наличия сопутствующих заболеваний
  - 4) [-]социального статуса больного
  - 5) [-]наличия необходимой диагностической аппаратуры
- 

**44. Характер болей при остром аппендиците чаще всего соответствует:**

- 1) [-]возрасту больного
  - 2) [-]полу больного
  - 3) [+]локализации червеобразного отростка
  - 4) [-]температуре тела
  - 5) [-]перкуторным данным
- 

**45. "Эпигастральная" (по В.И. Колесову) фаза**

**острого аппендицита чаще встречается:**

- 1) [-]при катаральном аппендиците
  - 2) [-]при вторичном аппендиците
  - 3) [+]при деструктивном аппендиците
  - 4) [-]у мужчин
  - 5) [-]у женщин
- 

**46. При какой локализации червеобразного отростка чаще наблюдаются боли в правой поясничной области?**

- 1) [+]Ретроцекальном
  - 2) [-]Каудальном
  - 3) [-]Тазовом
  - 4) [-]Подпеченочном
  - 5) [-]Мезоперитонеальном
- 

**47. Подпеченочное расположение червеобразного отростка встречается в:**

- 1) [+]1% случаев
  - 2) [-]5% случаев
  - 3) [-]10% случаев
  - 4) [-]15% случаев
  - 5) [-]20% случаев
- 

**48. В начальном периоде острого аппендицита температура тела как правило:**

- 1) [-]понижена
- 2) [+]нормальная
- 3) [-]повышена



4) [-]Определенной закономерности не выявлено

---

**49. Какой признак наиболее важен в диагностике острого аппендицита?**

- 1) [-]Симптом Воскресенского
  - 2) [-]Симптом Ровзинга
  - 3) [-]Симптом Бартомье-Михельсона
  - 4) [+]Напряжение мышц передней брюшной стенки
  - 5) [-]Симптом Кулленкампфа
- 

**50. Повышение РОЭ при остром аппендиците наблюдается, как правило,:**

- 1) [-]в первые часы от начала заболевания
  - 2) [-]в первые сутки от начала заболевания
  - 3) [+]через 1-3 суток от начала заболевания
  - 4) [-]через 3-5 суток от начала заболевания
  - 5) [-]Ни в одном из вышеперечисленных случаев
- 

**51. Какие признаки наименее характерны для острого аппендицита?**

- 1) [+]Схваткообразные боли в животе
  - 2) [-]Постоянные боли в животе
  - 3) [+]Множественная рвота
  - 4) [+]Задержка стула и газов
  - 5) [+] "Урчание" в животе
- 

**52. Дифференциальная диагностика острого аппендицита с каким заболеванием сопровождается наибольшими трудностями?**

- 1) [-]С острым холециститом
  - 2) [-]С острым панкреатитом
  - 3) [+]С острым правосторонним аднекситом
  - 4) [-]С острым гломерулонефритом
  - 5) [-]С острым гастритом
- 

**53. Наибольшую диагностическую ценность для дифференциальной диагностики острого аппендицита от внематочной беременности имеет:**

- 1) [-]Определение лейкоцитов крови
  - 2) [-]Сонография
  - 3) [-]Пальцевое исследование прямой кишки
  - 4) [+]Пункция заднего свода влагалища
  - 5) [-]Фиброколоноскопия
- 

**54. Симптом острого аппендицита в виде усиления болей в правой подвздошной области при повороте на правый бок у беременных впервые описал:**

- 1) [+]Михельсон
  - 2) [-]Бартомье
  - 3) [-]Керниг
  - 4) [-]Гобай
  - 5) [-]Крымов
- 

**55. Симптом острого аппендицита в виде перемещения болей из эпигастральной в правую подвздошную область впервые описал:**

- 1) [-]Блюмберг
  - 2) [+]Кохер
  - 3) [-]Коуп
  - 4) [-]Михельсон
  - 5) [-]Крымов
- 

**56. В каких случаях после аппендэктомии следует провести ревизию терминального отдела подвздошной кишки?**

- 1) [+]При катаральном аппендиците
  - 2) [+]При вторичном аппендиците
  - 3) [-]При флегмонозном аппендиците
  - 4) [-]При гангренозном аппендиците
  - 5) [-]При аппендикулярном инфильтрате
- 

**57. Монографии каких авторов, целиком посвященные острому аппендициту, Вы читали?**

- 1) [-]А.А. Курыгина
  - 2) [-]И.А. Ерюхина
  - 3) [+]В.И. Колесова
  - 4) [-]А.А. Вишневского
  - 5) [-]М.И. Кузина
- 

**58. Какие гастродуоденальные язвы чаще осложняются перфорацией?**

- 1) [-]Острые
- 2) [+]Хронические
- 3) [-]Кровоточащие
- 4) [-]Малигнизированные

**59. Какое обезболивание предпочтительно при операциях по поводу перфоративных гастродуоденальных язв?**

- 1) [-]Местная анестезия с потенцированием
  - 2) [-]Перидуральная анестезия
  - 3) [-]Внутривенная анестезия
  - 4) [+]**Интубационная анестезия**
- 

**60. Наиболее достоверным рентгенологическим признаком перфорации язвы желудка и двенадцатиперстной кишки является:**

- 1) [+]**пневмоперитонеум**
  - 2) [-]чаши Клойбера
  - 3) [-]высокое стояние диафрагмы и ограничение ее подвижности
  - 4) [-]выпот в реберно-диафрагмальном синусе
  - 5) [-]симптом широкого уровня жидкости в желудке
- 

**61. Всем больным в раннем периоде после операций по поводу перфоративной гастродуоденальной язвы необходимо назначить:**

- 1) [-]спазмолитики
- 2) [-]ганглиоблокаторы
- 3) [+]**антибактериальные препараты**
- 4) [-]антиферментные препараты
- 5) [-]препараты, улучшающие реологические свойства крови

**62. Перфоративные язвы желудка и двенадцатиперстной кишки чаще всего возникают:**

- 1) [-]на задней стенке
  - 2) [-]по малой кривизне
  - 3) [+]на передней стенке
  - 4) [-]по большой кривизне
- 

**63. Какое минимальное количество воздуха необходимо для проведения пневмогастрографии?**

- 1) [-]0,5 литра
  - 2) [+]1,0 литра
  - 3) [-]1,5 литра
  - 4) [-]2,0 литра
  - 5) [-]2,5 литра
- 

**64. Перкуторно выявляемая зона высокого тимпанита в эпигастральной области - это симптом:**

- 1) [-]Жобера
  - 2) [+]Спижарского
  - 3) [-]Элекера
  - 4) [-]Гюстена
  - 5) [-]Кеннингсберга
- 

**65. Какие 2 метода диагностики перфоративных гастродуоденальных язв о"onbao наиболее ценными?**

- 1) [-]обзорная рентгенография брюшной полости
  - 2) [+]пневмогастрография
  - 3) [+]фиброгастродуоденоскопия
  - 4) [-]УЗИ брюшной полости
  - 5) [-]компьютерная томография
- 

**66. Наиболее неблагоприятные непосредственные результаты наблюдаются при сочетании перфорации хронической язвы с:**

- 1) [-]декомпенсированным сахарным диабетом
  - 2) [-]открытой формой туберкулеза легких
  - 3) [-]пенетрацией в поджелудочную железу
  - 4) [+]кровотечением
  - 5) [-]малигнизацией
- 

**67. Больного с перфоративной гастродуоденальной язвой рациональнее оперировать в период:**

- 1) [+]болевого шока
  - 2) [-]мнимого благополучия
  - 3) [-]прогрессирующего перитонита
- 

**68. При установленном диагнозе прикрытой перфорации гастродуоденальной язвы больного следует:**

- 1) [+]немедленно оперировать
- 2) [-]наблюдать, оперировать при нарастании признаков перитонита
- 3) [-]наблюдать, оперировать при нарастании признаков

общей интоксикации

4) [-]лечить консервативно

---

**69. Абсолютным противопоказанием к радикальной операции при перфоративных гастродуоденальных язвах является:**

- 1) [-]разлитой перитонит
  - 2) [-]отсутствие язвенного анамнеза
  - 3) [-]эндотоксиновый шок
  - 4) [+]терминальная фаза перитонита
  - 5) [-]сочетание перфорации язвы и кровотечения
- 

**70. При перфоративной каллезной язвы двенадцатиперстной кишки и реактивной фазе разлитого перитонита показано:**

- 1) [-]простое ушивание перфорационного отверстия
  - 2) [-]ушивание перфорационного отверстия по Оппелю-Поликарпову
  - 3) [+]ваготомия с иссечением язвы и пилоропластикой
  - 4) [-]резекция желудка "на выключение"
- 

**71. При перфорации подозрительной на малигнизацию язвы малой кривизны тела желудка в реактивной фазе разлитого перитонита показана:**

- 1) [-]биопсия и простое ушивание перфорационного отверстия
- 2) [-]ушивание перфорационного отверстия по Оппелю-Поликарпову
- 3) [-]иссечение и ушивание язвы с экстренной биопсией

4) [-]ушивание перфорационного отверстия, ваготомия с пилоропластикой

5) [+]резекция желудка

---

**72. Обязательно ли брать биопсию перфоративной язвы желудка?**

1) [+]Да, всегда

2) [-]Да, за исключением перфорации острых язв

3) [-]Только при каллезных язвах

4) [-]Только при подозрении на малигнизацию

---

**73. При перфорации дуоденальной язвы и отсутствии признаков стеноза выходного отдела желудка ваготомию следует дополнить:**

1) [+]пилоропластикой по Гейнеке-Микуличу

2) [-]пилоропластикой по Веберу

3) [-]пилоропластикой по Финнею

4) [-]гастродуоденоанастомозом по Джабулею

---

**74. При перфорации дуоденальной язвы и признаках стеноза выходного отдела желудка ваготомию следует дополнить:**

1) [-]пилоропластикой по Гейнеке-Микуличу

2) [-]пилоропластикой по Веберу

3) [+]пилоропластикой по Финнею

4) [-]гастродуоденоанастомозом по Джабулею

---

**75. При сочетании перфорации и кровотечения из язвы луковицы двенадцатиперстной кишки на фоне токсической фазы перитонита следует**



## **ВЫПОЛНИТЬ:**

- 1) [-]ушивание язвы с прошиванием кровоточащего сосуда
  - 2) [-]иссечение и ушивание язвы
  - 3) [+]ваготомия с иссечением язвы и пилоропластикой
  - 4) [-]резекцию желудка "на выключение"
- 

**76. При перфоративной язве и местном неотграниченном перитоните операция обязательно должна включать:**

- 1) [-]лаваж брюшной полости
  - 2) [+]осушение брюшной полости тампонами
  - 3) [-]фракционное промывание брюшной полости
  - 4) [-]перитонеальный диализ
- 

**77. Наиболее частым осложнением ваготомии и пилоропластики по поводу перфоративных пилородуоденальных язв является:**

- 1) [-]несостоятельность швов пилоропластики
  - 2) [-]внутрибрюшное кровотечение
  - 3) [+]гастростаз
  - 4) [-]стойкий парез кишечника
  - 5) [-]послеоперационный панкреатит
- 

**78. При перфорации "немой" язвы двенадцатиперстной кишки у больных среднего возраста показано:**

- 1) [-]простое ушивание перфорационного отверстия
- 2) [-]иссечение и ушивание перфоративной язвы
- 3) [+]ваготомия с иссечением язвы и пилоропластикой

4) [-]резекция 2/3 желудка

5) [-]резекция 3/4 желудка

---

**79. Какой вид микроорганизмов наиболее часто высевают из перитоненального экссудата при перфоративных гастродуоденальных язвах?**

1) [-]Стрептококки

2) [-]Стафилококки

3) [+]Кишечная палочка

4) [-]Протей

5) [-]Оральные бактероиды

---

**80. Укажите две наиболее частые причины летальных исходов больных перфоративными гастродуоденальными язвами.**

1) [+]Перитонит

2) [-]Внутрибрюшные кровотечения

3) [+]Желудочно-кишечные кровотечения

4) [-]Послеоперационный панкреатит

5) [-]Сепсис

---

**81. Какой вид операции при перфоративных дуоденальных язвах дает наилучшие отдаленные результаты?**

1) [-]Простое ушивание перфорационного отверстия

2) [-]Операция Оппеля-Поликарпова

3) [-]Стволовая ваготомия с иссечением язвы и пилоропластикой

4) [-]Селективная ваготомия с иссечением язвы и

пилоропластикой

5) [+]Стволовая ваготомия с антрумрезекцией

---

**82. Какой оптимальный объем резекции при перфорации язвы угла желудка?**

1) [-]Антрумэктомия

2) [+]Гемирезекция

3) [-]2/3 желудка

4) [-]3/4 желудка

5) [-]Гастрэктомия

---

**83. В каком году выполнено первое успешное ушивание перфоративной язвы желудка?**

1) [-]В 1789 году

2) [+]В 1892 году

3) [-]В 1903 году

4) [-]В 1916 году

5) [-]В 1924 году

---

**84. Какая главная цель операции при перфоративных гастродуоденальных язвах?**

1) [-]Излечение больного от язвенной болезни

2) [-]Ликвидация источника перитонита

3) [+]Спасение жизни больного и предупреждение осложнений

4) [-]Ушивание перфорационного отверстия

5) [-]Санация брюшной полости, ликвидация условий для прогрессирования перитонита

---

**85. Какой пульс характерен для больных в**

**первые часы после перфорации язвы?**

- 1) [+]Уреженный
- 2) [-]Нормальной частоты
- 3) [-]Учащенный

---

**86. Где чаще всего обнаруживается пневмоперитонеум при перфоративных гастродуоденальных язвах?**

- 1) [-]Под левым куполом диафрагмы
- 2) [+]Под правым куполом диафрагмы
- 3) [-]Под обеими куполами диафрагмы

---

**87. Как часто возникает рецидив язвы после ушивания перфорационного отверстия?**

- 1) [-]В 20-40% случаев
- 2) [-]В 40-60% случаев
- 3) [+]В 60-80% случаев
- 4) [-]В 80-100% случаев

---

**88. Во время операции у больного сочетанием перфорации дуоденальной язвы и кровотечения тяжелой степени обнаружен холецистолитиаз. Что следует предпринять?**

- 1) [-]Не трогать желчный пузырь
- 2) [-]Наложить холецистостому
- 3) [+]Выполнить холецистолитотомию
- 4) [-]Выполнить холецистэктомию

---

**89. Как часто встречаются атипичные перфорации гастродуоденальных язв?**

- 1) [-]В 0,5-1% случаев
  - 2) [-]В 3-4 % случаев
  - 3) [+]В 5-10% случаев
  - 4) [-]В 10-30% случаев
  - 5) [-]В 40-50% случаев
- 

**90. Диагностика каких перфоративных язв вызывает наибольшие трудности?**

- 1) [-]Залуковичного отдела двенадцатиперстной кишки
  - 2) [-]Луковицы двенадцатиперстной кишки
  - 3) [-]Пилорического отдела желудка
  - 4) [-]Антрального отдела желудка
  - 5) [+]Кардиального отдела желудка
- 

**91. Перкуторно определяемое отсутствие печеночной тупости при перфоративных язвах - это симптом:**

- 1) [-]Элекера
  - 2) [-]Спижарского
  - 3) [+]Жобера
  - 4) [-]Кулленкапмфа
  - 5) [-]Тренделенбурга
- 

**92. У кого чаще возникают кровотечения из язвы двенадцатиперстной кишки?**

- 1) [-]У женщин
- 2) [+]У мужчин
- 3) [-]У одинаково часто
- 4) [-]Закономерности не установлено

5) [-]Этот вопрос не изучен

---

### **93. Рвота кровью, как правило, бывает**

- 1) [+]при язве желудка
  - 2) [-]при язве двенадцатиперстной кишки
  - 3) [-]при острых язвах двенадцатиперстной кишки
- 

### **94. Наиболее спорным вопросом в проблеме желудочно-кишечных кровотечений является:**

- 1) [-]диагностика кровотечения
  - 2) [-]тактика на догоспитальном этапе
  - 3) [+]хирургическая тактика
  - 4) [-]этиология и патогенез
  - 5) [-]ведение больного в послеоперационном периоде
- 

### **95. При каких кровоточащих язвах чаще бывает рвота кровью?**

- 1) [+]При хронической язве желудка
  - 2) [-]При хронической язве двенадцатиперстной кишки
  - 3) [-]При острых язвах двенадцатиперстной кишки
- 

### **96. Когда язвенные кровотечения сопровождаются сильными болями в животе?**

- 1) [-]При язве малой кривизны желудка
- 2) [+]При сочетании перфорации и кровотечения
- 3) [-]При залуковичной язве
- 4) [-]При язве задней стенки луковицы двенадцатиперстной кишки
- 5) [-]При кардиальной язве

**97. Какой метод диагностики желудочно-кишечных кровотечений наиболее информативен?**

- 1) [-]Клинико-лабораторный
  - 2) [-]Рентгенологический
  - 3) [+]Фиброгастродуоденоскопический
  - 4) [-]Лапароскопический
  - 5) [-]Ультрасонографический
- 

**98. Какой наиболее эффективный метод консервативного лечения острых желудочно-кишечных кровотечений?**

- 1) [-]Массивная инфузионно-трансфузионная терапия
  - 2) [-]Внутривенное введение гемостатических препаратов
  - 3) [-]Промывание желудка гемостатическими препаратами
  - 4) [-]Локальная гипотермия
  - 5) [+]Лечебная фиброгастродуоденоскопия
- 

**99. Какой оптимальный объем операции при кровоточащей язве двенадцатиперстной кишки?**

- 1) [-]Пилородуоденотомия, прошивание кровоточащей язвы
  - 2) [+]Стволовая ваготомия с пилоропластикой, прошиванием или иссечением кровоточащей язвы
  - 3) [-]Иссечение кровоточащей язвы
  - 4) [-]Резекция желудка "на выключение"
  - 5) [-]Селективная проксимальная ваготомия
- 

**100. Какая операция наиболее выгодна при кровоточащей язве желудка?**

- 1) [-]Стволовая ваготомия с пилоропластикой и иссечением кровоточащей язвы
  - 2) [+]Резекция желудка
  - 3) [-]Иссечение кровоточащей язвы
  - 4) [-]Гастротомия, прошивание кровоточащей язвы
  - 5) [-]Иссечение язвы, перевязка левой желудочной артерии
- 

**101. Какая хирургическая тактика должна быть при продолжающемся кишечном кровотечении неясной этиологии?**

- 1) [-]Диагностическая и лечебная фиброгастродуоденоскопия
  - 2) [-]Диагностическая и лечебная фиброколоноскопия
  - 3) [+]Диагностическая лапаротомия с переходом в лечебную
  - 4) [-]Регионарная гипотермия
  - 5) [-]Инфузионно-трансфузионная терапия с диагностической энтерографией
- 

**102. Какое исследование целесообразно назначить больному для уточнения источника желудочно-кишечного кровотечения, возникшего на фоне острого инфаркта миокарда?**

- 1) [-]Рентгеноскопию желудка
- 2) [+]Фиброгастродуоденоскопию
- 3) [-]Обзорную рентгенографию живота
- 4) [-]Диагностическую лапароскопию
- 5) [-]Сонографическое исследование органов брюшной полости



**103. Что является наиболее важным показанием к гемотрансфузии при остром гастродуоденальном кровотечении?**

- 1) [-]Мелена
  - 2) [+]Прогрессирующее снижение гематокрита
  - 3) [-]Признаки гиповолемии
  - 4) [-]Системная артериальная гипотензия
  - 5) [-]Системная артериальная гипертензия
- 

**104. Внутривенная инфузия питуитрина при кровотечении из варикозных вен пищевода при портальной гипертензии применяется с целью:**

- 1) [-]увеличения вязкости крови
  - 2) [-]снижения фибринолитической активности крови
  - 3) [+]снижения давления в системе воротной вены
  - 4) [-]активации процесса перехода протромбина в тромбин
  - 5) [-]спазма вен портальной системы
- 

**105. У молодого больного, поступившего в клинику с желудочно-кишечным кровотечением, при экстренной гастродуоденоскопии обнаружена хроническая язва двенадцатиперстной кишки с тромбированным крупным сосудом. Какая должна быть тактика?**

- 1) [+]Срочная операция
- 2) [-]Консервативное лечение
- 3) [-]Эмболизация сосудов желудка
- 4) [-]Наблюдение, операция в случае рецидива

кровотечения

5) [-]Профилактика рецидива кровотечения  
диатермокоагуляцией

---

**106. Какая наиболее частая причина кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта?**

- 1) [-]Портальная гипертензия
  - 2) [-]Распадающаяся опухоль желудка
  - 3) [+]**Язва желудка или двенадцатиперстной кишки**
  - 4) [-]Эрозивный гастрит
  - 5) [-]Синдром Маллори-Вейсса
  - 6) [-]Дивертикулы пищевода
- 

**107. Какое лечебное мероприятие следует избрать в качестве первоочередного при профузном кровотечении из верхних отделов желудочно-кишечного тракта, сопровождающегося расстройством центральной гемодинамики?**

- 1) [-]Струйное переливание донорской крови
  - 2) [+]**Внутривенная инфузия плазмозаменителей**
  - 3) [-]Введение симпатомиметиков (адреналин и пр.)
  - 4) [-]Введение кортикостероидов
  - 5) [-]Регионарная гипертермия
- 

**108. Как часто хроническое гастродуоденальное кровотечение осложняется язвы?**

- 1) [-]В 1-5% случаев
  - 2) [+]В 10-20% случаев
  - 3) [-]В 20-30% случаев
  - 4) [-]В 30-40% случаев
  - 5) [-]В 40-50% случаев
- 

**109. Перечислите основные расстройства, развивающиеся при кровотечении.**

- 1) [-]Гиповолемический шок
  - 2) [-]Почечная недостаточность
  - 3) [-]Отек головного мозга
  - 4) [-]Интоксикация
  - 5) [+]Все вышеперечисленные
- 

**110. Укажите наиболее ранний признак желудочно-кишечного кровотечения.**

- 1) [-]Кровавая рвота
  - 2) [+]Общие признаки анемизации
  - 3) [-]Мелена
  - 4) [-]Усиленная перистальтика кишечника
  - 5) [-]Все вышеперечисленные
- 

**111. Установите соответствие между возрастом больных и наиболее частым у них источником кровотечения (ответ: 1а, 2б).**

- 1) [+]У больных молодого возраста а. - из язвы желудка б. - из дуоденальной язвы
  - 2) [+]У больных старше 45 лет б. - из дуоденальной язвы
- 

**112. Какой объем кровопотери не требует**

## возмещения препаратами крови?

- 1) [-]В пределах 5% ОЦК
  - 2) [+]В пределах 10% ОЦК
  - 3) [-]В пределах 20% ОЦК
  - 4) [-]В пределах 30% ОЦК
  - 5) [-]В пределах 40% ОЦК
- 

### **113. Какой степени кровопотери соответствует дефицит ОЦК от 15 до 25%?**

- 1) [-]Легкой степени
  - 2) [+]Средней степени
  - 3) [-]Тяжелой степени
  - 4) [-]Крайне тяжелой степени
- 

### **114. Какой степени кровопотери соответствует дефицит ОЦК от 25 до 40%?**

- 1) [-]Легкой степени
  - 2) [-]Средней степени
  - 3) [+]Тяжелой степени
  - 4) [-]Крайне тяжелой степени
- 

### **115. Какой степени синдрома Меллори-Вейсса соответствуют глубокие разрывы, захватывающие подслизистый и иногда часть мышечного слоя при кровопотери средней и тяжелой степени?**

- 1) [-]I степени
- 2) [+]II степени
- 3) [-]III степени

**116. Какая тактика должна быть при тяжелом кровотечении вследствие эрозивно-язвенного колита?**

- 1) [-]Срочная операция
  - 2) [-]Интенсивная инфузионно-трансфузионная терапия
  - 3) [+]Лечебная фиброколоноскопия, инфузионно-трансфузионная терапия
- 

**117. Какая часть больных острыми желудочно-кишечными кровотечениями нуждается в неотложной операции?**

- 1) [-]5-10%
  - 2) [+]25-30%
  - 3) [-]30-50%
  - 4) [-]50-60%
- 

**118. Абсолютным противопоказанием к лечению зондом Блейкмора является кровотечение вследствие:**

- 1) [-]эрозивного гастрита
  - 2) [-]эрозивного дуоденита
  - 3) [-]синдрома верхней полой вены
  - 4) [+]синдрома Меллори-Вейсса
  - 5) [-]варикозного расширения вен пищевода и кардиального отдела желудка
- 

**119. Отказ от ФГДС при желудочно-кишечном кровотечении допустим при**

- 1) [-]остром инфаркте миокарда

2) [-]нарушении мозгового кровообращения

3) [-]тяжелой травме (механической, термической, политравме)

4) [+]агональном состоянии

5) [-]неадекватном поведении больного (в т.ч. при алкогольном опьянении)

---

**120. Определите степень устойчивости гемостаза по следующим эндоскопическим признакам: "В просвете желудка измененная кровь, в язве определяется пульсирующий сосуд с тромбом коричневого цвета"**

1) [-]"кровотечение в ходу"

2) [+]гемостаз неустойчив

3) [-]гемостаз устойчив

4) [-]данные эндоскопические признаки не поддаются трактовке

---

**121. Острая потеря какого объема циркулирующей крови компенсируется здоровым организмом за счет механизмов саморегуляции?**

1) [-]до 5%

2) [-]до 8%

3) [+]до 20%

4) [-]до 30%

5) [-]до 40%

---

**122. Клиническая картина геморрагического шока развивается при дефиците ОЦК**

1) [-]более 25%

2) [+]более 40%

3) [-]более 60%

4) [-]более 70%

---

**123. Какой процент от общего объема инфузии должна составлять донорская кровь при тяжелой кровопотере?**

1) [-]10-20%

2) [-]20-40%

3) [+]50-70%

4) [-]80-100%

---

**124. Главный критерий восстановления микроциркуляции при кровопотере**

1) [-]теплые конечности

2) [-]появление сознания

3) [-]систолическое давление 100 мм рт.ст.

4) [+]диурез 50 мл/час

5) [-]сужение зрачка

---

**125. У больного с желудочно-кишечным кровотечением не определяется сердечная деятельность. При каких условиях противопоказано введение норадреналина и мезатона?**

1) [-]если неизвестна переносимость этих лекарств больным

2) [-]если кровотечение продолжается

3) [+]при невосполненной кровопотере

4) [-]при инфаркте миокарда в анамнезе

**126. Какая лечебная тактика предпочтительна при кровотечении из острых гастродуоденальных язв?**

- 1) [-]настойчивая инфузионно-трансфузионная и гемостатическая терапия
  - 2) [-]лечебная эндоскопия
  - 3) [+]**лечебная эндоскопия дополненная инфузионно-трансфузионной, гемостатической и симптоматической терапией**
  - 4) [-]ранняя операция на высоте кровотечения
  - 5) [-]обязательная (отсроченная или плановая) операция после остановки кровотечения консервативными мероприятиями
- 

**127. Кто из Санкт-Петербургских ученых-хирургов внес вклад в изучение острого панкреатита?**

- 1) [-]М.И.Лыткин
  - 2) [+]**В.И.Филин**
  - 3) [-]Р.Х.Кутушев
  - 4) [-]В.П.Зиневич
  - 5) [-]А.П.Колесов
- 

**128. Поджелудочная железа по отношению к брюшине располагается:**

- 1) [-]внутрибрюшинно
- 2) [+]**забрюшинно**
- 3) [-]имеет смешанное внутри и забрюшинное расположение
- 4) [-]не имеет устойчивого расположения



5) [-]точно не установлено

---

**129. Какими артериями осуществляется кровоснабжение поджелудочной железы?**

- 1) [+]поджелудочно-двенадцатиперстными и селезеночной
- 2) [-]желудочно-сальниковыми
- 3) [-]артериями, отходящими непосредственно от аорты
- 4) [-]верхней и нижней брыжеечными
- 5) [-]верхней брыжеечной

---

**130. В норме давление в главном панкреатическом протоке:**

- 1) [+]превышает давление в общем желчном протоке
- 2) [-]равно давлению в общем желчном протоке
- 3) [-]ниже давления в общем желчном протоке
- 4) [-]не имеет четкой связи с величиной давления в холедохе
- 5) [-]ниже внутриполостного давления в двенадцатиперстной кишке

---

**131. Острый панкреатит встречается в 9-12% случаев всех острых заболеваний органов брюшной полости и:**

- 1) [-]занимает 1 место в структуре этих заболеваний
- 2) [-]занимает 2 место в структуре этих заболеваний
- 3) [+]занимает 3 место в структуре этих заболеваний
- 4) [-]имеет отчетливую тенденцию к снижению
- 5) [-]играет незначительную роль в структуре этих заболеваний

**132. Наиболее частыми причинами, приводящими к острому панкреатиту, являются:**

- 1) [-]употребление алкоголя и другие погрешности в диете
  - 2) [+]употребление алкоголя и патология желчного пузыря и желчных протоков
  - 3) [-]заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки
  - 4) [-]сосудистые заболевания
  - 5) [-]повышенная аллергизация организма
- 

**133. Независимо от этиологического фактора основным пусковым механизмом патогенеза острого панкреатита являются:**

- 1) [-]заброс желчи в главный панкреатический проток
  - 2) [-]внутриклеточная активация протеолитических ферментов поджелудочной железы
  - 3) [+]гиперсекреция панкреатического сока и нарушение его эвакуации из главного панкреатического протока, приводящее к повышению внутри протокового давления
  - 4) [-]выброс большого количества активных протеолитических ферментов поджелудочной железы в просвет желудочно-кишечного тракта
  - 5) [-]резкое ухудшение артериального кровоснабжения поджелудочной железы
- 

**134. В прогностическом отношении наиболее опасны:**

- 1) [-]отечная форма острого панкреатита
- 2) [+]панкреонекроз
- 3) [-]осложнения острого панкреатита

4) [-]все формы острого панкреатита

5) [-]определенной зависимости не установлено

---

**135. Наиболее характерными жалобами для острого панкреатита являются:**

1) [-]боли в эпигастрии, поносы

2) [-]боли в эпигастрии, пояснице, дизурия

3) [-]характерных жалоб нет

4) [+]**боли в эпигастрии, неукротимая рвота, задержка стула и газов**

5) [-]боли в эпигастрии, тошнота, рвота, изжога

---

**136. В среднем нормальная поджелудочная железа весит:**

1) [-]10-20 г

2) [+]**70-80 г**

3) [-]150-200 г

4) [-]200-300 г

5) [-]300-500 г

---

**137. Характерна ли гемоконцентрация для острого панкреатита?**

1) [-]Нет

2) [-]Да, только для некротических форм

3) [+]**Да, для всех форм**

4) [-]Да, при появлении гнойных осложнений

5) [-]Нет точной зависимости

---

**138. Ранним биохимическим признаком острого панкреатита является:**

- 1) [+]Амилаземия
  - 2) [-]Амилазурия
  - 3) [-]Липаземия
  - 4) [-]Билирубиемия
  - 5) [-]Гипергликемия
- 

**139. Какие сроки от начала заболевания предпочтительны для выполнения некрэктомии?**

- 1) [-]1-5 сутки
  - 2) [-]5-10 сутки
  - 3) [+]10-14 сутки
  - 4) [-]15-21 сутки
  - 5) [-]Позднее 3 недель
- 

**140. Когда необходимо оперировать больных острым оментобурситом?**

- 1) [-]Немедленно
  - 2) [-]Через 2-3 недели от начала заболевания
  - 3) [-]Через 2-3 месяца от начала заболевания
  - 4) [+]При абсцедировании
  - 5) [-]Вообще не подлежат оперативному лечению
- 

**141. Когда лучше оперировать больных кистами поджелудочной железы?**

- 1) [-]По установлению точного топического диагноза
- 2) [-]Не ранее 2 недель после приступа панкреатита
- 3) [-]Не ранее 6 недель после приступа панкреатита
- 4) [+]Не ранее 12 недель после приступа панкреатита

5) [-]Вообще не подлежат операции

---

**142. Какая операция дает лучший результат при неосложненных кистах подж елудочной железы?**

1) [-]Марсупиализация

2) [-]Наружное дренирование кисты

3) [-]Наружное дренирование кисты с активным дренированием

4) [+]**Цистозентеростомия с активной аспирацией содержимого**

5) [-]Резекция поджелудочной железы с кистой

---

**143. Укажите наиболее частую причину развития хронического панкреатита.**

1) [-]Употребление жирной, жареной, копченой пищи

2) [-]Хронические заболевания толстой и тонкой кишок

3) [+]**Хронический алкоголизм и желчнокаменная болезнь**

4) [-]Поражение сосудов поджелудочной железы

5) [-]Вторичный иммунодефицит

---

**144. Какой метод исследования наиболее важен для уточнения клинической формы острого панкреатита?**

1) [-]Клинический анализ крови

2) [-]Обзорная рентгенография живота

3) [-]Фиброгастродуоденоскопия

4) [+]**Динамическая лапароскопия**

5) [-]Динамическая сонография

---

**145. Какие заболевания могут быть причиной**

## **острого панкреатита?**

- 1) [+] Желчнокаменная болезнь
  - 2) [+] Дивертикул двенадцатиперстной кишки
  - 3) [-] Эрозивный эзофагит
  - 4) [+] Хроническая гастродуоденальная язва
  - 5) [-] Цирроз печени
- 

### **146. Укажите ранние осложнения острого панкреатита.**

- 1) [+] Разлитой ферментативный перитонит
  - 2) [+] Отек легких и головного мозга
  - 3) [-] Абсцессы поджелудочной железы, брюшной полости
  - 4) [-] Сепсис
  - 5) [+] Кровоизлияния в стенки органов желудочно-кишечного тракта
- 

### **147. Укажите поздние осложнения острого панкреатита.**

- 1) [+] Гнойный плеврит
  - 2) [+] Абсцессы брюшной полости
  - 3) [+] Гнойный пилефлебит, паранефрит
  - 4) [+] Свищи поджелудочной железы
  - 5) [-] Серозно-геморрагический парапанкреатит
- 

### **148. Что необходимо учитывать прежде всего при определении объема инфузионной терапии у больного острым панкреатитом?**

- 1) [-] Возраст
- 2) [-] Наличие сопутствующих заболеваний

3) [-]Наличие сахарного диабета

4) [+]Степень эндогенной интоксикации

5) [-]Наличие желтухи

---

**149. Перечислите показания к ранним операциям при остром панкреатите.**

1) [+]Разлитой ферментативный перитонит

2) [+]Желтуха с высокими показателями билирубина крови

3) [-]Гнойные кисты поджелудочной железы

4) [+]Тяжелая интоксикация, не исчезающая под влиянием проводимого консервативного лечения

5) [-]Расплавление и секвестрация некротических очагов поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки

---

**150. Укажите минимально необходимый объем операции при интерстициальном и некротическом панкреатите в ранние сроки заболевания.**

1) [-]Удаление перитонеального экссудата, некросеквестрэктомия

2) [+]Удаление перитонеального экссудата, холецистостомия при холестазах

3) [-]Удаление перитонеального экссудата, дренирование гнойников парапанкреатической клетчатки

4) [-]Удаление перитонеального экссудата, резекция поджелудочной железы с гнойными очагами

---

**151. Пропитывание ткани поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки жидким геморрагическим содержимым характерно для:**

- 1) [+]очень ранних сроков заболевания
  - 2) [-]поздних сроков заболевания
  - 3) [-]запущенных форм заболевания
  - 4) [-]септических больных
- 

**152. При разлитом ферментативном геморрагическом перитоните показана:**

- 1) [-]только массивная инфузионная терапия с антибиотиками
  - 2) [+]как можно более ранняя операция
  - 3) [-]операция при отсутствии положительного эффекта от консервативного лечения, но не ранее, чем через 24-48 часов от начала заболевания
  - 4) [-]операция только при появлении признаков гнойного парапанкреатита
  - 5) [-]срочная операция только при нарастающей желтухе
- 

**153. При нарастающей желтухе на фоне острого панкреатита больного необходимо оперировать:**

- 1) [-]не позднее суток от начала заболевания
  - 2) [+]не позднее 3-4 суток от начала заболевания
  - 3) [-]не ранее 7 суток от начала заболевания
  - 4) [-]не ранее 10 суток от начала заболевания
  - 5) [-]не ранее 2 недель от начала заболевания
- 

**154. При лечении тяжелых форм острого панкреатита наиболее эффективна:**

- 1) [-]массивная инфузионно-детоксикационная терапия
- 2) [+]экстракорпоральная детоксикация
- 3) [-]гемотрансфузия одногруппной крови



4) [-]переливание сенсibilизированной плазмы

5) [-]антиферментная терапия

---

**155. Если у больного интерстициальным панкреатитом, не подвергнутого ранней операции, обнаружена желчнокаменная болезнь, то его необходимо:**

1) [-]лечить только консервативно

2) [-]срочно оперировать

3) [-]оперировать в первые 3 суток от начала заболевания

4) [-]оперировать в первую неделю от начала заболевания

5) [+]**оперировать в периоде стихания или полной ликвидации острых процессов в поджелудочной железе**

---

**156. Основным содержанием лечебной помощи при инфильтративно-некротическом панкреатите является:**

1) [+]**консервативное лечение**

2) [-]срочное оперативное лечение

3) [-]отсроченное оперативное лечение

---

**157. Аррозивное кровотечение в полость незрелой кисты поджелудочной железы требует: 1. увеличения объема инфузионной терапии**

1) [-]консервативного лечения с гемотрансфузией и применением гемостатических средств

2) [-]неотложной операции

3) [+]**оперативного лечения только при наличии гнойного панкреатита**

**158. При любой форме острого панкреатита операцию следует заканчивать:**

- 1) [-]тампонированием сальниковой сумки
  - 2) [+]дренированием сальниковой сумки
  - 3) [-]дренированием общего желчного протока
  - 4) [-]дренированием брюшной полости
  - 5) [-]холедоходуоденостомией
- 

**159. Какой этап операции является ошибочным при раннем оперативном лечении острого панкреатита?**

- 1) [-]Дренирование сальниковой сумки
  - 2) [-]Дренирование брюшной полости
  - 3) [-]Холецистостомия
  - 4) [+]Тампонирование сальниковой сумки
  - 5) [-]Дренирование парапанкреатической клетчатки
- 

**160. Какое осложнение наиболее опасно при переходе панкреатического инфильтрата в кисту?**

- 1) [+]Аррозивное кровотечение
  - 2) [-]Прорыв незрелой кисты в соседний орган
  - 3) [-]Нагноение кисты
  - 4) [-]Прорыв незрелой кисты в свободную брюшную полость
- 

**161. При переходе инфильтративно-некротического панкреатита в гнойно-некротический следует:**

- 1) [-]увеличить объем инфузионно-детоксикационной

терапии

2) [-]подключит к лечебной программе антибиотики широкого спектра

3) [+]срочно оперировать больного

4) [-]оперировать больного только при появлении признаков разлитого перитонита

5) [-]продолжать в прежнем объеме программу лечения

---

**162. Какое количество панкреатического сока в среднем в сутки выделяет поджелудочная железа?**

1) [-]До 50 мл

2) [-]До 150 мл

3) [-]До 0,5 л

4) [-]До 1 л

5) [+]До 1,5 л

---

**163. Фиолетовые пятна на лице и туловище на фоне болей и резистентности в эпигастральной области соответствуют симптому острого панкреатита:**

1) [-]Грюнвальда

2) [-]Кюллена

3) [+]Мондора

4) [-]Турнера

5) [-]Холстеда

---

**164. Рефлекторный парез и вздутие поперечной ободочной кишки при остром панкреатите впервые описал:**

- 1) [-]Воскресенский
  - 2) [-]Турнер
  - 3) [-]Мондор
  - 4) [+]Гобье
  - 5) [-]Мейо
- 

**165. Укажите два наиболее вероятных этиологических фактора, приводящих к развитию острого холецистита.**

- 1) [-]Травма живота
  - 2) [+]Проникновение микрофлоры в желчные пути
  - 3) [+]Холецистолитиаз
  - 4) [-]Дискинезия желчного пузыря и внепеченочных желчных путей
  - 5) [-]Анатомические особенности строения желчных путей
- 

**166. Какой основной путь проникновения инфекции в желчный пузырь?**

- 1) [-]Энтеральный
  - 2) [-]Лимфогенный
  - 3) [+]Гематогенный
  - 4) [-]Аспирационный
  - 5) [-]Половой
- 

**167. Какая основная причина холестаза в желчном пузыре?**

- 1) [-]Перегибы удлинённого пузырного протока
- 2) [-]Сужение пузырного протока
- 3) [-]Извитость пузырного протока

4) [+]Конкременты желчного пузыря

5) [-]Анатомические особенности

---

**168. Как часто встречается бескаменный холецистит?**

1) [+]В 5-10% случаев

2) [-]В 10-15% случаев

3) [-]В 15-20% случаев

4) [-]В 20-25% случаев

5) [-]В 25-30% случаев

---

**169. Наиболее часто острый холецистит осложняется:**

1) [-]механической желтухой

2) [+]перивезикальным инфильтратом

3) [-]перивезикальным абсцессом

4) [-]пузырно-кишечными свищами

5) [-]разлитым перитонитом

---

**170. Какой симптомокомплекс наиболее характерен для гнойного холангита?**

1) [-]Интенсивные боли, перитонеальные симптомы в правом подреберье

2) [-]Гектическая температура тела, рвота желчью, напряжение мышц в эпигастрии

3) [+]Интермитирующая температура тела, ознобы, желтушность кожи

4) [-]Субфебрильная температура тела, диспепсические расстройства, симптомы Мюсси-Георгиевского, Ортнера

5) [-]Схваткообразные боли, вздутие живота, задержка

**171. Какой метод исследования позволяет установить наиболее точный диагноз при остром холецистите?**

- 1) [-]Обзорная рентгенография живота
  - 2) [-]УЗИ брюшной полости
  - 3) [-]Клинический и биохимический анализы крови
  - 4) [-]Лапароцентез
  - 5) [+]**Лапароскопия**
- 

**172. С какими заболеваниями чаще всего приходится дифференцировать острый холецистит?**

- 1) [+]**Острый панкреатит**
  - 2) [-]Острый аппендицит
  - 3) [-]Перфоративная язва
  - 4) [-]Правосторонняя пневмония
  - 5) [-]Острый гепатит
- 

**173. Какие анатомические структуры образуют треугольник Кало.**

- 1) [-]Правый печеночный проток
  - 2) [+]**Общий печеночный проток**
  - 3) [+]**Пузырный проток**
  - 4) [-]Общий желчный проток
  - 5) [+]**Пузырная артерия**
  - 6) [-]Правая печеночная артерия
- 

**174. Операцией выбора при остром**

## **холецистите является:**

- 1) [-]холецистостомия
  - 2) [-]холецистолитотомия
  - 3) [+]холецистэктомия
  - 4) [-]холецистодуоденостомия
  - 5) [-]холецистоеюнодентостомия
- 

## **175. Укажите абсолютное показание к холедохотомии.**

- 1) [-]Механическая желтуха
  - 2) [-]Холангит
  - 3) [+]Холедохолитиаз
  - 4) [-]Расширение внепеченочных желчных протоков
  - 5) [-]Стриктура терминального отдела холедоха
- 

## **176. Показанием к холедоходуоденостомии является:**

- 1) [-]механическая желтуха
  - 2) [-]расширение внепеченочных желчных протоков
  - 3) [-]множественные конкременты в желчном пузыре
  - 4) [-]наличие в холедохе желчной "замазки" и "песка"
  - 5) [+]неудалимый конкремент терминального отдела холедоха
- 

## **177. Укажите в каких случаях можно воздержаться от интраоперационной холангиографии.**

- 1) [+]холедох не расширен
- 2) [+]отсутствие желтухи в анамнезе

3) [+]крупные конкременты в желчном пузыре

4) [+]узкий, облитерированный пузырный проток

5) [-]гангрена желчного пузыря

---

**178. Какой из объективных симптомов наблюдается чаще всего при остром холецистите?**

1) [-]Мюсси-Георгиевского

2) [-]Захарьина

3) [-]Щеткина-Блюмберга

4) [+]Ортнера

5) [-]Бартомье-Михельсона

---

**179. Укажите нормальные размеры общего желчного протока.**

1) [+]до 0,5 см

2) [-]до 1,0 см

3) [-]до 1,5 см

4) [-]до 2,0 см

5) [-]до 2,5 см

---

**180. Какое место занимает острый холецистит среди острых хирургических заболеваний органов брюшной полости?**

1) [-]Первое

2) [+]Второе

3) [-]Третье

4) [-]Четвертое

5) [-]Пятое



**181. Дренирование холедоха через культю пузырного протока - это способ:**

- 1) [-]Кера
  - 2) [-]Вишневского
  - 3) [+]Пиковского
  - 4) [-]Федорова
  - 5) [-]Каттеля
- 

**182. Дренирование холедоха Т-образным дренажом - это способ:**

- 1) [+]Кера
  - 2) [-]Стерлинга
  - 3) [-]Каттеля
  - 4) [-]Мейо
  - 5) [-]Вишневского
  - 6) [-]Пиковского
- 

**183. Наиболее частым интраоперационным осложнением холецистэктомии является повреждение:**

- 1) [-]общей печеночной артерии
  - 2) [-]правой печеночной артерии
  - 3) [+]внепеченочных желчных протоков
  - 4) [-]воротной вены
  - 5) [-]поджелудочной железы
- 

**184. Чаще всего острый холецистит развивается у больных:**

- 1) [-]молодого возраста

- 2) [-]среднего возраста
- 3) [+]пожилого возраста
- 4) [-]независимо от возраста

---

**185. Перечислите все симптомы, относящиеся к острому холециститу:**

- 1) [+]Мерфи
- 2) [+]Боаса
- 3) [-]Куленкампа
- 4) [+]Ортнера
- 5) [-]Волковича

---

**186. Противопоказанием к лапароскопической холецистэктомии является:**

- 1) [-]механическая желтуха
- 2) [-]флегмонозный холецистит
- 3) [-]гангренозный холецистит
- 4) [+]обширный спаечный процесс в брюшной полости
- 5) [-]наличие перитонита

---

**187. При остром бескаменном холецистите показана:**

- 1) [-]срочная операция
- 2) [-]отсроченная операция после стихания признаков острого воспаления
- 3) [-]только консервативное лечение
- 4) [+]консервативное лечение, операция при появлении перитонеальных симптомов

---

**188. Характерным осложнением**

**холецистодуоденостомии является:**

- 1) [-]разлитой желчный перитонит
- 2) [-]абсцессы брюшной полости
- 3) [-]стриктура билиодигестивного анастомоза
- 4) [+]холангит, внутripеченочные абсцессы
- 5) [-]жировая дистрофия печени

---

**189. Холедохолитотомию после удаления конкрементов целесообразно завершить:**

- 1) [-]ушиванием дефекта холедоха
- 2) [+]наружным дренированием холедоха
- 3) [-]холедоходуоденостомией
- 4) [-]холедохоеюностомией

---

**190. Для временной остановки кровотечения из пересеченной пузырной артерии следует пережать:**

- 1) [-]аорту
- 2) [-]воротную вену
- 3) [-]правую желудочно-сальниковую артерию
- 4) [+]печеночно-двенадцатиперстую связку
- 5) [-]желудочно-ободочную связку

---

**191. Проподимость билиодигестивного анастомоза считается достаточной, если его ширина составляет:**

- 1) [-]1 см
- 2) [+]2 см
- 3) [-]3 см

4) [-]4 см

5) [-]5 см

---

**192. Наиболее частым возбудителем острого холецистита является:**

1) [-]синегнойная палочка

2) [+]кишечная палочка

3) [-]стафилококки

4) [-]стрептококки

5) [-]энтерококки

---

**193. С каким заболеванием чаще всего сочетается острый холецистит?**

1) [+]острый панкреатит

2) [-]острый аппендицит

3) [-]язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки

4) [-]неспецифический язвенный колит

5) [-]острый гепатит

---

**194. Наиболее частым возбудителем холангита является:**

1) [-]стафилококки

2) [-]стрептококки

3) [-]бактериоды

4) [+]кишечная палочка

5) [-]синегнойная палочка

---

**195. Какое осложнение наиболее характерно для острого холецистита в первые двое суток от**

## начала заболевания?

- 1) [+]Перитонит
  - 2) [-]Гнойный холангит
  - 3) [-]Тромбозмболия печеночной артерии
  - 4) [-]Перивезикальный инфильтрат
  - 5) [-]Перивезикальный абсцесс
- 

## 196. Обязательный этап операции по поводу острого холецистита - это:

- 1) [-]пункция холедоха
  - 2) [+]ревизия внепеченочных желчных протоков
  - 3) [-]инструментальное исследование желчных путей
  - 4) [-]холангиоманометрия
  - 5) [-]холедохоскопия
- 

## 197. Какой вид обезболивания предпочтителен при холецистэктомии по поводу острого холецистита?

- 1) [-]Местная анестезия
  - 2) [-]Местная анестезия с потенцированием
  - 3) [-]Проводниковая анестезия
  - 4) [+]Интубационная анестезия
  - 5) [-]Внутривенная анестезия
- 

## 198. В какие сроки удаляют дренаж Кера из холедоха при гладком течении послеоперационного периода?

- 1) [-]На 1-2 сутки
- 2) [-]На 3-5 сутки

3) [+]На 6-7 сутки

4) [-]На 8-10 сутки

5) [-]На 12-14 сутки

---

**199. При выполнении холецистэктомии "от шейки" желчного пузыря прежде всего перевязывают:**

1) [-]Пузырную артерию

2) [-]Правую печеночную артерию

3) [-]Пузырный проток

4) [-]Общий печеночный проток

5) [-]Общий желчный проток

---

**200. Наличие в желчном пузыре мелких камней при широком и коротком пузырном протоке является показанием к:**

1) [-]холецистостомии

2) [+]холедохотомии

3) [-]холедоходуоденостомии

4) [-]холедохоеюностомии

5) [-]дренированию главного панкреатического протока

---

**201. Так называемая водяная проба при холедохотомии проводится для проверки:**

1) [-]проходимости пузырного протока

2) [-]проходимости общего печеночного протока

3) [+]проходимости общего желчного протока

4) [-]проходимости главного панкреатического протока

5) [-]проходимости холедоходуоденоанастомоза

**202. Какой вид шва предпочтителен для наложения холедоходуоденоанастомоза?**

- 1) [+]Однорядный
- 2) [-]Двухрядный
- 3) [-]Трехрядный
- 4) [-]Вопрос окончательно не решен

**203. Какой доступ наименее травматичен при холецистэктомии?**

- 1) [+]Срединный
- 2) [-]По Федорову
- 3) [-]По Керу
- 4) [-]По Гей-Люсаку
- 5) [-]Вопрос окончательно не решен

**204. Какую манипуляцию обязательно следует выполнить перед холецистэктомией?**

- 1) [+]введение в брюшную полость тампонов
- 2) [-]дренирование брюшной полости
- 3) [-]введение раствора новокаина в корень брыжейки тонкой кишки
- 4) [-]дренирование общего желчного протока
- 5) [-]санацию брюшной полости

**205. Наибольшую опасность при холецистэктомии представляет повреждение:**

- 1) [-]пузырного протока
- 2) [-]пузырной артерии
- 3) [+]общего желчного протока

4) [-]печеночно-двенадцатиперстной связки

5) [-]всех вышеперечисленных анатомических образований

---

**206. Лучшим вариантом дренажа, на котором производится восстановление целостности общего желчного протока является дренаж:**

1) [-]по Вишневскому

2) [-]по Пиковскому

3) [+]по Керу

4) [-]по Фолькеру

5) [-]Вопрос окончательно не решен

---

**207. Показанием к папиллосфинктеротомии является:**

1) [-]холедохолитиаз

2) [-]холангит

3) [+]вклиненный конкремент дистального отдела холедоха

4) [-]непроходимость главного панкреатического протока

5) [-]все вышеперечисленные случаи

---

**208. Наибольшую опасность при трансдуоденальной папиллосфинктеротомии представляет повреждение следующих анатомических образований:**

1) [-]общего желчного протока

2) [+]главного панкреатического протока

3) [+]различных сосудов

4) [-]различных нервных образований

5) [-]все вышеперечисленное



**209.**

**Противопоказанием**

**к**

**холедоходуоденостомии является:**

- 1) [-]механическая желтуха
  - 2) [-]гангренозный холецистит
  - 3) [-]дуоденит
  - 4) [+]дуоденостаз
  - 5) [-]все вышеперечисленные причины
- 

**210. При высокой и быстронарастающей желтухе операцию следует выполнить:**

- 1) [-]сразу после установления диагноза
  - 2) [-]в течение первых 6 часов с момента поступления больного
  - 3) [-]в течение первых суток с момента поступления больного
  - 4) [+]в течение 24-48 часов с момента поступления больного
  - 5) [-]после стихания острого воспаления в желчном пузыре
- 

**211. Повторные операции при непроходимости холедоха, вызванной оставленными камнями, следует выполнять:**

- 1) [+]как можно раньше после первой операции
  - 2) [-]не ранее, чем через 5-7 суток после первой операции
  - 3) [-]не ранее 2 недель после первой операции
  - 4) [-]не ранее 2-3 месяцев после первой операции
  - 5) [-]в плановом порядке после стихания признаков перитонита
- 

**212. Укажите наиболее частую причину**

## **разлитого гнойного перитонита.**

- 1) [+]Аппендицит
  - 2) [-]Холецистит
  - 3) [-]Панкреатит
  - 4) [-]Перфоративная гастродуоденальная язва
  - 5) [-]Рак ободочной кишки
- 

## **213. Кто предложил классификацию разлитого перитонита по фазам?**

- 1) [-]М.И. Кузин
  - 2) [+]К.С. Симонян
  - 3) [-]П.М. Постолов
  - 4) [-]М.Д. Ханевич
  - 5) [-]И.А. Ерюхин
- 

## **214. Какой симптом наиболее важен для диагностики перитонита?**

- 1) [-]Щеткина-Блюмберга
  - 2) [+]Напряжения мышц передней брюшной стенки
  - 3) [-]Ровзинга
  - 4) [-]Куленампфа
  - 5) [-]Ситковского
- 

## **215. Какой метод исследования наиболее информативен при перитоните?**

- 1) [-]Клинический анализ крови
- 2) [-]Рентгенография живота
- 3) [+]Лапароскопия
- 4) [-]Сонография

5) [-]Компьютерная томография

---

**216. Какой признак наиболее важен при определении токсической фазы перитонита?**

1) [-]Характер перитонеального экссудата

2) [-]Распространенность перитонеального выпота

3) [+]**Состояние тонкой кишки**

4) [-]Результаты бактериологического исследования перитонеального выпота

5) [-]Распространенность и характер фибриновых наложений

---

**217. Какой симптом наиболее характерен для тяжелых форм перитонита?**

1) [-]Щеткина-Блюмберга

2) [-]Воскресенского

3) [+]**Отсутствие перистальтики кишечника**

4) [-]Отсутствие мочеиспускания

5) [-]Затруднение отхождения стула и газов

---

**218. Какой рентгенологический признак свидетельствует о тяжелой форме перитонита?**

1) [-]Пнемоперитонеум

2) [+]**Чаши Клойбера**

3) [-]Симптом Вейсса

4) [-]Раздутая ободочная кишка

5) [-]Симптом Склярова

---

**219. Какая причина перитонита характеризуется более поздним развитием фаз внутрибрюшной**

## инфекции?

- 1) [-]Деструктивный аппендицит
  - 2) [-]Деструктивный холецистит
  - 3) [-]Деструктивный панкреатит
  - 4) [+]Перфоративная гастродуоденальная язва
  - 5) [-]Рак ободочной кишки
- 

## 220. Перитонит какого происхождения характеризуется наиболее тяжелым течением?

- 1) [-]Деструктивный аппендицит
  - 2) [-]Деструктивный холецистит
  - 3) [-]Деструктивный панкреатит
  - 4) [-]Перфоративная гастродуоденальная язва
  - 5) [+]Перфорация опухоли ободочной кишки
- 

## 221. Какие лабораторные признаки характерны для разлитого перитонита?

- 1) [-]Гиперпротеинемия
  - 2) [+]Нейтрофильный лейкоцитоз
  - 3) [+]Дизэлектролитемия
  - 4) [+]Гипопротеинемия
  - 5) [-]Гипергликемия
- 

## 222. Для какой причины перитонита не характерно напряжение мышц передней брюшной стенки?

- 1) [-]Деструктивный аппендицит
- 2) [-]Деструктивный холецистит
- 3) [-]Перфоративная гастродуоденальная язва

4) [+]Внематочная беременность

5) [-]Перфорация опухоли ободочной кишки

---

**223. Диагностика перитонита какого происхождения вызывает наибольшие трудности?**

1) [-]Аппендикулярного

2) [-]Гинекологического

3) [+]Послеоперационного

4) [-]Перфоративного

5) [-]Раневого

---

**224. Пельвиоперитонит гинекологической природы требует:**

1) [+]консервативного лечения

2) [-]срочного оперативного лечения

3) [-]оперативного лечения при точном топическом диагнозе

4) [-]оперативного лечения при неясном топическом диагнозе

5) [-]не требует никакого лечения

---

**225. Какая главная цель операции при перитоните?**

1) [+]Устранение источника перитонита

2) [-]Удаление перитонеального экссудата

3) [-]Санация брюшной полости

4) [-]Дренирование брюшной полости

5) [-]Надежное закрытие операционной раны

---

**226. Дренирование тонкой кишки при**

## **перитоните показано при:**

- 1) [-]разлитом перитоните
  - 2) [+]токсической фазе перитонита
  - 3) [-]терминальной фазе перитонита
  - 4) [-]местном перитоните
  - 5) [-]ни в одном из вышеперечисленных случаев
- 

## **227. Какой способ дренирования тонкой кишки предпочтителен?**

- 1) [-]По Дедереру
  - 2) [+]По Вангенштилю
  - 3) [-]По Зауэру
  - 4) [-]По Долецкому
  - 5) [-]По Житнюку
- 

## **228. Какую манипуляцию необходимо провести перед интестинальной интубацией?**

- 1) [-]Санацию брюшной полости
  - 2) [-]Дренирование брюшной полости
  - 3) [+]Введение раствора новокаина в корень брыжейки тонкой кишки
  - 4) [-]Введение зонда в желудок
  - 5) [-]Орошение антибиотиками брюшной полости
- 

## **229. Какой операционный доступ предпочтителен при разлитом перитоните аппендикулярного происхождения?**

- 1) [-]Волковича-Дьяконова
- 2) [-]Кохера

3) [-]Леннандера

4) [+]Срединный

5) [-]Федорова

---

**230. Перечислите абсолютные показания к постановке в брюшную полость тампонов при разлитом перитоните.**

1) [+]Неудаленный источник перитонита

2) [+]Неуверенность в надежном гемостазе

3) [-]Гангренозно-перфоративный аппендицит

4) [-]Перфорация опухоли ободочной кишки

5) [-]Перфорация каллезной язвы залуковичного отдела двенадцатиперстной кишки

---

**231. Какой этап операции обязателен при перитоните любого происхождения?**

1) [-]Санация брюшной полости

2) [+]Дренирование брюшной полости

3) [-]Тампонирование брюшной полости

4) [-]Введение раствора новокаина в корень брыжейки тонкой кишки

5) [-]Дренирование тонкой кишки

---

**232. Какие 2 микроорганизма являются ведущими этиологическими внутрибрюшной инфекции?**

1) [-]Стафилококк

2) [-]Стрептококк

3) [+]Кишечная палочка

4) [+]Бактероиды

5) [-]Клостридии

---

**233. Наиболее близко понятию "абдоминальный сепсис" соответствует:**

1) [-]Местный перитонит

2) [-]Реактивная фаза перитонита

3) [-]Токсическая фаза перитонита

4) [+]Терминальная фаза перитонита

5) [-]Все вышеперечисленные формы перитонита

---

**234. Какие формы перитонита относятся к тяжелым?**

1) [-]Местный перитонит

2) [-]Реактивная фаза

3) [+]Токсическая фаза

4) [+]Терминальная фаза

5) [-]Все вышеперечисленные

---

**235. Обычно терминальная фаза внутрибрюшной инфекции развивается не ранее, чем через:**

1) [-]12 часов от начала заболевания

2) [-]24 часа от начала заболевания

3) [-]48 часов от начала заболевания

4) [+]72 часа от начала заболевания

5) [-]96 часов от начала заболевания

---

**236. Наибольшие трудности диагностика перитонита вызывает у:**



- 1) [-]мужчин
  - 2) [-]женщин
  - 3) [-]молодых людей
  - 4) [+]больных пожилого и старческого возраста
  - 5) [-]беременных
- 

**237. Диаметр просвета трубки для дренирования брюшной полости должен быть в пределах:**

- 1) [-]5 мм
  - 2) [+]5-10 мм
  - 3) [-]10-20 мм
  - 4) [-]20-30 мм
  - 5) [-]вопрос до конца не выяснен
- 

**238. При каких ситуациях не следует зашивать кожу срединного лапаротомного разреза при разлитом перитоните?**

- 1) [-]При гангренозном холецистите
  - 2) [-]При гангренозном аппендиците
  - 3) [-]При гнойно-некротическом панкреатите
  - 4) [-]При огнестрельном перитоните
  - 5) [+]Ни в одном из вышеперечисленных случаев
- 

**239. При перитонитах какого происхождения не следует дренировать брюшную полость?**

- 1) [-]При гангренозном аппендиците
- 2) [-]При аппендикулярном абсцессе
- 3) [-]При деструктивном панкреатите

4) [-]При огнестрельном перитоните

5) [+]Ни в одном из перечисленных случаев

---

**240. При каком перитоните брюшную полость санировать не следует?**

1) [+]При местном перитоните

2) [-]При реактивной фазе перитонита

3) [-]При токсической фазе перитонита

4) [-]При терминальной фазе перитонита

5) [-]Всегда следует санировать

---

**241. Когда целесообразно удалить дренажную трубку из брюшной полости после санации по поводу перитонита?**

1) [-]На первые сутки после операции

2) [-]На 2-3 сутки после операции

3) [-]На 5-7 сутки после операции

4) [+]При прекращении поступления отделяемого из брюшной полости

5) [-]Вопрос окончательно не решен

---

**242. Какое количество жидкости необходимо ввести в брюшную полость при диагностическом лапароцентезе?**

1) [-]100-200 мл

2) [-]500-1000 мл

3) [+]1500-2000 мл

4) [-]2000-3000 мл

5) [-]Вопрос окончательно не решен

**243. Какие препараты необходимо использовать для лечения больного разлитым перитонитом?**

- 1) [-]Улучшающие реологические свойства крови
- 2) [-]Белковые препараты
- 3) [-]Антибиотики
- 4) [-]Анальгетики
- 5) [+]**Все вышеперечисленные**

**244. Какие группы антибактериальных препаратов предназначены для лечения анаэробного неклостридиального перитонита?**

- 1) [-]Природные пенициллины
- 2) [-]Тетрациклины
- 3) [+]**Производные нитримидазола**
- 4) [+]**Цефалоспорины 4-го поколения**
- 5) [-]Аминоциклитолы

**245. Препараты каких двух групп следует применять для лечения аппендикулярных абсцессов брюшной полости?**

- 1) [-]Природные пенициллины
- 2) [+]**Аминоциклитолы**
- 3) [+]**Производные нитримидазола**
- 4) [-]Тетрациклины
- 5) [-]Сульфаниламиды

**246. Когда следует начинать антибактериальную терапию перитонита?**

- 1) [+]Сразу после установления диагноза
  - 2) [-]Во время предоперационной подготовки
  - 3) [-]Во время операции
  - 4) [-]Сразу после операции
  - 5) [-]После получения результатов посевов и чувствительности к антибиотикам
- 

**247. При перитонитах какого происхождения вероятность присутствия строгих анаэробов в перитонеальном экссудате максимальная?**

- 1) [-]При перфорации гастродуоденальных язв
  - 2) [-]При деструктивном панкреатите
  - 3) [-]При деструктивном холецистите
  - 4) [-]При ранениях тонкой кишки
  - 5) [+]При перфорации опухоли ободочной кишки
- 

**248. Какой минимальный объем операции показан при перфорации рака сигмовидной кишки на фоне терминальной фазы перитонита?**

- 1) [-]Ушивание перфорационного отверстия
  - 2) [+]Двуствольная сигмостомия
  - 3) [-]Операция Гартмана
  - 4) [-]Резекция сигмовидной кишки
  - 5) [-]Левосторонняя гемиколэктомия
- 

**249. Какая операция показана при перфорации каллезной дуоденальной язвы на фоне терминальной фазы перитонита?**

- 1) [-]Простое ушивание перфорационного отверстия

2) [+]Иссечение и ушивание язвы

3) [-]Стволовая ваготомия с иссечением язвы и пилоропластикой

4) [-]Резекция желудка

5) [-]Ни одна из вышеперечисленных

---

**250. Перечислите авторов, монографии "Воспаление как общебиологическая реакция: на модели разлитого перитонита" (1989):**

1) [+]И.А. Ерюхин

2) [-]А.А. Курыгин

3) [-]М.И. Лыткин

4) [+]В.К. Вагнер

5) [+]В.Я. Белый

---

**251. Перечислите причины, вызывающие паралитическую кишечную непроходимость:**

1) [+]Разлитой перитонит

2) [-]Спазмофилия

3) [+]Тромбоз мезентериальных сосудов

4) [-]Свинцовое отравление

5) [+]Заболевания спинного мозга

---

**252. Перечислите причины, вызывающие спастическую кишечную непроходимость:**

1) [-]Разлитой перитонит

2) [+]Спазмофилия

3) [-]Тромбоз мезентериальных сосудов

4) [+]Свинцовое отравление

5) [+]Энерит

---

**253. Какой вид кишечной непроходимости встречается чаще других?**

- 1) [-]Заворот
  - 2) [-]Инвагинация
  - 3) [+]Спаечная непроходимость
  - 4) [-]Узлообразование
  - 5) [-]Спастическая непроходимость
- 

**254. Какие симптомы характерны для начальной клинической картины механической кишечной непроходимости:**

- 1) [+]Схваткообразные боли в животе
  - 2) [-]Напряжение мышц передней брюшной стенки
  - 3) [-]Высокая лихорадка
  - 4) [-]Перитонеальные симптомы
  - 5) [+]Усиление кишечных шумов
- 

**255. Какая продолжительность раннего периода в клиническом течении острой кишечной непроходимости?**

- 1) [-]От 1 до 2 часов
  - 2) [+]От 2 до 12 часов
  - 3) [-]От 12 до 24 часов
  - 4) [-]От 24 до 36 часов
  - 5) [-]От 36 до 48 часов
- 

**256. В каком периоде клинического течения острой кишечной непроходимости допускается**

**наибольшее число диагностических ошибок?**

- 1) [-]В раннем периоде
  - 2) [+]В промежуточном периоде
  - 3) [-]В позднем периоде
- 

**257. Какое заболевание наиболее часто симулирует странгуляционную кишечную непроходимость?**

- 1) [-]Острый гастрит
  - 2) [+]Острый панкреатит
  - 3) [-]Острая дизентерия
  - 4) [-]Копростаз
  - 5) [-]Печеночная колика
- 

**258. В отличие от острой кишечной непроходимости во втором периоде клинического течения при каких нижеуказанных заболеваниях более выражены напряжение мышц передней брюшной стенки, локальная болезненность и отмечается гипертермия?**

- 1) [+]Острый аппендицит
  - 2) [+]Терминальный илеит
  - 3) [+]Воспаление дивертикула Меккеля
  - 4) [+]Мезентериальный лимфаденит
  - 5) [-]Почечная колика
- 

**259. Какой вид кишечной непроходимости требует более длительного нахождения зонда в тонкой кишке после операции?**

- 1) [-]Заворот тонкой кишки
  - 2) [-]Узлообразование
  - 3) [+]Спаечная непроходимость
  - 4) [-]Ущемление тонкой кишки
  - 5) [-]Инвагинация
- 

**260. Клиническая картина каких видов кишечной непроходимости наиболее сходна с клиникой тромбоза мезентериальных сосудов?**

- 1) [-]Обтурационная толстокишечная непроходимость
  - 2) [+]Заворот тонкой кишки
  - 3) [+]Узлообразование
  - 4) [-]Спаечная непроходимость
  - 5) [-]Ущемление тонкой кишки в грыжевом канале
- 

**261. Для каких видов кишечной непроходимости наиболее характерна следующая клиническая картина: сильнейшие постоянные боли в животе, общее состояние, напоминающее шоковое, нормальная температура тела, вздутие и резко выраженный тимпанит во всех отделах живота?**

- 1) [-]Обтурационная толстокишечная непроходимость
  - 2) [-]Обтурационная тонкокишечная непроходимость
  - 3) [-]Спаечная непроходимость
  - 4) [+]Заворот
  - 5) [+]Узлообразование
- 

**262. Какие клинические проявления наиболее характерны для раннего периода обтурационной толстокишечной непроходимости?**



- 1) [+]Общее состояние удовлетворительное
  - 2) [-]Общее состояние тяжелое
  - 3) [+]Схваткообразные боли в животе
  - 4) [-]Постоянные сильные боли в животе
  - 5) [+]Отсутствие стула и газов
- 

**263. Какие 2 метода исследования наиболее важны для определения локализации обтурационной непроходимости при локализации препятствия в верхнеампулярном отделе прямой кишки?**

- 1) [+]Обзорная рентгенография живота
  - 2) [-]Аускультация живота
  - 3) [-]Ректальное исследование прямой кишки
  - 4) [-]Сонография брюшной полости
  - 5) [+]Фиброколоноскопия
- 

**264. Кишечная непроходимость, вызванная опухолью, вызывается главным образом у больных:**

- 1) [-]опухолью тонкой кишки
  - 2) [+]опухолью толстой кишки
  - 3) [-]опухолью поджелудочной железы
  - 4) [-]опухолью матки
  - 5) [-]опухолью прямой кишки
- 

**265. Какое экстренное исследование наиболее ценно при кишечной непроходимости, вызванной заболеванием нижнеампулярного отдела прямой кишки?**

- 1) [-]Обзорная рентгенография живота
  - 2) [-]Сонография брюшной полости
  - 3) [-]Лапароскопия
  - 4) [+]**Пальцевое исследование прямой кишки**
  - 5) [-]Ирригоскопия
- 

**266. В каком возрасте, как правило, возникает тромбоз мезентерических сосудов?**

- 1) [-]В юношеском возрасте
  - 2) [-]В молодом возрасте
  - 3) [+]**В пожилом возрасте**
  - 4) [-]Точно не определено
- 

**267. В каком возрасте чаще всего возникает заворот сигмовидной кишки?**

- 1) [-]В юношеском возрасте
  - 2) [-]В возрасте от 30 до 45 лет
  - 3) [+]**В возрасте от 50 до 70 лет**
  - 4) [-]В возрасте от 80 до 90 лет
  - 5) [-]В возрасте старше 90 лет
- 

**268. В какие сроки после начала острого холецистопанкреатита развивается рыхлый инфильтрат желчного пузыря?**

- 1) [-]В первые сутки от начала заболевания
- 2) [-]Не ранее 6-12 часов от начала заболевания
- 3) [+]**Не ранее 24-48 часов от начала заболевания**
- 4) [-]Не ранее 2 суток от начала заболевания
- 5) [-]Гораздо позже 2 суток от начала заболевания

**269. В какие минимальные сроки от начала острого холецистопанкреатита развивается плотный инфильтрат вокруг желчного пузыря?**

- 1) [-]В первые 6 суток от начала заболевания
  - 2) [-]Не позднее 6-12 часов от начала заболевания
  - 3) [-]Не позднее 12-24 часов от начала заболевания
  - 4) [+]Не ранее 24-48 часов от начала заболевания
  - 5) [-]Развивается гораздо позже 2 суток от начала заболевания
- 

**270. При какой ситуации хирург испытывает наибольшие трудности при холецистэктомии на фоне острого панкреатита?**

- 1) [-]Когда желчный пузырь окутан сальником и к нему рыхло припаяны другие органы брюшной полости
  - 2) [-]Когда стенки желчного пузыря рыхло сращены с окружающими органами, а последние легко отделяются от стенки пузыря
  - 3) [+]Когда стенки желчного пузыря плотно сращены с окружающими тканями и разделить их возможно только острым путем
  - 4) [-]Во всех вышеперечисленных случаях холецистэктомия, как правило, не вызывает технических трудностей
- 

**271. Кто из отечественных авторов предложил дренировать тонкую кишку через гастростому?**

- 1) [-]И.Д. Житнюк
- 2) [+]Ю.М. Дедерер
- 3) [-]С.Я. Долецкий

4) [-]В.В. Румянцев

5) [-]М.И. Лыткин

---

**272. Кто из отечественных авторов предложил дренировать тонкую кишку ретрогр адно через илеостому?**

1) [+]И.Д. Житнюк

2) [-]Ю.М. Дедерер

3) [-]С.Я. Долецкий

4) [-]В.В. Румянцев

5) [-]И.А. Ерюхин

---

**273. Перечислите авторов монографии "Дренирование тонкой кишки при перитоните и кишечной непроходимости" (1992):**

1) [-]И.А. Ерюхин

2) [+]А.А. Курыгин

3) [-]В.П. Петров

4) [+]Э.А. Нечаев

5) [-]П.Н. Зубарев

6) [+]М.Д. Ханевич

7) [-]Ю.Л. Шевченко

---

**274. Какое осложнение грыжи наиболее опасно для жизни?**

1) [+]Ущемление

2) [-]Копростаз

3) [-]Невправимость

4) [-]Воспаление

**275. Какие 2 органа брюшной полости наиболее часто ущемляются в грыже?**

- 1) [+] Большой сальник
  - 2) [+] Тонкая кишка
  - 3) [-] Сигмовидная кишка
  - 4) [-] Мочевой пузырь
  - 5) [-] Слепая кишка
- 

**276. При ущемлении кишки наибольшие морфологические изменения наблюдаются:**

- 1) [+] в приводящем отделе кишки
  - 2) [-] в отводящем отделе кишки
  - 3) [-] В равной степени во всех отделах кишки
- 

**277. На каком протяжении повреждается слизистая оболочка приводящего отдела кишки в при ущемленной грыже?**

- 1) [-] 5-10 см
  - 2) [-] 10-15 см
  - 3) [-] 15-20 см
  - 4) [+] 20-30 см
  - 5) [-] 30-40 см
- 

**278. На каком протяжении повреждается слизистая оболочка отводящего отдела кишки при ущемленной грыже?**

- 1) [-] 5-10 см
- 2) [+] 10-15 см
- 3) [-] 15-20 см

4) [-]20-30 см

5) [-]30-40 см

---

**279. Основными симптомами ущемленной грыжи являются:**

1) [+]острая боль в области грыжи

2) [+]невправимость грыжи

3) [-]повышение температуры тела

4) [-]положительный симптом кашлевого толчка

5) [+]резкая болезненность грыжевого выпячивания

---

**280. В какой период клинического течения выгоднее оперировать ущемленную грыжу?**

1) [+]В болевой период

2) [-]В период мнимого благополучия

3) [-]В период разлитого перитонита

4) [-]Разницы нет

---

**281. При обнаружении некроза купола слепой кишки в ущемленной грыже показана:**

1) [-]резекция купола слепой кишки

2) [-]резекция слепой кишки

3) [+]правосторонняя гемиколэктомия

4) [-]любой из вышеперчисленных вариантов

---

**282. Какую ущемленную грыжу называют рихтеровской?**

1) [-]Ретроградное ущемление кишки

2) [+]Пристеночное ущемление кишки

- 3) [-]Ущемление скользящей грыжи
  - 4) [-]Ущемление мочевого пузыря
  - 5) [-]Ущемление червеобразного отростка
- 

**283. Летальность при ущемленных грыжах прежде всего зависит от:**

- 1) [-]возраста больного
  - 2) [-]сопутствующих заболеваний
  - 3) [-]локализации грыжи
  - 4) [+]срока от момента ущемления до операции
  - 5) [-]адекватности анестезии
- 

**284. Больной с самопроизвольно вправившейся ущемленной грыжей должен быть:**

- 1) [-]срочно оперирован
  - 2) [+]срочно госпитализирован в хирургическое отделение
  - 3) [-]отправлен под наблюдение врача поликлиники
- 

**285. Какое ущемление грыжи вызывает наибольшие диагностические трудности?**

- 1) [-]Ретроградное
  - 2) [+]Пристеночное
  - 3) [-]Купола слепой кишки
  - 4) [-]Червеобразного отростка
  - 5) [-]Мочевого пузыря
- 

**286. Установите правильную последовательность действий хирурга при ущемленной грыже.**

- 1) [+]Вскрытие грыжевого мешка
- 2) [+]Пластика грыжевых ворот
- 3) [+]Определение жизнеспособности ущемленных органов
- 4) [+]Послойное рассечение тканей до апоневроза, обнажение грыжевого мешка
- 5) [+]Рассечение ущемляющего кольца
- 6) [+]Удаление нежизнеспособного органа или тканей

---

**287. При флегмоне грыжевого мешка паховой грыжи следует:**

- 1) [-]выполнять все этапы операции из пахового доступа
- 2) [+]начинать операцию со срединного доступа с последующим переходом на паховый
- 3) [-]начинать операцию с пахового доступа с последующим переходом на срединный
- 4) [-]выполнять все этапы операции из срединного доступа
- 5) [-]выполнять все этапы операции через доступ Леннандера

---

**288. При флегмоне грыжевого мешка и некрозе участка тонкой кишки последний необходимо резецировать:**

- 1) [-]из герниотомного доступа
- 2) [-]из герниолапаротомного доступа
- 3) [+]из срединного доступа
- 4) [-]из параректального доступа
- 5) [-]любым вышеперечисленным доступом

---

**289. В ходе герниотомии повреждена стенка мочевого пузыря. Выши действия?**



- 1) [-]Ушить стенку пузыря однорядным швом любым шовным материалом
  - 2) [-]Ушить стенку пузыря двухрядным швом любым шовным материалом
  - 3) [-]Ушить стенку пузыря двухрядным швом с наложением первого ряда швов кетгутом
  - 4) [+]То же, что и вариант 3, но с наложением эпицистостомы
  - 5) [+]То же, что и вариант 3, но с пролонгированной катетеризацией мочевого пузыря
- 

**290. У больного самопроизвольно вправившейся грыжей появились тахикардия, субфебрильная температура тела, неотчетливое напряжение мышц внизу живота. аши действия?**

- 1) [-]Срочная лапаротомия
  - 2) [-]Продолжить динамическое наблюдение до появления отчетливой перитонеальной симптоматики
  - 3) [-]Назначить антибиотики широкого спектра
  - 4) [-]Срочная фиброгастроскопия
  - 5) [-]Вопрос окончательно не решен
- 

**291. Больной самопроизвольно вправившейся грыжей внезапно впал в сопорозное состояние, появилась одышка, запах ацетона из рта, тахикардия, повысились концентрации мочевины и сахара крови, кетонурия. Ваши действия?**

- 1) [-]Срочная лапаротомия
- 2) [-]Срочная герниотомия
- 3) [-]Динамическое наблюдение с контролем биохимических

показателей крови

4) [+] Начать инфузионно-детоксикационную терапию с коррекцией расстройств электролитного и углеводного обмена

5) [-] Срочно перевести больного на продленную искусственную вентиляцию легких

---

**292. У больного после герниотомии обнаружено мнимое ущемление вследствие асцит-перитонита, вызванного раком сигмовидной кишки. Ваши действия?**

1) [-] Выполнить герниопластику

2) [-] Удалить асцитическую жидкость, выполнить герниопластику

3) [+] Выполнить герниопластику и операцию Гармана из срединного доступа

4) [-] Выполнить первичную резекцию сигмовидной кишки с наложением толстокишечного анастомоза, простейший вид герниопластики

5) [-] Вывести через герниотомический доступ сигмостому

---

**293. Авторы каких монографий, посвященных грыжам брюшной стенки, Вы читали?**

1) [+] Кукуджанова

2) [+] Крымова

3) [-] Ерюхина

4) [-] Федорова

5) [+] Тоскина, Жербовского

6) [-] Курыгина

---

**294. Если частью грыжевого мешка является**

**орган, частично покрытый брюшиной, то такая грыжа называется:**

- 1) [-]прямой
  - 2) [-]косой
  - 3) [-]ущемленной
  - 4) [+]скользящей
  - 5) [-]пахово-мошоночной
- 

**295. Какой вид ущемления называют грыжей Майдля?**

- 1) [-]Эластический
  - 2) [-]Каловый
  - 3) [+]Ретроградный
  - 4) [-]Пристеночный
- 

**296. При ущемленной косой паховой грыже следует применять пластику:**

- 1) [+]передней стенки пахового канала
  - 2) [-]задней стенки пахового канала
  - 3) [-]любым из вышеперечисленных способов
  - 4) [-]Вопрос окончательно не решен
- 

**297. При ущемленной прямой паховой грыже следует применять пластику:**

- 1) [-]передней стенки пахового канала
- 2) [+]задней стенки пахового канала
- 3) [-]любым из вышеперечисленных способов
- 4) [-]Вопрос окончательно не решен

**298. Симптомы, сходные с симптомами острого аппендицита, возникают при прободной язве желудка и 12-перстной кишки вследствие**

- 1) [-]раздражения брюшины желудочным или кишечным содержимым
  - 2) [+]распространения содержимого по латеральному карману в подвздошную ямку
  - 3) [-]раздражения солнечного сплетения
- 

**299. Сосудом, сдавливающим нижнюю часть 12-перстной кишки и нарушающим ее проходимость, является**

- 1) [+]верхняя брыжеечная артерия и вена
  - 2) [-]верхняя брыжеечная артерия и нижняя брыжеечная вена
  - 3) [-]средняя артерия ободочной кишки
  - 4) [-]левая артерия ободочной кишки
- 

**300. Отек правой нижней конечности развивается на фоне острого аппендицита или после аппендэктомии вследствие**

- 1) [+]тромбоза подвздошных вен
  - 2) [-]распространения воспалительного процесса на бедро
  - 3) [-]вовлечения в воспалительный процесс подвздошно-поясничной мышцы
- 

**301. Проникновение инфекции в клетчатку седалищно-прямокишечной ямки возможно**

- 1) [-]при разрушении тазовой диафрагмы

- 2) [-]через малое седалищное отверстие
  - 3) [-]по ходу полового сосудисто-нервного пучка
  - 4) [+]все перечисленное
- 

### **302. Питание прямой кишки происходит за счет**

- 1) [-]нижней брыжеечной артерии
  - 2) [-]внутренней подвздошной артерии
  - 3) [-]внутренней половой артерии
  - 4) [+]всех перечисленных
- 

### **303. В прямой кишке выделяют**

- 1) [-]один сфинктер
  - 2) [-]два сфинктера
  - 3) [+]три сфинктера
  - 4) [-]четыре сфинктера
- 

### **304. Распространение гнойно-воспалительного процесса из клетчаточного пространства, расположенного под большой ягодичной мышцей, в область малого таза, происходит**

- 1) [-]через малое седалищное отверстие
  - 2) [-]через щель под проксимальной частью сухожилия большой ягодичной мышцы
  - 3) [+]через над- и подгрушевидные отверстия
  - 4) [-]по ходу седалищного нерва
- 

### **305. Глубокое бедренное кольцо при аномальном отхождении запирающей артерии со всех сторон окружено сосудистыми образованиями. В образовании "короны смерти"**

## не принимают участия

- 1) [-]лобковая ветвь нижней надчревной артерии
  - 2) [-]бедренная вена
  - 3) [+]окружающая подвздошную кость поверхностная артерия
- 

## 306. Общим отличительным признаком всех бедренных грыж является

- 1) [-]выход их над паховой складкой
  - 2) [-]расположение внутри от бедренной вены
  - 3) [-]наличие выпячивания на бедре
  - 4) [+]выход их из-под паховой складки
- 

## 307. В верхней половине бедренного треугольника по отношению к бедренной артерии бедренная вена располагается

- 1) [-]спереди
  - 2) [-]кнаружи
  - 3) [+]кнутри
  - 4) [-]сзади
- 

## 308. Паховый лимфатический узел Пирогова располагается в области

- 1) [+]устья большой подкожной вены бедра
  - 2) [-]проекции бедренной артерии
  - 3) [-]правильного ответа нет
- 

## 309. Наиболее достоверным методом установления причины механической желтухи является

- 1) [-]лапароскопия
  - 2) [-]радиоизотопная динамическая билиосцинтиграфия
  - 3) [+]ультразвуковое исследование желчного пузыря и желчных протоков
  - 4) [-]эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография
  - 5) [-]лапароскопическая холецистография
- 

### **310. Сужение дистального отдела холедоха диагностируется с помощью**

- 1) [-]эндоскопической ретроградной холангиографии
  - 2) [-]операционной холангиографии
  - 3) [-]инструментальным зондированием во время холедохотомии
  - 4) [-]холедохоскопией на операционном столе
  - 5) [+]все указанные выше
- 

### **311. Нормальный диаметр холедоха составляет**

- 1) [-]3-5 мм
  - 2) [+]6-8 мм
  - 3) [-]9-11 мм
  - 4) [-]8-12 мм
  - 5) [-]5-12 мм
- 

### **312. Рентгенологические признаки воздуха или бария в желчном пузыре или желчных протоках свидетельствуют**

- 1) [-]о холедохолитиазе
- 2) [-]о сальмонеллезе желчного пузыря

- 3) [+]**о** внутренней желчной фистуле
  - 4) [-]**о** желудочно-толстокишечной фистуле
  - 5) [-]**о** холецистите
- 

**313. Варикозно расширенные вены пищевода и желудка можно установить с помощью**

- 1) [-]лапароскопии
  - 2) [-]пневмомедиастинографии
  - 3) [-]ангиографии печени
  - 4) [+]**рентгено**скопии пищевода и желудка
  - 5) [-]динамической гепатобилиосцинтиграфией
- 

**314. Тампонирование подпеченочного пространства после холецистэктомии наиболее показано**

- 1) [-]при остром деструктивном холецистите
  - 2) [-]при неушитом ложе удаленного желчного пузыря
  - 3) [+]**при** неуверенности в окончательном гемостазе
  - 4) [-]при редких швах ложа удаленного желчного пузыря
  - 5) [-]правильно 1) и 2)
- 

**315. После холецистэктомии в ближайшем послеоперационном периоде постепенно нарастает желтуха, данные операционной холангиографии не указывали на патологию желчных протоков. Наиболее вероятная причина желтухи**

- 1) [-]сывороточный гепатит
- 2) [-]камень холедоха



3) [-]гемолитическая желтуха

4) [+]операционная травма холедоха (лигирование его)

5) [-]все из вышеперечисленного

---

**316. При выполнении чрезкожной чрезпеченочной холангиографии могут возникнуть следующие осложнения**

1) [-]кровотечение

2) [-]желчеистечение

3) [-]повреждение полого органа с последующим развитием перитонита

4) [-]обострение холангита или развитие острого панкреатита

5) [+]все перечисленное

---

**317. Для выявления конкрементов в желчном пузыре показаны все следующие методы исследования, кроме**

1) [-]обзорной рентгенографии брюшной полости

2) [-]ретроградной холангиографии

3) [-]ультразвукового скенирования брюшной полости

4) [-]внутривенной холецистохолангиографии

5) [+]ангиографии сосудов желчного пузыря

---

**318. Рентгенологическими признаками язвенной болезни двенадцатиперстной кишки являются все перечисленные**

1) [-]кроме наличия "ниши"

2) [-]кроме нарушения эвакуации содержимого

3) [+]кроме отключенного желчного пузыря

4) [-]кроме деформации луковицы двенадцатиперстной кишки

---

**319. Противопоказанием для ретроградной эндоскопической холангиографии является**

1) [+]острый панкреатит

2) [-]механическая желтуха

3) [-]хронический панкреатит

4) [-]наличие конкрементов в панкреатических протоках

5) [-]холедохолитиаз

---

**320. Распознаванию причины механической желтухи более всего помогает**

1) [-]пероральная холецистография

2) [-]внутривенная холецистохолангиография

3) [+]ретроградная холангиография

4) [-]сцинтиграфия печени

5) [-]прямая спленопортография

---

**321. При рентгенологическом исследовании выявлено наличие воздуха в желчных протоках, что может быть обусловлено**

1) [-]холедохолитиазом

2) [-]сальмонеллезом желчных протоков

3) [+]внутренней желчной фистулой

4) [-]острым холециститом

5) [-]желудочно-ободочной фистулой

---

**322. При отечной форме острого панкреатита**

**при лапароскопии можно обнаружить все следующие косвенные признаки, кроме**

- 1) [-]отека малого сальника и печеночно-двенадцатиперстной связки
  - 2) [-]выбухания стенки желудка кпереди
  - 3) [+]уменьшения в размерах желчного пузыря
  - 4) [-]умеренной гиперемии висцеральной брюшины верхних отделов брюшной полости
  - 5) [-]обнаружения небольшого количества серозного выпота в правом подпеченочном пространстве
- 

**323. Показания к лапароскопии при остром панкреатите определяются необходимостью всего перечисленного, кроме**

- 1) [-]установить патобиохимический вид панкреонекроза
  - 2) [-]диагностировать панкреатогенный перитонит
  - 3) [-]уточнить форму острого панкреатита
  - 4) [+]выявить наличие воспалительного процесса в воротах селезенки и непосредственно в ее ткани
  - 5) [-]определить характер изменения желчного пузыря
- 

**324. Стеаторрея характерна**

- 1) [-]для постхолангистэктомического синдрома
  - 2) [-]для острого панкреатита
  - 3) [+]для хронического панкреатита
  - 4) [-]для печеночной недостаточности
  - 5) [-]для болезни Крона
- 

**325. Эндоскопическими признаками, характерными для геморрагического**

**панкреонекроза, являются все перечисленные, за исключением**

- 1) [-]геморрагической имбибиции большого сальника
- 2) [-]наличия темного выпота с геморрагическим оттенком
- 3) [-]выбухания желудка и расширения его вен
- 4) [+]возникновения в отдельных случаях расслаивающей аневризмы аорты
- 5) [-]иногда появления забрюшинной гематомы

---

**326. Клиника острой кровопотери возникает уже при кровопотере, равной**

- 1) [-]250 мл
- 2) [-]500 мл
- 3) [+]1000 мл
- 4) [-]1500 мл
- 5) [-]2000 мл

---

**327. Для гиповолемии характерны следующие значения ЦВД**

- 1) [+]менее 60 мм вод. ст.
- 2) [-]от 60 до 120 мм вод. ст.
- 3) [-]от 130 до 180 мм вод. ст.
- 4) [-]от 190 до 240 мм вод. ст.
- 5) [-]свыше 240 мм вод. ст.

---

**328. Вливание 1 л физиологического раствора хлористого натрия увеличит объем циркулирующей крови**

- 1) [-]на 1000 мл

- 2) [-]на 750 мл
  - 3) [-]на 500 мл
  - 4) [+]на 250 мл
  - 5) [-]менее 250 мл
- 

**329. Объем циркулирующей крови у взрослых мужчин составляет**

- 1) [-]50 мл/кг
  - 2) [+]60 мл/кг
  - 3) [-]70 мл/кг
  - 4) [-]80 мл/кг
  - 5) [-]90 мл/кг
- 

**330. Основным показанием к гемотрансфузии является**

- 1) [-]парентеральное питание
  - 2) [-]стимуляция кроветворения
  - 3) [+]значительная анемия от кровопотери
  - 4) [-]дезинтоксикация
  - 5) [-]иммунокоррекция
- 

**331. Удовлетворительную кислородную емкость крови и транспорт O<sub>2</sub> обеспечивает гематокрит не ниже**

- 1) [-]20-25%
- 2) [+]30%
- 3) [-]35%
- 4) [-]40%
- 5) [-]45%

**332. Лечение острой кровопотери в начальных этапах начинают с переливания**

- 1) [-]эритромаcсы
- 2) [-]донорской крови
- 3) [-]кристаллоидных растворов
- 4) [-]коллоидных растворов
- 5) [+]**правильно 3) и 4)**

---

**333. Переливание несовместимой крови ведет к развитию а) гемотрансфузионного шока; б) отека легких; в) гемолиза; г) острой почечной недостаточности; д) геморрагического синдрома**

- 1) [-]верны все ответы
- 2) [-]верны а), б), в)
- 3) [+]**верны а), в), г)**
- 4) [-]верны б), в), г)
- 5) [-]верны а), б), г)

---

**334. К обязательным пробам, проводимым перед каждым переливанием крови, относятся а) групповая совместимость; б) индивидуальная совместимость; в) биологическая проба; г) определение резус-совместимости; д) определение резус-фактора**

- 1) [+]**верны все ответы**
- 2) [-]верны а), б)
- 3) [-]верны б), в)
- 4) [-]верны а), в)

5) [-]верны б), г)

---

**335. Больному с АВ (IV) по жизненным показаниям необходимо перелить кровь. Определить резус-фактор нет ни времени, ни возможности. Ему следует переливать кровь**

- 1) [-]AB(IV) резус
- 2) [+]AB(IV) резус-
- 3) [-]B(III) резус+
- 4) [-]A(II) резус-
- 5) [-]O(I) резус-

---

**336. Противопоказанием к гемотрансфузии являются**

- 1) [-]тяжелая операция
- 2) [-]хирургическая инфекция
- 3) [-]шок
- 4) [+]тяжелое нарушение функции печени
- 5) [-]снижение АД

---

**337. Наиболее постоянным синдромом, определяющим тяжесть состояния при переливании несовместимой крови, является**

- 1) [-]анафилаксия
- 2) [+]острый внутрисосудистый гемолиз
- 3) [-]снижение АД
- 4) [-]гипертермия
- 5) [-]отек мозга

---

**338. Проба на индивидуальную совместимость**

## **крови проводится между**

- 1) [+]плазмой реципиента и кровью донора
  - 2) [-]плазмой донора и кровью реципиента
  - 3) [-]форменными элементами крови реципиента и кровью донора
  - 4) [-]форменными элементами крови донора и кровью реципиента
  - 5) [-]цельной кровью донора и цельной кровью реципиента
- 

## **339. Переливание крови показано во всех приведенных ниже случаях, за исключением**

- 1) [-]острой анемии
  - 2) [-]гноющей интоксикации
  - 3) [-]повышения защитной силы организма
  - 4) [-]с целью гемостаза
  - 5) [+]тяжелых нарушений функций печени и почек
- 

## **340. Для лечения гиповолемии вначале используют**

- 1) [-]вазопрессоры
  - 2) [-]кардиотонические средства
  - 3) [+]плазмозаменители
  - 4) [-]эритромассу
  - 5) [-]донорскую кровь
- 

## **341. Послеоперационные инфекции у больных после операции на кишечнике вызываются прежде всего такими безусловными анаэробами**

- 1) [+]как кишечная палочка



- 2) [-]как стафилококк
  - 3) [-]как стрептококк
  - 4) [-]как бактериоды
  - 5) [-]как клебсиелла
- 

**342. Наиболее важным фактором для выживания больных с изолированной газовой гангреной является**

- 1) [-]раннее применение антибиотиков
  - 2) [-]раннее очищение раны от омертвевших тканей и/или ампутация
  - 3) [-]раннее применение гипербарической оксигенации
  - 4) [+]все перечисленное
- 

**343. Из перечисленного ниже может уменьшить зараженность воздуха в операционной**

- 1) [-]поточно-приточная вентиляция
  - 2) [-]ультрафиолетовое облучение
  - 3) [+]и то, и другое
  - 4) [-]ни то, ни другое
- 

**344. Гепатотоксическим действием обладает**

- 1) [-]пенициллин
  - 2) [+]тетрациклин
  - 3) [-]линкомицин
  - 4) [-]колимицин
  - 5) [-]цефамезин
- 

**345. Бактерицидным действием на микробную флору из перечисленных антибиотиков не**

## **обладают**

- 1) [-]полимиксины и цефалоспорины
  - 2) [+]тетрациклины и макролиды
  - 3) [-]аминогликозиды и пенициллины
  - 4) [-]цефалоспорины и карбопенемы
  - 5) [-]пенициллины и полимиксины
- 

## **346. Среди перечисленных ниже антибактериальных препаратов не обладают бактерицидным действием**

- 1) [+]сульфаниламиды и тетрациклины
  - 2) [-]нитрафураны и полимиксины
  - 3) [-]пенициллины и таривид
  - 4) [-]аминогликозиды и карбапенемы
  - 5) [-]диоксидин и цефалоспорины
- 

## **347. Метронидазол сочетается**

- 1) [-]с пенициллинами
  - 2) [-]с цефалоспоринами
  - 3) [-]с аминогликозидами
  - 4) [-]с тетрациклинами
  - 5) [+]со всеми перечисленными
- 

## **348. Из перечисленных ниже антибиотиков нефротоксическим и ототоксическим действием обладает**

- 1) [-]окситетрациклин
- 2) [+]полимиксин В
- 3) [-]линкомицин

4) [-]цефазолин

5) [-]левомицетин

---

**349. Длительное нахождение катетера в вене может привести ко всему перечисленному, кроме**

1) [-]септического флебита

2) [-]химического флебита

3) [-]тромбоэмболии

4) [-]септицемии

5) [+]ДВС-синдрома

---

**350. При дыхательном ацидозе необходимо**

1) [-]переливание гидрокарбоната

2) [+]гипервентиляция

3) [-]уменьшение подачи наркотического вещества

4) [-]внутривенное введение дыхательных analeптиков

5) [-]все перечисленное

---

**351. Изменения кислотно-щелочного состояния считаются компенсированными  $\text{pH}$**

1) [-]7.25-7.43

2) [-]7.46-7.51

3) [+]7.35-7.45

4) [-]7.19-7.28

5) [-]7.10-7.18

---

**352. При олигурии производят**

1) [-]адекватную гидратацию

2) [-]измерение относительной плотности мочи

- 3) [-]внутривенное введение маннитола
  - 4) [-]коррекцию водно-электролитного баланса
  - 5) [+]все перечисленное
- 

### **353. Признаками гиперкалиемии являются**

- 1) [+]сонливость и слабость
  - 2) [-]заостренный зубец Т на ЭКГ
  - 3) [-]гипертензия
  - 4) [-]цианоз
- 

### **354. При гипонатриемии отмечается все нижеперечисленное, кроме**

- 1) [-]ортостатической синкопе
  - 2) [-]перспирации
  - 3) [-]гипотензии
  - 4) [+]тошноты и рвоты
- 

### **355. Показанием к немедленной сердечно-легочной реанимации является а) отсутствие пульса и АД; б) остановка дыхания; в) отсутствие сознания; г) акроцианоз; д) отсутствие сердечных тонов**

- 1) [-]верно все перечисленное
  - 2) [-]верно а), б), в)
  - 3) [-]верно б), в), г)
  - 4) [+]верно а), б), д)
  - 5) [-]верно в), г), д)
- 

### **356. Показанием к прямому массажу сердца является**

1) [-]остановка дыхания

2) [-]остановка сердца

3) [-]потеря сознания

4) [+]отсутствие пульса на сонных артериях при закрытом массаже сердца в течение

5) [-]минут

6) [-]фибрилляция сердца

---

**357. Интенсивная терапия при отеке легких включает все перечисленное, кроме**

1) [+]внутривенного введения дыхательных analeптиков

2) [-]санации трахео-бронхиального дерева, пеногашения

3) [-]кислородотерапии, искусственной вентиляции легких

4) [-]введения мочегонных и гормонов

5) [-]при необходимости - ганглиолитики

---

**358. Для профилактики аспирационного синдрома (Мендельсона) необходимо а) опорожнить желудок через зонд; б) дать слабительные; в) назначить соду по 1 ч. ложке за 30 минут до еды; г) назначить циметидин; д) дать трисилинат магния по схеме**

1) [-]верно все перечисленное

2) [-]верно а), б), в)

3) [+]верно все, кроме б)

4) [-]верно а), г), д)

5) [-]верно д)

---

**359. Инфекционно-токсический шок может развиваться а) при перитоните; б) при пневмонии;**

**в) при эндометрите; г) при менингите; д) при инфекционном эндокардите; е) при пиелонефрите**

- 1) [+]верно все перечисленное
- 2) [-]верно все, кроме а), б)
- 3) [-]верно все, кроме в), г)
- 4) [-]верно все, кроме д), е)
- 5) [-]верно д), е)

---

### **360. Время свертывания крови увеличивается**

- 1) [+]при гипокоагуляции
- 2) [-]при гиперкоагуляции
- 3) [-]при анемии
- 4) [-]при увеличении фибриногена в крови
- 5) [-]при ожогах

---

**361. Для терминальной фазы перитонита, вызванного перфорацией язвы двенадцатиперстной кишки, характерно а) токсическое поражение ЦНС; б) развитие функциональной кишечной непроходимости; в) развитие ДВС- синдрома; г) развитие печеночно-почечной недостаточности; д) иммунодефицит**

- 1) [+]верно все
- 2) [-]верно все, кроме б)
- 3) [-]верно все, кроме в)
- 4) [-]верно все, кроме г)
- 5) [-]верно все, кроме д)

**362. При лечении анафилактического шока включаются следующие препараты а) адреналин; б) глюкокортикоиды; в) антигистаминные; г) плазмозаменители; д) хлористый кальций; е) кофеин**

- 1) [+]верно все
- 2) [-]верно все, кроме а), б)
- 3) [-]верно все, кроме г), д)
- 4) [-]верно а), б)
- 5) [-]верно д), е)

**363. Методика форсированного диуреза при остром панкреатите сводится а) к предварительной водной нагрузке путем инфузии изотонических растворов электролитов, бикарбоната, глюкозы в объеме 1-1.5 л; б) к введению 15-20% раствора маннитола из расчета 1-1.5 г/кг; в) к введению растворов электролитов с учетом ионограмм; г) к введению до 1 л белковых препаратов (плазмы, альбумин, аминокислот)**

- 1) [+]верно все перечисленное
- 2) [-]верно а), б)
- 3) [-]верно г)
- 4) [-]верно все, кроме г)
- 5) [-]верно все, кроме а)

**364. Интенсивная терапия при остром панкреатите включает а) лечение h.\* и**

гиповолемии; б) лечение дыхательных нарушений; в) коррекцию острых нарушений водно-электролитного баланса, КЩС; г) купирование болевого синдрома; д) назначение цитостатиков и антиферментных препаратов; е) локальную гипертермию желудка

- 1) [-]верно все перечисленное
  - 2) [-]верно а), б), в)
  - 3) [-]верно г), д), е)
  - 4) [-]верно а), г), е)
  - 5) [+]верно все, кроме е)
- 

**365. К инфузионным средствам, не обладающим объемно-замещающей функцией, относятся**

- 1) [-]декстраны
  - 2) [+]электролитные изотонические растворы
  - 3) [-]плазма
  - 4) [-]кровь
  - 5) [-]изотонические растворы глюкозы
- 

**366. Для немедленного гемостаза при кровотечении из варикозно расширенных вен пищевода следует**

- 1) [-]применять массивные гемостатические средства
- 2) [-]применять гипотензивные средства
- 3) [-]вводить малые гемостатические дозы крови
- 4) [+]ввести зонд Блек - Мора
- 5) [-]хирургически прошить кровоточащие сосуды



**367. При выборе вида хирургического пособия при перфоративной язве желудка обычно руководствуются**

- 1) [-]сроком с момента прободения
- 2) [+]степенью воспалительных изменений брюшины
- 3) [-]величиной перфоративного отверстия
- 4) [-]локализацией перфоративного отверстия
- 5) [-]возрастом больного

**368. Для уточнения диагноза кровоточащей язвы желудка в первую очередь необходимо сделать**

- 1) [-]анализ кала на скрытую кровь
- 2) [-]контрастную рентгеноскопию желудка
- 3) [-]анализ желудочного сока на скрытую кровь
- 4) [+]фиброгастроскопию
- 5) [-]определение гемоглобина и гематокрита

**369. В первые часы при начавшемся желудочном кровотечении может иметь место**

- 1) [-]мелена
- 2) [-]симптом мышечной защиты
- 3) [-]рвота желудочным содержимым цвета "кофейной кишки"
- 4) [-]брадикардия
- 5) [+]коллапс

**370. Наиболее характерным для острой язвы 12-перстной кишки являются**

- 1) [-]пожилой возраст больного
  - 2) [+]в анамнезе прием аспирина или кортикостероидов
  - 3) [-]сильные, приступообразные сезонные боли в эпигастрии
  - 4) [-]рвота пищей, приносящая облегчение
  - 5) [-]шум плеска в желудке
- 

**371. При язвенной болезни, осложненной кровотечением, рвота содержимым желудка цвета "кофейной гущи" может наблюдаться при всех следующих локализациях язвы, кроме**

- 1) [-]малой кривизны желудка
  - 2) [-]кардиального отдела желудка
  - 3) [-]антрального отдела желудка
  - 4) [-]нижнего отдела пищевода
  - 5) [+]постбульбарного отдела двенадцатиперстной кишки
- 

**372. При лечении прободной язвы 12-ти перстной кишки могут быть применены, как правило, все перечисленные методы оперативного вмешательства, кроме**

- 1) [-]иссечения язвы
  - 2) [-]ушивания язвы
  - 3) [-]резекции желудка
  - 4) [-]пилоропластики с ваготомией
  - 5) [+]наложения гастроэнтероанастомоза на короткой петле
- 

**373. При перфоративной язве желудка необходимо провести**

1) [+]немедленную лапаротомию и в зависимости от состояния брюшины решить вопрос о характере операции

2) [-]операцию после интенсивной терапии, коррекции белкового и минерального обмена

3) [-]контрастное и гастроскопическое исследование желудка, повторные промывания желудка с раствором соляной кислоты

4) [-]консервативную терапию с последующей операцией в интервале 3-6 недель

---

**374. Жалобы больного после резекции желудка на тяжесть в эпигастрии, слабость - вплоть до обморока после приема сладкой или молочной пищи являются признаками**

1) [-]инсулемы поджелудочной железы

2) [-]синдрома приводящей петли

3) [-]пептической язвы анастомоза

4) [+]демпинг-синдрома

5) [-]синдрома малого желудка

---

**375. К пострезекционным синдромам не относится**

1) [-]синдром малого желудка

2) [-]демпинг-синдром

3) [-]синдром приводящей петли

4) [-]желчный гастрит культи

5) [+]сахарный диабет

---

**376. Наиболее достоверными клиническими проявлениями перфоративной язвы желудка**

## **ЯВЛЯЮТСЯ**

- 1) [-]рвота
  - 2) [-]желудочное кровотечение
  - 3) [+]напряжение передней брюшной стенки, отсутствие печеночной тупости
  - 4) [-]частый жидкий стул
  - 5) [-]икота
- 

## **377. Злокачественную трансформацию наиболее часто претерпевают**

- 1) [-]язвы луковицы двенадцатиперстной кишки
  - 2) [-]постбульбарные язвы
  - 3) [+]язвы малой кривизны желудка
  - 4) [-]язвы большой кривизны желудка
  - 5) [-]язвы всех указанных локализаций
- 

## **378. К абсолютным показаниям к хирургическому лечению язвенной болезни желудка являются все перечисленные, кроме**

- 1) [-]перфорации
  - 2) [-]кровотечения, не останавливаемого консервативными методами
  - 3) [-]малигнизации
  - 4) [+]большой глубины "ниши" пенетрирующей язвы, выявляемой при рентгенологическом исследовании
  - 5) [-]декомпенсированного стеноза выходного отдела желудка
- 

## **379. О наличии прободения язвы желудка или 12-перстной кишки позволяют судить**

- 1) [+]доскообразный живот
  - 2) [-]сильные боли в эпигастрии
  - 3) [-]боли в поясничной области
  - 4) [-]повышение лейкоцитоза до 15000
  - 5) [-]легкая желтуха склер и кожных покровов
- 

**380. Напряжение мышц в правой подвздошной области, нередко возникающее при прободной язве двенадцатиперстной кишки, можно объяснить**

- 1) [+]затеканием содержимого по правому боковому каналу
  - 2) [-]рефлекторными связями через спинно-мозговые нервы
  - 3) [-]скоплением воздуха в брюшной полости, в частности в правой подвздошной области
  - 4) [-]развивающимся разлитым перитонитом
  - 5) [-]висцеро-висцеральным рефлексом с червеобразного отростка
- 

**381. Срочное хирургическое вмешательство требуется при следующих осложнениях язвенной болезни**

- 1) [-]остановившееся желудочное кровотечение
  - 2) [+]перфоративная язва
  - 3) [-]пенетрирующая язва
  - 4) [-]стеноз выходного отдела желудка
  - 5) [-]малигнизированная язва
- 

**382. Наиболее частой локализацией прободений у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки является**

- 1) [+]двенадцатиперстная кишка
  - 2) [-]пилорический отдел желудка
  - 3) [-]малая кривизна желудка
  - 4) [-]большая кривизна желудка
  - 5) [-]кардиальный отдел желудка
- 

### **383. Для синдрома Меллори - Вейса характерно образование трещин**

- 1) [-]в абдоминальном отделе пищевода
  - 2) [+]в кардиальном отделе желудка
  - 3) [-]в антральном отделе желудка
  - 4) [-]в пилорическом отделе желудка
  - 5) [-]в теле желудка
- 

### **384. Для демпинг-синдрома не характерны**

- 1) [-]мышечная слабость
  - 2) [-]головокружение
  - 3) [-]приливы
  - 4) [-]потливость
  - 5) [+]повышенный аппетит
- 

### **385. Консервативное лечение перфоративной язвы желудка или двенадцатиперстной кишки по Тейлору заключается**

- 1) [-]в применении щелочей и средств, снижающих перистальтику желудка
- 2) [-]в периодическом (каждые 4-5 часов) зондировании желудка, внутривенном вливании жидкости и фармакологической блокаде блуждающего нерва

3) [-]в постоянном промывании желудка охлажденным физиологическим раствором

4) [-]в местной гипотермии и внутривенном вливании жидкости

5) [+]в постоянной аспирации содержимого желудка при внутривенном введении жидкостей, назначении антибиотиков

---

**386. Наиболее частой причиной несостоятельности швов культи двенадцатиперстной кишки после резекции желудка является**

1) [-]гипопротеинемия

2) [-]гипотензия во время операции

3) [-]аксиальный поворот тонкой кишки

4) [+]дуоденостаз

5) [-]послеоперационный панкреатит

---

**387. Пути распространения желудочно-кишечного содержимого при перфорации желудка и двенадцатиперстной кишки зависят**

1) [-]от расположения желудка

2) [-]от локализации прободного отверстия

3) [-]от анатомического строения боковых каналов

4) [-]от формы и расположения поперечно-ободочной кишки

5) [+]от всего перечисленного

---

**388. Несостоятельность швов культи двенадцатиперстной кишки следует дифференцировать**

1) [-]с несостоятельностью швов гастроэнтероанастомоза

- 2) [-]с послеоперационным панкреатитом
  - 3) [-]с послеоперационным перитонитом
  - 4) [-]с несостоятельностью швов малой кривизны
  - 5) [+]со всем вышеперечисленным
- 

**389. Методом лечения анастомозита после резекции желудка является**

- 1) [-]энзимотерапия
  - 2) [-]антибиотикотерапия
  - 3) [-]назогастральная интубация
  - 4) [-]рентгенотерапия
  - 5) [+]все вышеперечисленное
- 

**390. В момент прободения язвы желудка или двенадцатиперстной кишки наиболее часто встречается**

- 1) [-]тахикардия
  - 2) [-]схваткообразная боль
  - 3) [-]локализованная, умеренная боль
  - 4) [+]внезапно возникшая интенсивная боль
  - 5) [-]жидкий стул
- 

**391. Прикрытой перфорации язвы желудка или двенадцатиперстной кишки способствуют**

- 1) [-]малый диаметр прободного отверстия
- 2) [-]незначительное наполнение желудка
- 3) [+]топографическая близость соседних органов
- 4) [-]большой диаметр прободного отверстия
- 5) [-]хорошо развитый большой сальник



**392. Рецидивы гастродуоденальных кровотечений наиболее вероятны**

- 1) [-]при калезной язве
  - 2) [-]при пенетрирующей язве
  - 3) [-]при поверхностных эрозиях слизистой
  - 4) [+]при тромбированном сосуде в дне язвы диаметром более
  - 5) [-]1 см
  - 6) [-]при рубцующейся язве
- 

**393. Ранними признаками ущемления грыжи брюшной стенки являются все перечисленные, кроме**

- 1) [-]острого начала
  - 2) [-]невправимости грыжи
  - 3) [-]болезненности грыжевого выпячивания
  - 4) [-]резкой боли
  - 5) [+]высокой температуры
- 

**394. Противопоказанием к оперативному лечению при ущемленной грыже является**

- 1) [-]гигантский размер грыжи
  - 2) [-]беременность во второй ее половине
  - 3) [-]флегмона грыжевого мешка
  - 4) [-]недавно перенесенный инфаркт миокарда
  - 5) [+]ни один из перечисленных
- 

**395. Факторами, предрасполагающими возникновению брюшных грыж, являются**

- 1) [-]особенности анатомического строения передней брюшной стенки в местах возникновения грыжи
  - 2) [-]пожилой возраст, прогрессирующее похудание
  - 3) [-]заболевания, вызывающие повышения внутрибрюшного давления
  - 4) [-]тяжелая физическая работа
  - 5) [+]все перечисленное
- 

**396. При самопроизвольном вправлении ущемленной грыжи тактика хирурга предусматривает**

- 1) [-]лапаротомию с ревизией органов брюшной полости
  - 2) [+]тщательное наблюдение за больным в условиях стационара
  - 3) [-]поставить очистительную клизму
  - 4) [-]возможность отпустить больного домой с повторным осмотром
  - 5) [-]ни одна из рекомендаций не верна
- 

**397. При ущемлении грыжи у пожилого больного, недавно перенесшего инфаркт миокарда, тактика предусматривает**

- 1) [-]вправление грыжи
- 2) [-]назначение анальгетиков и спазмолитиков
- 3) [-]назначение наркотиков
- 4) [+]немедленную операцию с одновременной кардиальной терапией
- 5) [-]проведение кардиальной терапии, не обращая внимания на ущемление грыжи

**398. Стенками пахового канала являются все перечисленные образования, кроме**

- 1) [-]апоневроза наружной мышцы живота
- 2) [+]подвздошно-гребешковой связки
- 3) [-]паховой связки
- 4) [-]нижнего края внутренней косой и поперечной мышц
- 5) [-]поперечной фасции живота

---

**399. Невправимость грыжи зависит**

- 1) [-]от спаек грыжевого мешка с окружающими тканями
- 2) [+]от спаек между грыжевым мешком и органами, находящимися в нем
- 3) [-]от сужения грыжевых ворот
- 4) [-]от выхождения в нее мочевого пузыря
- 5) [-]от выхождения в нее слепой кишки

---

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

- 1) [-]5-10 см
- 2) [+]15-20 см
- 3) [-]25-30 см
- 4) [-]35-40 см
- 5) [-]45-50 см

---

**401. Паховую грыжу следует дифференцировать**

- 1) [-]с водянкой яичка
  - 2) [-]с паховым лимфаденитом
  - 3) [-]с варикозным расширением вен семенного канатика
  - 4) [-]с водянкой семенного канатика
  - 5) [+]со всеми перечисленными заболеваниями
- 

**402. Ущемленную бедренную грыжу необходимо дифференцировать**

- 1) [-]с липомой
  - 2) [-]с холодным натечником
  - 3) [-]с ущемленной паховой грыжей
  - 4) [-]с острым тромбофлебитом варикозного узла в области наружного отверстия бедренного канала
  - 5) [+]со всем перечисленным
- 

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

- 1) [+]к трансиллюминации и пальпации
  - 2) [-]к пункции
  - 3) [-]к перкуссии
  - 4) [-]к аускультации
  - 5) [-]к пальцевому исследованию прямой кишки
- 

**404. Бедренные грыжи чаще встречаются**

- 1) [-]у мужчин пожилого возраста
- 2) [+]у многорожавших женщин
- 3) [-]у женщин нерожавших
- 4) [-]у юношей

5) [-]у детей

---

**405. Шейка мешка бедренной грыжи расположена**

- 1) [-]впередии круглой связки
  - 2) [+]медиальнее бедренных сосудов
  - 3) [-]латеральнее бедренных сосудов
  - 4) [-]позади бедренных сосудов
  - 5) [-]медиальнее купферовской связки
- 

**406. Внутренние органы могут составлять часть стенки грыжевого мешка при следующих грыжах**

- 1) [-]Рихтерской
  - 2) [-]косой паховой
  - 3) [+]скользящей
  - 4) [-]прямой паховой
  - 5) [-]ни в одной из перечисленных
- 

**407. При пупочной грыже после удаления грыжевого мешка грыжевые ворота закрывают кисетным шелковым швом, наложенным вокруг пупочного кольца. Эта методика операции**

- 1) [-]по Мейо
  - 2) [+]по Лекснеру
  - 3) [-]по Сапежко
  - 4) [-]по Кину
  - 5) [-]по Терье - Черни
- 

**408. К оперативным методам лечения прямой паховой грыжи относится операция**

- 1) [+]по Бассини
  - 2) [-]по Мартынову
  - 3) [-]по Руджи
  - 4) [-]по Жирару - Спасокукоцкому
  - 5) [-]по Ру
- 

**409. Ущемленная диафрагмальная грыжа у взрослого пациента имеет все следующие характерные симптомы, кроме**

- 1) [-]затрудненного дыхания
  - 2) [-]рвоты
  - 3) [-]цианоза
  - 4) [+]анемии
  - 5) [-]заполненных газом петель кишечника в грудной клетке, выявленных при рентгенологическом исследовании
- 

**410. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы может вызвать**

- 1) [-]дисфагические явления
  - 2) [-]нарушение ритма сердца
  - 3) [-]псевдостенокардиальные явления
  - 4) [-]ни одно из перечисленных явлений
  - 5) [+]все перечисленные
- 

**411. Во время операции грыжесечения по поводу паховой грыжи возможны следующие осложнения**

- 1) [-]повреждения сосудов
- 2) [-]ранение нервов брюшной стенки

3) [-]пересечение семявыводящего протока

4) [-]ранение кишки и мочевого пузыря

5) [+]все перечисленные

---

**412. Для скользящей паховой грыжи с выходением мочевого пузыря характерно все перечисленное, кроме**

1) [-]наличия болей в надлобковой области

2) [-]наличия грыжевого выпячивания в паховой области

3) [-]учащенного мочеиспускания и прерывность его, резей в мочеиспускательном канале

4) [-]позывов на мочеиспускание при пальпации грыжевого образования

5) [+]наличия положительного симптома Мейо-Робсона

---

**413. При ущемлении грыжи содержимым грыжевого мешка могут оказаться, как правило, все перечисленные органы, кроме**

1) [-]тонкой кишки и меккелева дивертикула

2) [-]сигмовидной кишки и сальника

3) [-]слепой кишки и червеобразного отростка

4) [-]маточной трубы и яичника

5) [+]желчного пузыря и желудка

---

**414. Некротические изменения в стенке ущемленной кишки, как правило, начинаются**

1) [+]со слизистого слоя

2) [-]с подслизистого слоя

3) [-]с мышечного слоя

4) [-]с субсерозного слоя

5) [-]с серозного слоя

---

**415. К грыжам, требующим первоочередной профилактической операции в связи с частыми ущемлениями, относятся**

1) [+]бедренные

2) [-]косые паховые

3) [-]пупочные

4) [-]грыжи белой линии живота

5) [-]прямые паховые

---

**416. Местными клиническими признаками ущемления грыжи являются**

1) [-]внезапно возникшие резкие боли в области грыжевого образования

2) [-]увеличение в размерах, резкое напряжение и болезненность грыжевого выпячивания

3) [-]невправимость грыжи

4) [-]отрицательный симптом кашлевого толчка

5) [+]все перечисленное

---

**417. Грыжевой мешок бедренной грыжи граничит с латеральной стороны**

1) [-]с бедренной артерией

2) [+]с бедренной веной

3) [-]с куперовской связкой

4) [-]с бедренным нервом

5) [-]с пупартовой связкой



**418. При ущемлении петли кишки при грыжах наибольшие патологические изменения происходят**

- 1) [+]в приводящей петле
  - 2) [-]в отводящей петле
  - 3) [-]в приводящей и отводящей петле в равной степени
  - 4) [-]в сегменте брыжейки ущемленной кишки
  - 5) [-]во всех перечисленных отделах
- 

**419. При высокой obturации желчных протоков на первый план выступают все следующие симптомы, кроме**

- 1) [-]выраженной лихорадки
  - 2) [-]быстрого появления желтухи
  - 3) [+]быстрого похудания
  - 4) [-]сильного кожного зуда
  - 5) [-]диспептических расстройств
- 

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

- 1) [-]обширную инфильтрацию стенки двенадцатиперстной кишки
  - 2) [-]деформацию двенадцатиперстной кишки
  - 3) [-]стеноз двенадцатиперстной кишки
  - 4) [+]стойкий парез кишечника
  - 5) [-]прорастание опухоли в головку поджелудочной железы
- 

**421. Оперативное вмешательство при остром**

**панкреатите показано при всех перечисленных состояниях, кроме**

- 1) [-]нарастания интоксикации
- 2) [-]осложнения гнойным перитонитом
- 3) [-]безуспешности консервативной терапии в течении 12-28 часов
- 4) [-]сочетания с деструктивной формой холецистита
- 5) [+]резкого вздутия живота

---

**422. При остром панкреатите возможны все указанные осложнения, кроме**

- 1) [-]абсцесса поджелудочной железы
- 2) [-]флегмоны забрюшинной клетчатки
- 3) [-]ферментативного перитонита
- 4) [-]острой сердечной недостаточности
- 5) [+]обтурационной кишечной непроходимости

---

**423. При лечении острого панкреатита не должны применяться**

- 1) [-]отсасывание содержимого желудка
- 2) [-]введение глюконата кальция
- 3) [-]холецистостомия
- 4) [-]спазмолитики
- 5) [+]препараты опиоя

---

**424. Абдоминализация поджелудочной железы, производимая при остром панкреатите, способствует всему указанному, кроме**

- 1) [-]ограничения патологического процесса в брюшной

полости

2) [-]прекращения поступления ферментов и продуктов распада в забрюшинное пространство

3) [-]прекращения поступления ферментов и продуктов распада в брыжейку толстой и тонкой кишки

4) [-]улучшения кровоснабжения железы

5) [+]уменьшения активности протеолитических ферментов

---

## **425. Ингибиторы протеаз**

1) [-]тормозят протеолитическую активность ферментов поджелудочной железы

2) [-]блокируют аутокаталическое активирование трипсиногена в поджелудочной железе

3) [-]тормозят процессы кининогенеза и фибринолиза в крови

4) [-]купируют процессы кининообразования

5) [+]все перечисленное

---

**426. В отдаленном периоде болезни исходом острого панкреатита могут быть все указанные заболевания, кроме**

1) [-]образования ложной кисты

2) [-]развития хронического панкреатита

3) [-]появления сахарного диабета

4) [-]развития кистозного фиброза железы

5) [+]возникновения инсуломы

---

**427. Эффективность применения ингибиторов протеаз при остром панкреатите характеризуется всем перечисленным, кроме**

- 1) [-]стихания болей
  - 2) [-]исчезновения симптомов панкреатогенной токсемии
  - 3) [+]**повышения активности калликреин-кининовой системы крови**
  - 4) [-]снижения лейкоцитоза
  - 5) [-]уменьшения степени лимфоцитопении
- 

**428. Наиболее частой причиной возникновения острого панкреатита у женщин может быть**

- 1) [-]беременность
  - 2) [+]**хронический холецистит**
  - 3) [-]алкоголизм
  - 4) [-]травма живота
  - 5) [-]применение кортикостероидов
- 

**429. Уровень амилазы в моче считается патологическим, если он составляет**

- 1) [-]16 единиц
  - 2) [-]32 единицы
  - 3) [+]**64 единицы**
  - 4) [-]128 единиц
  - 5) [-]256 единиц
- 

**430. К наиболее часто встречаемым осложнениям острого панкреатита относятся все указанные, кроме**

- 1) [-]абсцесса поджелудочной железы или сальниковой сумки
- 2) [-]абсцессов забрюшинных клетчаточных пространств и

брюшной полости

3) [-]флегмоны забрюшинной клетчатки, большого сальника и средостения

4) [-]перитонита

5) [+]септического эндокардита

---

**431. Неотложный лечебный комплекс при остром панкреатите должен обеспечить все перечисленное, кроме**

1) [-]купирования болевого синдрома

2) [-]снятия спазмы сфинктера Одди

3) [+]ускорения секвестрации ткани поджелудочной железы

4) [-]уменьшения секреторной активности и отека поджелудочной железы

5) [-]инактивизации протеаз в крови и детоксикацию

---

**432. В патогенезе острого панкреатита могут играть роль**

1) [-]операционная травма

2) [-]холелитиаз

3) [-]пенетрирующая пептическая язва

4) [-]алкоголь

5) [+]все перечисленные факторы

---

**433. Наиболее частой причиной возникновения острого панкреатита у ,с&g(- вляется**

1) [-]травма живота

2) [-]применение кортикостероидов

3) [+]алкоголизм

4) [-]хронический холецистит

5) [-]цирроз печени

---

**434. Развитие токсемии при остром панкреатите обуславливается всеми приведенными факторами, кроме**

1) [-]попадания в кровь и лимфу токсогенных полипептидов

2) [-]попадания в кровь и лимфу токсогенных липидов

3) [-]попадания в кровь и лимфу панкреатических ферментов и биогенных аминов

4) [-]активирования калликреин-кининовой системы и системы ферментативного фибринолиза крови

5) [+]наличия высокого лейкоцитоза и лимфоцитопении

---

**435. У больных перитонитом среди перечисленных осложнений наиболее часто встречается**

1) [-]эвентрация

2) [-]образование кишечных свищей

3) [-]тромбоз легочной артерии

4) [+]формирование гнойников брюшной полости

5) [-]пневмония

---

**436. Ведущим в лечении больных перитонитом является**

1) [+]хирургическое вмешательство

2) [-]дезинтоксикационная терапия

3) [-]рациональная антибиотикотерапия

4) [-]борьба с парезом кишечника

5) [-]устранение причин, приводящих к нарушению внешнего дыхания

---

**437. Перфорация любого полого органа брюшной полости характеризуется всеми перечисленными симптомами, кроме**

- 1) [-]появления резкой боли
  - 2) [-]напряжения мышц передней брюшной стенки
  - 3) [-]брадикардии
  - 4) [-]Френикус-симптома
  - 5) [+]**симптома Мейо - Робсона**
- 

**438. Тяжесть течения перитонита в наибольшей степени зависит от всех указанных факторов, кроме**

- 1) [+]**массы тела больного**
  - 2) [-]характера микрофлоры
  - 3) [-]степени выраженности интоксикации
  - 4) [-]гиповолемии
  - 5) [-]степени нарушения белкового, электролитного обмена и кислотно-щелочного равновесия
- 

**439. При посевах перитонеального экссудата чаще всего отмечается рост**

- 1) [-]стафилококка
- 2) [-]протей
- 3) [+]**кишечной палочки**
- 4) [-]смешанной флоры
- 5) [-]анаэробной флоры

## **440. Непосредственными причинами повреждений магистральных желчных протоков могут быть все перечисленные, кроме**

- 1) [-]врожденных аномалий и variability топографии протоков
- 2) [-]воспалительно-инфильтративных изменений в области печеночно-двенадцатиперстной связки
- 3) [-]технических и тактических ошибок хирургов
- 4) [-]исследования протоков зондами, бужами, ложками и другими инструментами
- 5) [+]пальпаторного исследования протоков у больного с ущемленным в области папиллы камнем

---

## **441. Незамеченные ранения гепатикохоледоха могут привести в послеоперационном периоде ко всем перечисленным тяжелым осложнениям, кроме**

- 1) [-]ограниченного или разлитого желчного перитонита
- 2) [-]образования подпеченочных гнойников
- 3) [-]развития наружного желчного свища
- 4) [+]тромбозболии мелких ветвей легочной артерии
- 5) [-]развития поддиафрагмального абсцесса

---

## **442. Ликвидировать повреждения внепеченочных желчных протоков можно**

- 1) [-]ушив место повреждения протока отдельными швами атрауматической иглой
- 2) [-]сшив проток на Т-образном дренаже
- 3) [-]сшив проток на Г-образном дренаже



4) [-]наложив билиодигистивный анастомоз

5) [+]любым из перечисленных

---

### **443. Для холангита характерными являются**

1) [-]лихорадка, проявляющаяся нередко высокой температурой гектического типа

2) [-]потрясающие ознобы

3) [-]повышение потливости, жажда, сухость во рту

4) [-]увеличение селезенки

5) [+]все перечисленное

---

### **444. У больных холедохолитиазом могут возникнуть все следующие осложнения, кроме**

1) [-]холангита

2) [-]обтурационной желтухи

3) [-]рубцовых изменений протока

4) [-]пролежней стенки протока

5) [+]рака желчного пузыря

---

### **445. При ущемленном камне в области большого дуоденального сосочка следует**

1) [-]сделать дуоденотомию, извлечь камень и ушить кишку

2) [-]наложить холедоходуоденоанастомоз

3) [-]после дуоденотомии и извлечения камня дренировать холедох через культю пузырного протока

4) [+]вскрыть холедок и попытаться удалить камень; при неудаче произвести дуоденотомию, удалить конкремент, наложить швы на рану двенадцатиперстной кишки и дренировать общий желчный проток

5) [-]наложить холедохоэнтероанастомоз

**446. Рациональным лечением желчно-каменной болезни является**

- 1) [-]диетическое
- 2) [-]медикаментозное
- 3) [+]**хирургическое**
- 4) [-]санаторно-курортное
- 5) [-]лечение минеральными водами

**447. Перемежающуюся желтуху можно объяснить**

- 1) [-]камнем пузырного протока
- 2) [-]камнями в желчном пузыре с окклюзией пузырного протока
- 3) [-]вклиненным камнем большого дуоденального соска
- 4) [+]**вентильным камнем холедоха**
- 5) [-]опухолью внепеченочных желчных протоков

**448. К наиболее частым причинам, обуславливающим острую желчную гипертензию, относятся**

- 1) [-]опухоли гепатопанкреатидуоденальной области
- 2) [-]стеноз большого дуоденального сосочка
- 3) [+]**холедохолитиаз, как осложнение желчно-каменной болезни и холецистита**
- 4) [-]дуоденальная гипертензия
- 5) [-]глистная инвазия

**449. Острый холецистит необходимо дифференцировать**

- 1) [-]с прободной язвой желудка
  - 2) [-]с пенетрирующей язвой двенадцатиперстной кишки
  - 3) [-]с правосторонней базальной пневмонией
  - 4) [-]с острым аппендицитом при атипичном расположении червеобразного отростка
  - 5) [+]со всем перечисленным
- 

**450. Чрескожная чреспеченочная холангиография является методом, позволяющим диагностировать**

- 1) [-]абсцесс печени
  - 2) [-]внутрипеченочный сосудистый блок
  - 3) [-]билиарный цирроз печени
  - 4) [+]непроходимость желчных путей при механической желтухе
  - 5) [-]хронический гепатит
- 

**451. Распознаванию причины механической желтухи более всего способствует**

- 1) [-]пероральная холецистография
  - 2) [-]внутривенная холецистохолангиография
  - 3) [+]ретроградная (восходящая) холангиография
  - 4) [-]сцинтиграфия печени
  - 5) [-]прямая спленопортография
- 

**452. Возникновение гнойного холангита наиболее часто связано**

- 1) [+]с желчно-каменной болезнью
- 2) [-]со стенозирующим папиллитом

3) [-]с забросом кишечного содержимого через ранее наложенный билиодигестивный анастомоз

4) [-]с псевдотуморозным панкреатитом

5) [-]с опухолью головки поджелудочной железы

---

**453. Желчный камень, вызвавший обтурационную кишечную непроходимость, попадает в просвет кишки чаще всего через фистулу между желчным пузырем и**

1) [-]слепой кишкой

2) [-]малой кривизной желудка

3) [+]двенадцатиперстной кишкой

4) [-]тощей кишкой

5) [-]ободочной кишкой

---

**454. Общий желчный проток должен быть обследован у всех больных**

1) [-]механической желтухой

2) [-]панкреатитом

3) [-]при расширении общего желчного протока

4) [-]с клиникой холедохолитиаза

5) [+]во всех перечисленных ситуациях

---

**455. К осложнениям, обусловленным холелитиазом, следует отнести**

1) [-]гангрену и эмпиему желчного пузыря

2) [-]острый панкреатит

3) [-]желтуху

4) [-]холангит

5) [+]все перечисленное

---

**456. Впервые в медицинской практике выполнил холецистэктомию**

- 1) [-]Курвуазье Л.
  - 2) [+]Лангенбух К.
  - 3) [-]Монастырский Н.Д.
  - 4) [-]Федоров С.П.
  - 5) [-]Кер Г.
- 

**457. Рубцовая стриктура внепеченочных желчных протоков сопровождается всем перечисленным, кроме**

- 1) [-]развития желчной гипертензии
  - 2) [-]застоя желчи
  - 3) [-]образования конкрементов и замазки
  - 4) [-]развития обтурационной желтухи
  - 5) [+]дуоденостаза
- 

**458. Пути проникновения инфекции в ткань печени являются все перечисленные, кроме**

- 1) [-]воротной вены
  - 2) [-]печеночной артерии
  - 3) [+]нижней полой вены
  - 4) [-]желчевыводящих путей
  - 5) [-]лимфатических сосудов
- 

**459. Множество мелких абсцессов в печени, как правило, развиваются**

- 1) [-]при остром деструктивном холецистите
  - 2) [-]при заплззании аскарид во внутрпеченочные желчные ходы
  - 3) [-]при нагноении вокруг инородного тела печени
  - 4) [-]при нагноении паразитарной киста печени
  - 5) [+]при тяжелом гнойном холангите
- 

**460. К врожденным предрасполагающим факторам острой кишечной непроходимости относятся все перечисленные, кроме**

- 1) [-]удвоения кишечника
  - 2) [-]общей брыжейки подвздошной и слепой кишки
  - 3) [+]ситус висцерус инверзус
  - 4) [-]мобильный цекум
  - 5) [-]мегадолихосигмы
- 

**461. К факторам, приводящим к развитию острой кишечной непроходимости относятся все перечисленные, исключая**

- 1) [-]перегрузку пищеварительного тракта обильной грубой пищей
  - 2) [-]изменение моторной функции кишечника с преобладанием спазма
  - 3) [-]изменение моторной функции кишечника с преобладанием пареза
  - 4) [+] "ситус висцерус инверзус"
  - 5) [-]внезапное резкое повышение внутрибрюшного давления
- 

**462. Перерастяжению кишечной стенки при**

## **острой кишечной непроходимости способствуют**

- 1) [-]пищеварительные соки
  - 2) [-]пищевые массы
  - 3) [-]газы
  - 4) [-]транссудат
  - 5) [+]все перечисленное
- 

## **463. Назо-гастро-интестинальная интубация может вызвать все перечисленное, кроме**

- 1) [-]синуситов и отитов
  - 2) [-]бронхитов и пневмонии
  - 3) [+]тромбоза легочной артерии
  - 4) [-]стеноза пищевода и гортани
  - 5) [-]разрыва варикозно расширенных вен пищевода
- 

## **464. При острой кишечной непроходимости возникают следующие патофизиологические нарушения**

- 1) [-]нарушение кровоснабжения в стенке кишки и депонирование крови в кишечной стенке
  - 2) [-]уменьшение объема циркулирующей крови
  - 3) [-]развитие тканевой гипоксии
  - 4) [-]нарушение деятельности сердечно-сосудистой системы
  - 5) [+]все перечисленное
- 

## **465. Повышение внутрикишечного давления и перерастяжение кишечной стенки при острой кишечной непроходимости приводит ко всем перечисленным изменениям, кроме**

- 1) [-]ухудшения вентиляции легких
  - 2) [-]дополнительной потери жидкости
  - 3) [-]дополнительной потери белков и эритроцитов
  - 4) [+]возникновения мезентеральных тромбозов
  - 5) [-]развития функциональной кишечной непроходимости
- 

### **466. Тяжесть состояния больного при узлообразовании обусловлена**

- 1) [-]интоксикацией
  - 2) [-]потерями жидкости и электролитов
  - 3) [-]выключением из циркуляции значительных объемов плазмы
  - 4) [-]выключением из циркуляции значительных объемов красной крови
  - 5) [+]всем перечисленным
- 

### **467. Потери жидкости при острой кишечной непроходимости происходят**

- 1) [-]с рвотными массами
  - 2) [-]с выдыхаемым воздухом в виде водяных паров
  - 3) [-]с кожной поверхности в виде пота
  - 4) [-]с мочой
  - 5) [+]всеми перечисленными путями
- 

### **468. Для некоторых форм острой кишечной непроходимости характерен симптом Обуховской больницы, проявляемый**

- 1) [-]четко отграниченной растянутой кишечной петлей, определяемой при пальпации живота



2) [-]"шумом плеска", определяемый на ограниченном участке или по всему животу

3) [+]пустой баллонообразной ампулой прямой кишки, переднюю стенку которой выпячивают петли кишок в виде округлого эластического образования

4) [-]шумом падающей капли

5) [-]"пустой" илеоцекальной областью

---

### **469. Для симптома Обуховской больницы характерны**

1) [-]дыхательные шумы и сердечные тоны, выслушиваемые через переднюю брюшную стенку

2) [-]шум падающей капли

3) [-]наличие раздутых кишечных петель, определяемых при бимануальном, ректальном и вагинальном исследовании

4) [-]"пустая" илеоцекальная область

5) [+]пустая баллонообразная ампула прямой кишки, переднюю стенку которой выпячивают петли кишок в виде округлого эластического образования

---

### **470. Для симптома Склярова при острой кишечной непроходимости характерным является**

1) [-]асимметричное вздутие боковых отделов живота, "косой живот"

2) [-]наличие раздутых кишечных петель, определяемых при бимануальном, ректальном и вагинальном исследовании

3) [-]четко отграниченная растянутая кишечная петля, определяемая при пальпации живота

4) [-]"пустая" илеоцекальная область

5) [+]шум плеска", определяемый на ограниченном участке

или по всему животу

---

**471. Одним из ранних диагностических симптомов острой кишечной недостаточности является симптом Валя, для которого характерны**

- 1) [-]"шум плеска", определяемый на ограниченном участке или по всему животу
  - 2) [-]дыхательные шумы и сердечные тоны, выслушиваемые через переднюю брюшную стенку
  - 3) [-]наличие раздутых кишечных петель, определяемых при бимануальном, ректальном и вагинальном исследовании
  - 4) [-]"пустая" илеоцекальная область
  - 5) [+]четко отграниченная растянутая кишечная петля, определяемая при пальпации живота
- 

**472. Признаками нежизнеспособности кишки при острой кишечной непроходимости могут быть**

- 1) [-]потеря тонуса кишки и отсутствие перистальтики
  - 2) [-]цианоз кишки
  - 3) [-]тусклость брюшинного покрова
  - 4) [-]отсутствие пульсации сосудов брыжейки
  - 5) [+]все перечисленное
- 

**473. Некробиотические изменения стенки кишечника при странгуляционной кишечной непроходимости начинаются со стороны**

- 1) [-]серозного покрова
- 2) [-]мышечного слоя
- 3) [-]подслизистого слоя

4) [+]слизистого слоя

5) [-]со стороны всех слоев одновременно

---

**474. Операция по поводу заворота сигмовидной кишки может быть закончена любым из следующих оперативных приемов, кроме**

1) [+]деторсии

2) [-]сигмопексии

3) [-]мезосигмопликации

4) [-]резекции сигмовидной кишки

5) [-]выведения некротизированной сигмовидной кишки в рану с наложением анастомоза между приводящим и отводящим коленами

---

**475. Лечение заворота сигмовидной кишки на ранних стадиях заболевания без признаков интоксикации может быть консервативным и заключаться**

1) [-]в применении бариевой клизмы

2) [-]в расправлении перекрученной сигмовидной кишки с помощью зонда, вводимого через ректоскоп по Брунсгаарду

3) [-]в расправлении заворота с помощью колоноскопа

4) [+]возможен любой способ из указанных вариантов лечения

5) [-]ни один из указанных методов лечения

---

**476. Хирургическое лечение заворота сигмовидной кишки в настоящее время включает в себя следующие методы, кроме**

1) [-]одномоментной резекции жизнеспособной долихосигмы

с наложением анастомоза

2) [-]одномоментной резекции некротизированной сигмовидной кишки с наложением анастомоза

3) [-]резекции сигмовидной кишки с наложением противоестественного заднего прохода с выведением на брюшную стенку, как центрального, так и периферического концов сигмовидной кишки

4) [-]операций Гартмана или типа Гартмана

5) [+]выворачивания омертвевшей сигмовидной кишки и выведения ее через задний проход наружу

---

**477. При высокой тонкокишечной непроходимости комплекс лечебных мероприятий следует начинать**

1) [-]с хирургического вмешательства

2) [-]с инфузионной терапии

3) [+]с введения назогастрального зонда

4) [-]с антибиотикотерапии

5) [-]с применения препаратов антихолинэстеразного действия

---

**478. При оказании первой помощи больным с тяжелой черепно-мозговой травмой на месте происшествия и во время транспортировки в стационар, врач должен сделать все перечисленное, кроме**

1) [-]восстановить дыхание, проходимость верхних дыхательных путей, сделать интубацию трахеи

2) [+]произвести люмбальную пункцию

3) [-]осуществить трансфузию кровозаменителей

4) [-]осушить непрямой массаж сердца

---

### **479. Клиническая картина ректального свища характеризуется**

- 1) [-]стулобоязнью
  - 2) [-]кровотечением при дефекации
  - 3) [+]рецидивами парапроктита с выделением гноя из свища
  - 4) [-]выделением слизи при дефекации
- 

### **480. Радикальным методом лечения острого подкожного парапроктита является**

- 1) [-]систематические пункции абсцесса с промыванием антибиотиками
  - 2) [-]вскрытие и дренирование полости абсцесса
  - 3) [+]вскрытие гнойной полости с иссечением крипты в зоне воспаления анальной железы и гнойного хода
  - 4) [-]общая антибиотикотерапия
- 

### **481. При остром ишиоректальном парапроктите показаны**

- 1) [-]пункция гнойника и введение антибиотиков
  - 2) [-]вскрытие гнойника через просвет кишки
  - 3) [-]вскрытие гнойника через промежность с пересечением копчиково-прямокишечной связки
  - 4) [+]вскрытие, дренирование абсцесса, иссечение крипты в анальном канале
  - 5) [-]пункция абсцесса и введение дренажа для промывания полости
- 

### **482. В этиологии парапроктитов главное значение имеет**

- 1) [-]выпадение прямой кишки
  - 2) [-]травма слизистой прямой кишки
  - 3) [+]воспаление анальных желез
  - 4) [-]геморрой
  - 5) [-]общие септические заболевания
- 

**483. Для возникновения острого парапроктита обязательными этиологическими факторами являются**

- 1) [-]кровотечение из прямой кишки
  - 2) [-]поносы
  - 3) [-]склонность к запорам
  - 4) [+]закупорка выводного протока анальной железы и ее воспаление
  - 5) [-]дефект слизистой прямой кишки
- 

**484. Ишиоректальный парапроктит в типичных случаях характеризуется всем перечисленным, кроме**

- 1) [-]выделения слизи из ануса и припухлости промежности с гиперемией
  - 2) [-]высокой температурой
  - 3) [+]отсутствия изменений со стороны кожи промежности
  - 4) [-]болей в глубине таза
- 

**485. При гнойном воспалении эпителиального копчикового хода более целесообразно**

- 1) [-]пункция абсцесса, промывание его и введение антибиотика

2) [-]вскрытие абсцесса и дренирование гнойной полости

3) [-]иссечение эпителиального хода с ушиванием раны наглухо

4) [-]вскрытие абсцесса с иссечением эпителиального хода и открытым ведением раны

5) [+]вскрытие абсцесса с иссечением эпителиального хода и подшиванием краев раны по дну

---

**486. Для диагностики экстрасфинктерного свища прямой кишки показаны**

1) [-]ирригоскопия

2) [-]колоноскопия

3) [+]аноскопия и фистулография

4) [-]пассаж бария по кишечнику

---

**487. При экстрасфинктерном ректальном свище, осложненном гнойной полостью, наиболее радикальной операцией является**

1) [-]иссечение свища в просвет кишки

2) [-]дренирование гнойной полости

3) [+]проведение лигатуры и дренирование гнойной полости

4) [-]иссечение свища с ушиванием сфинктера

5) [-]пластическая операция по низведению слизистой по Блиичеву

---

**488. Операцией выбора при завороте сигмовидной кишки с некрозом стенки является**

1) [-]резекция сигмовидной кишки с анастомозом

2) [-]резекция сигмовидной кишки с анастомозом и наложением превентивной колостомы

3) [+]резекция сигмовидной кишки с формированием колостомы

4) [-]выведение некротизированной стенки кишки в рану по Микуличу

---

**489. Решающими в дифференциальной диагностике ущемленной паховой грыжи и завороте яичка, не спустившегося в мошонку, являются**

1) [-]осмотр пахово-мошоночной области

2) [-]обзорная рентгенография органов брюшной полости

3) [-]ультразвуковое исследование органов брюшной полости

4) [-]только 1) и 3)

5) [+]все перечисленное

---

**490. При дифференциальной диагностике почечной колики и острого аппендицита следует применить все перечисленное, кроме**

1) [+]рентгеноскопии органов брюшной полости

2) [-]хромоцистоскопии

3) [-]обзорной и экскреторной урографии

4) [-]лапароскопии

---

**491. У больного клиника прободной язвы желудка. Известно, что у него - коралловидные камни почек и хронический пиелонефрит. Ему следует выполнить**

1) [-]обзорную и экскреторную урографию

2) [-]ультразвуковое сканирование почек



3) [+]экстренное оперативное лечение

4) [-]все ответы правильные

5) [-]правильного ответа нет

---

**492. У больной в анамнезе почечные камни и самостоятельное отхождение конкрементов. Она поступила с клиникой "острого живота", в анализе мочи свежие эритроциты. В первую очередь ей следует применить**

1) [-]лапароскопию

2) [-]радиоизотопное сканирование почек

3) [-]хромоцистоскопию и возможно экскреторную урографию

4) [-]ультразвуковое сканирование почек

5) [+]последовательно 4) и 1)

---

**493. У больного 35 лет камень желчного пузыря, требующий плановой холецистэктомии, и камень правой почки, требующий плановой пиелолитотомии. Ему следует рекомендовать**

1) [-]только пиелолитотомию

2) [-]только холецистэктомию

3) [+]одновременно пиелолитотомию и холецистэктомию

---

**494. При усилении болей внизу живота и высокой температуре тела на фоне лечения цистита следует подумать**

1) [-]об остром аппендиците

2) [-]об абсцессе дугласова пространства

3) [-]об острой кишечной непроходимости

4) [-]о парапроктите

5) [+]о всем перечисленном

---

**495. При неосложненной паховой грыже и аденоме предстательной железы I стадии в первую очередь выполняется операция**

1) [+]грыжесечения

2) [-]аденомэктомии

3) [-]цистостомии

4) [-]одномоментно аденомэктомия и грыжесечение

5) [-]одновременно грыжесечение и цистостомия

---

**496. При неосложненной косой паховой грыже и аденоме предстательной железы II стадии в первую очередь нужно рекомендовать операцию**

1) [+]аденомэктомию

2) [-]грыжесечения

3) [-]одномоментно аденомэктомию и грыжесечение

4) [-]цистостомию

5) [-]одновременно грыжесечение и цистостомию

---

**497. Повреждение мочевого пузыря в ходе операции грыжесечения чаще наблюдается**

1) [-]при косой паховой грыже

2) [-]при ущемленной паховой грыже

3) [+]при прямой паховой грыже

4) [-]при невправимой косой паховой грыже

5) [-]при бедренной грыже

## **498. При задержке мочи после грыжесечения или аппендэктомии необходимо**

- 1) [-]наложить цистостому
  - 2) [-]выполнить капиллярную пункцию мочевого пузыря
  - 3) [-]установить постоянный катетер, активизировать больного
  - 4) [+]выпускать мочу с помощью катетера 2-3 раза в сутки, активизировать больного
  - 5) [-]медикаментозно стимулировать функцию детрузора, активизировать больного
- 

## **499. Наиболее частой причиной внебрюшного разрыва мочевого пузыря является**

- 1) [-]ятрогенная травма
  - 2) [+]перелом костей таза со смещением
  - 3) [-]удар в живот при переполненном мочевом пузыре
  - 4) [-]падение с высоты
  - 5) [-]переполнение мочевого пузыря
- 

## **500. Наиболее частой причиной внутрибрюшного разрыва мочевого пузыря является**

- 1) [-]ятрогенная травма
- 2) [-]перелом костей таза со смещением
- 3) [+]удар в живот при переполненном мочевом пузыре
- 4) [-]падение с высоты
- 5) [-]переполнение мочевого пузыря