

Green Test



Тест по
хирургии (для
интернов) ГОС

Тест по хирургии (для интернов) ГОС

Тест по хирургии для сдачи государственного экзамена слушателями интернатуры.

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
- 6) Л.Н. Бисенков

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) Тромбоэмболия 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) Аппендэктомия
- 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)+ Многократная 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. Вишневого
- 5) М.И. Кузина

58. Какие гастродуоденальные язвы чаще осложняются перфорацией?

- 1) Острые
- 2)+ Хронические
- 3) Кровоточащие
- 4) Малигнизированные
- 5) Множественные

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)+ Спигарского
- 3) Элекера
- 4) Гюстена
- 5) Кеннингсберга

65. Какие 2 метода диагностики перфоративных гастродуоденальных язв являются 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) эндотоксический шок
- 4)+ терминальная фаза перитонита
- 5) сочетание перфорации язвы и кровотечения

70. При перфоративной язвенной язвы двенадцатиперстной кишки в реактивной фазе разлитого перитонита показано:

- 1) простое ушивание перфорационного отверстия
- 2) ушивание перфорационного отверстия по Опделю-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 Опделю-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 ваготомии 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 ваготомии 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)+ ваготомии 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 пилорoduоденальных 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)+ ваготомии с иссечением язвы и пилоропластикой
- 4) резекция 2/3 желудка
- 5) резекция 3/4 желудка

79. Какой вид микроорганизмов наиболее часто высевают из перитонеального 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) Внутривнутрибрюшные 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) Антрэктомия
- 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) Спигарского
- 3)+ Жобера
- 4) Кулленкампфа
- 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 хронические гастродуоденальные язвы осложняются кровотечением?

- 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 алергизация 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 некрэк томии?

- 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 установлении 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 поджелудочной 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) подключить 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 удлиненного 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)+ Интермиттирующая температура тела, ознобы, желтушность кожи
- 4) Субфебрильная температура тела, диспепсические расстройства, симптомы Мюсси-Георгиевского, Ортенера
- 5) Схваткообразные боли, вздутие живота, задержка стула и газов

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) холецистоеюнододеностомия

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) Вишневого
- 3)+ Пиковского
- 4) Федорова
- 5) Каттеля

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

- 1)+ Кера
- 2) Стерлинга
- 3) Каттеля
- 4) Мейо
- 5) Вишневого
- 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, внутрипеченочные 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)+ печечно-двенадцатиперстную связку
- 5) желудочно-ободочную связку

191. Проходимость 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) Тромбоэмболия 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 Вишневному
- 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)+ Дизэлектrolитемия
- 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)+ Двустольная 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)+ Энтерит

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 холецистэтомии на фоне острого панкреатита?

- 1) Когда желчный пузырь окутан салынком 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 салыник
- 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)+ невосприимчивость 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 вышеперечисленных 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) снаружи
- 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)+ рентгеноскопии 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 постхолангистомического 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 имбибии 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 O₂ 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) АВ(IV) резус
- 2)+ АВ(IV) резус-
- 3) В(III) резус+
- 4) А(II) резус-
- 5) О(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) гнойной 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 бактероиды
- 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 цефалоспоридами
- 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) левомецетин

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 analeptиков
- 5) все перечисленное

351. Изменения кислотно-щелочного состояния считаются компенсированными /[^](рН

- 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 analeptиков
- 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 трисиликат 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, альбумина, 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 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) невраваемости 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) впереди 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 Жиару - 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 выходом 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) невосприимчивость 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 обтурации желчных протоков на первый план выступают все следующие симптомы, кроме

- 1) выраженной лихорадки
- 2) быстрого появления желтухи
- 3)+ быстрого похудения
- 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 опиоидов

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 аутокаталитическое 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 является

- 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) тромбоэмболия 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 вариабельности топографии протоков
- 2) воспалительно-инфильтративных изменений в области печеночно-двенадцатиперстной связи
- 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)+ тромбоэмболии мелких ветвей легочной артерии
- 5) развития поддиафрагмального абсцесса

442. Ликвидировать повреждения внепеченочных желчных протоков можно

- 1) ушив место повреждения протока отдельными швами атравматической 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 гепатопанкреатодуоденальной 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) внутripеченочный 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 заползании аскарид во внутripеченочные желчные ходы
- 3) при нагноении вокруг инородного тела печени
- 4) при нагноении паразитарной кисты 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)+ situs viscerus inversus
- 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) исключением из циркуляции значительных объемов плазмы
- 4) исключением 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) осуществить непрямой массаж сердца

479. Клиническая картина ректального свища характеризуется

- 1) стул обильным
- 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 Блиничеву

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)+ аденомэктомия
- 2) грыжесечения
- 3) одномоментно аденомэктомия 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

generated at geetest.ru