

С п и с о к т е с т о в ы х з а д а н и й п о Ф Х о с е н н и й с е м е с т р

1	1	Острый аппендицит 1		
1		Симптом Образцова характерен для:		
		Острого аппендицита при ретроцекальном расположении червеобразного отростка		
		Острого аппендицита при тазовом расположении червеобразного отростка.		
		Острого аппендицита при подпечёночном расположении червеобразного отростка.		
		Эмпиемы червеобразного отростка.		
		Острого аппендицита при типичном расположении червеобразного отростка.		
2		Показанием к тампонаде брюшной полости при выполнении операции по поводу острого аппендицита не может являться.		
		Наличие выпота в брюшной полости при флегмонозном аппендиците.		
		Невозможность полного удаления червеобразного отростка или его частей.		
		Неуверенность в надёжном гемостазе.		
		Выявление аппендикулярного инфильтрата.		
		Наличие периаппендикулярного абсцесса.		

3	<p>Больная 40 лет оперирована через 1,5 суток от начала заболевания срединным лапаротомным доступом. При ревизии брюшной полости установлено, что в нижнем этаже брюшной полости имеется гиперемия и отёк брюшины с наложениями плёнок фибрина, гнойный перитонеальный экссудат в полости малого таза. Червеобразный отросток утолщен, напряжён, тёмно-багрового цвета, с перфорационным отверстием, из которого поступает гной. Выберите оптимальный метод лечения:</p>		
	<p>Аппендэктомия. Санация и дренирование брюшной полости. Ушивание лапаротомной раны наглухо.</p>		
	<p>Аппендэктомия. Санация брюшной полости. Установка тампона и дренажа в полость малого таза. Ушивание лапаротомной раны наглухо.</p>		
	<p>Аппендэктомия. Санация брюшной полости. Ушивание лапаротомной раны наглухо</p>		
	<p>Аппендэктомия. Санация брюшной полости. Илеостомия. Ушивание лапаротомной раны наглухо.</p>		
	<p>Аппендэктомия, лапаростомия.</p>		
4	<p>Хирург приглашён на консультацию в кардиохирургическое отделение. При осмотре пациента 26 лет, перенёвшего 5 суток назад операцию протезирования двух клапанов сердца в условиях искусственного кровообращения, был диагностирован острый флегмонозный аппендицит. Укажите правильную</p>		

		тактику дальнейшего лечения больного.		
		Перевести пациента в хирургическое отделение для экстренного хирургического лечения.		
		Проводить кардиальную и противовоспалительную терапию, динамическое наблюдение за больным, включая контроль лейкоцитов крови.		
		Назначить интенсивную антибактериальную терапию.		
		Перевести пациента в хирургическое отделение для консервативного лечения и дальнейшего наблюдения.		
		Назначить холод на правую подвздошную область, от антибактериальной терапии и анальгетиков воздержаться, повторно осмотреть больного через 1 сутки.		
5		У больного 76 лет, с трансмуральным инфарктом миокарда, диагностирован острый флегмонозный аппендицит. Ваши действия?		
		Экстренная аппендэктомия.		
		Динамическое наблюдение и операция только при появлении симптомов перитонита.		
		Назначение массивных доз антибиотиков широкого спектра действия и операция при неэффективности этой терапии.		
		Лапароскопическое дренирование брюшной полости.		
		Интенсивная кардиальная терапия и аппендэктомия через 2-3 суток.		

6		На амбулаторном приёме Вы заподозрили у больной острый флегмонозный аппендицит. Что необходимо предпринять?		
		В экстренном порядке госпитализировать больную в хирургический стационар.		
		Назначить спазмолитики и повторно осмотреть больную на следующий день.		
		Проконтролировать на следующее утро динамику температуры тела и лейкоцитов.		
		Назначить антибактериальную терапию и повторно пригласить больную на осмотр на следующий день.		
		Рекомендовать больной самостоятельно контролировать температуру тела и при превышении её свыше 38° С вызвать «Скорую помощь».		
7		Первично-гангренозный аппендицит развивается вследствие:		
		Тромбоза артерии червеобразного отростка.		
		Участия в воспалительном процессе бактериальной инфекции.		
		Длительного приёма кортикостероидов		
		Тромбоза нижней брыжеечной вены.		
		Депрессии иммунитета больного.		

8	Макроскопические изменения червеобразного отростка в виде гиперемии, отёка, фибринозных наложений соответствуют		
	Флегмонозному аппендициту,		
	Катаральному (простому) аппендициту.		
	Гангренозному аппендициту.		
	Перфоративному аппендициту		
	Эмпиеме червеобразного отростка		
9	Выберите наиболее рациональный метод обработки культи червеобразного отростка у взрослых при открытой аппендэктомии (из лапаротомного доступа):		
	Перевязка кетгутовой лигатурой с погружением культи кисетным и Z-образным швами.		
	Перевязка шёлковой лигатурой с погружением культи П-образным швом.		
	Перевязка шёлковой лигатурой без погружения культи.		
	Погружение неперевязанной культи в просвет слепой кишки кисетным швом		
	Перевязка кетгутовой лигатурой без погружения культи и обработка последней иодом		
10	Симптом Кохера-Волковича - это:		

		Перемещение болей из эпигастральной области или верхней половины живота в правую подвздошную область.		
		Усиление болей в правой подвздошной области при напряжении правой подвздошно-поясничной мышцы		
		Появление болей в эпигастральной области при пальпации правой подвздошной области.		
		Усиление болей в правой подвздошной области при повороте больного на левый бок.		
		Усиление болей в правой подвздошной области при нанесении толчкообразных движений рукой в левой подвздошной области.		
11		Осмотрев больного в поликлинике, врач на основании клинической картины заболевания поставил диагноз «острый флегмонозный аппендицит». Через три часа при осмотре в хирургическом отделении отмечено, что самостоятельные боли в правой подвздошной области стихли, но остальные признаки острого аппендицита сохраняются. Лейкоцитоз- $14,0 \times 10^9/\text{л}$, температура тела - $37,6^\circ\text{C}$. Почему уменьшились самостоятельные боли?		
		Следует предположить наличие гангренозной формы острого аппендицита.		
		Диагноз был установлен неверно, следует предположить наличие другого заболевания.		
		Уменьшение болей является следствием регрессии деструктивного процесса в червеобразном отростке.		
		Формируется аппендикулярный инфильтрат.		

		Произошла перфорация червеобразного отростка в свободную брюшную полость.		
12		Принципиальным отличием оперативных вмешательств при катаральной и флегмонозной формах острого аппендицита является:		
		Необходимость ревизии терминального отдела тонкой кишки и органов малого таза до выполнения аппендэктомии при катаральном аппендиците.		
		Необходимость новокаиновой блокады брыжейки червеобразного отростка при флегмонозном аппендиците.		
		Необходимость ревизии органов брюшной полости после удаления червеобразного отростка при катаральном аппендиците.		
		Обязательное введение дренажа в правую подвздошную ямку при флегмонозном аппендиците.		
		Необходимость ревизии органов брюшной полости до удаления червеобразного отростка при флегмонозном аппендиците.		
13		На амбулаторном приёме Вы заподозрили у больной острый катаральный аппендицит. Что следует предпринять?		
		В экстренном порядке госпитализировать больную в хирургический стационар		
		Назначить спазмолитики и повторно осмотреть больную на следующий день.		

		Проконтролировать на следующий день динамику температуры тела и лейкоцитов в крови.		
		Назначить антибактериальную терапию и пригласить больную на повторный осмотр на следующий день.		
		Наблюдать больную амбулаторно и госпитализировать при ухудшении состояния.		
14		У больной 22 лет с беременностью 32 недели, находящейся в хирургическом отделении 18 часов, при динамическом наблюдении нельзя полностью исключить наличие острого аппендицита. Ваша дальнейшая лечебная тактика?		
		Больную необходимо оперировать.		
		Целесообразно продолжить динамическое наблюдение за больной совместно с гинекологом.		
		Произвести ультрасонографию брюшной полости.		
		Совместно с гинекологом вызвать искусственное прерывание беременности, а затем произвести аппендэктомию.		
		Выполнить, лапароскопическое исследование, назначить антибактериальную терапию.		
15		Лигатурный способ при открытой аппендэктомии (из лапаротомного доступа) применяется в одном из следующих случаев:		
		У детей в возрасте до 10 лет.		
		У больных пожилого и старческого возраста.		

		У больных с ретроцекальным расположением червеобразного отростка.		
		У беременных.		
		При длине червеобразного отростка до 4 см.		
16		При осмотре больного Вы поставили диагноз - острый флегмонозный аппендицит. Признаков распространённого перитонита нет. Оптимальным доступом для выполнения аппендэктомии будет:		
		Лапароскопический доступ		
		Доступ по Фёдорову.		
		Доступ по Пфаненштилю.		
		Нижнесрединная лапаротомия.		
		Доступ по Пирогову.		
17		Развитие патологического процесса при остром аппендиците начинается:		
		Со слизистой червеобразного отростка.		
		С серозного покрова червеобразного отростка.		
		С мышечного слоя червеобразного отростка.		
		С купола слепой кишки.		
		С лимфоузлов брыжейки илеоцекального угла.		
18		Операция при остром аппендиците противопоказана при:		

		Аппендикулярном инфильтрате.		
		Двусторонней плевропневмонии.		
		Остром инфаркте миокарда.		
		Беременности 36-40 недель.		
		Гемофилии.		
19		Симптом Ровзинга - это:		
		Усиление болей в правой подвздошной области при нанесении толчкообразных движений рукой в левой подвздошной области.		
		Усиление болей в правой подвздошной области при напряжении правой подвздошно-поясничной мышцы.		
		Появление болей в эпигастральной области при пальпации правой подвздошной области.		
		Усиление болей в правой подвздошной области при повороте больного на левый бок.		
		Перемещение болей из эпигастральной области или верхней половины живота в правую подвздошную область.		
20		Симптом Ситковского - это:		
		Усиление болей в правой подвздошной области при повороте больного на левый бок.		

		Усиление болей в правой подвздошной области при нанесении толчкообразных движений рукой в левой подвздошной области.		
		Усиление болей в правой подвздошной области при напряжении правой подвздошно-поясничной мышцы.		
		Появление болей в эпигастральной области при пальпации правой подвздошной области.		
		Перемещение болей из эпигастральной области или верхней половины живота в правую подвздошную область.		
21		Симптом Образцова - это:		
		Усиление болей в правой подвздошной области при напряжении правой подвздошно-поясничной мышцы.		
		Усиление болей в правой подвздошной области при нанесении толчкообразных движений рукой в левой подвздошной области.		
		Появление болей в эпигастральной области при пальпации правой подвздошной области.		
		Усиление болей в правой подвздошной области при повороте больного на левый бок.		
		Перемещение болей из эпигастральной области или верхней половины живота в правую подвздошную область.		

22	Макроскопические изменения червеобразного отростка в виде гиперемии, отёка, фибриновых наложений соответствуют:		
	Флегмонозному аппендициту.		
	Катаральному (простому) аппендициту.		
	Гангренозному аппендициту.		
	Перфоративному аппендициту.		
	Эмпиеме червеобразного отростка.		
23	Отличием оперативных вмешательств при катаральной и флегмонозной формах острого аппендицита является:		
	Необходимость ревизии терминального отдела тонкой кишки и органов малого таза до выполнения аппендэктомии при катаральном аппендиците		
	Необходимость новокаиновой блокады брыжейки червеобразного отростка при флегмонозном аппендиците		
	Необходимость ревизии органов брюшной полости после удаления червеобразного отростка при катаральном аппендиците		
	Обязательное введение дренажа в правую подвздошную ямку при флегмонозном аппендиците		
	Необходимость направления червеобразного отростка на гистологическое исследование при флегмонозном аппендиците		

24	При выявлении аппендикулярного инфильтрата пациенту показана:		
	Комплексная консервативная терапия в стационаре, при развитии осложнений – хирургическое лечение		
	Экстренная лапаротомия		
	Выписка на амбулаторное лечение под наблюдение хирурга поликлиники		
	Срочная ирригоскопия		
	Пункция инфильтрата		
25	Симптом Образцова характерен для		
	Острого аппендицита при ретроцекальном расположении червеобразного отростка		
	Острого аппендицита при тазовом расположении червеобразного отростка		
	Эмпиемы червеобразного отростка		
	Острого аппендицита при подпечёночном расположении червеобразного отростка		
	Острого холецистита при внутripечёночном расположении желчного пузыря		
26	У больной 58 лет, страдающей сахарным диабетом, на 9 сутки после аппендэктомии развился абсцесс Дугласова пространства. Что следует предпринять в первую очередь?		

		Вскрыть и дренировать абсцесс через переднюю стенку прямой кишки или задний свод влагалища		
		Назначить массивную антибактериальную терапию и проводить динамическое наблюдение		
		Выполнить ниже-срединную лапаротомию и вскрыть абсцесс		
		Назначить физиолечение (токи Бернара) и микроклизмы с ромашкой		
		Перевести больную в гинекологическое отделение, где наблюдать совместно с гинекологом		
27		У больной с аппендикулярным инфильтратом, несмотря на проводимое консервативное лечение, усилились боли в правой подвздошной области и появились ознобы. При ультразвуковом исследовании выявлены признаки абсцедирования инфильтрата, объём полости абсцесс около 8 см ³ . Ваша лечебная тактика?		
		Выполнить пункцию и дренирование абсцесса под контролем УЗИ, аппендэктомию производить не следует		
		Произвести вскрытие абсцесса и аппендэктомию из доступа в правой подвздошной области, дренировать брюшную полость		
		Выполнить нижнесрединную лапаротомию, аппендэктомию, дренирование брюшной полости		
		Вскрыть абсцесс через задний свод влагалища		
		Вскрыть абсцесс через переднюю стенку прямой кишки		

28	У больного 52 лет на второй день после операции аппендэктомии, произведённой по поводу острого гангренозного аппендицита, развился парез кишечника, озноб, стали беспокоить боли в правой половине живота, увеличилась печень и появилась желтуха. О развитии какого осложнения основного заболевания можно думать?		
	Пилефлебит		
	Абсцесс печени		
	Подпечёчный абсцесс		
	Поддиафрагмальный абсцесс		
	Правосторонняя ниже-долевая пневмония		
29	На амбулаторном приёме Вы заподозрили у больной 24 лет острый флегмонозный аппендицит. Что необходимо предпринять?		
	В экстренном порядке госпитализировать больную в хирургический стационар		
	Назначить спазмолитики и повторно осмотреть больную совместно с гинекологом на следующий день.		
	Проконтролировать на следующее утро динамику температуры тела и лейкоцитов		
	Рекомендовать больной самостоятельно контролировать температуру тела и при превышении её свыше 38° С вызвать «Скорую помощь»		

30	Первично-гангренозный аппендицит развивается вследствие:		
	Тромбоза артерии червеобразного отростка		
	Участия в воспалительном процессе бактериальной инфекции		
	Длительного приёма кортикостероидов		
	Тромбоза нижней брыжеечной вены		
	Депрессии иммунитета больного		
31	Лигатурный способ аппендэктомии при лапаротомном доступе применяют в одном из следующих случаев		
	У детей в возрасте до 10 лет		
	У беременных		
	При длине червеобразного отростка до 4 см		
	У больных пожилого и старческого возраста		
	У больных с ретроцекальным расположением червеобразного отростка		
32	Осмотрев больного в поликлинике, врач на основании клинической картины заболевания поставил диагноз «острый флегмонозный аппендицит». Через три часа при осмотре в хирургическом отделении установлено, что субъективное состояние больного улучшилось, самостоятельные боли в правой подвздошной области стихли, но остальные признаки острого аппендицита		

		сохраняются. Лейкоцитоз – $14,0 \times 10^9/\text{л}$, температура тела – $37,6^\circ\text{C}$. Почему уменьшились самостоятельные боли?		
		Следует предположить наличие гангренозной формы острого аппендицита		
		Уменьшение болей является следствием регресса деструктивного процесса в червеобразном отростке		
		Диагноз был установлен неверно, следует предположить наличие другого заболевания		
		Формируется аппендикулярный инфильтрат		
		Произошла перфорация червеобразного отростка в брюшинное пространство		
33		Среди перечисленных клинических ситуаций укажите наиболее характерную для аппендикулярного инфильтрата		
		Длительность заболевания 5 дней. Жалобы на тянущие боли в правой подвздошной области, где пальпируется умеренно болезненный, малоподвижный инфильтрат плотной консистенции с нечёткими границами. Интенсивность болей, начавшихся в эпигастрии и затем переместившихся в правую подвздошную область, в последние два дня уменьшилась. Лейкоциты крови – $10,3 \times 10^9/\text{л}$, палочкоядерный сдвиг – 5%, температура тела – $37,2^\circ\text{C}$		
		Длительность заболевания 7 дней. Жалобы на пульсирующие боли в правой подвздошной области, где пальпируется плотный неподвижный инфильтрат, кожные покровы над ним гиперемированы, в центре определяется участок флюктуации, пальпация в этой зоне		

		резко болезненна. Лейкоциты крови – $12,8 \times 10^9/\text{л}$, палочкоядерный сдвиг – 10%, температура тела – $37,8^\circ\text{C}$.		
		Жалобы па тянущие боли внизу живота, больше справа, возникающие в середине менструального цикла. В правой подвздошной области пальпируется округлое образование плотной консистенции с чёткими границами, малоболезненное, легко смещаемое. Отмечается усиление болей в положении на левом боку. Лейкоциты крови – $9,4 \times 10^9/\text{л}$, температура тела – $37,0^\circ\text{C}$.		
		Длительность заболевания 2 дня. Беспокоят боли в правой половине живота, метеоризм, запоры. В правой подвздошной области пальпируется плотный, бугристый, неподвижный инфильтрат с чёткими границами. При ректальном исследовании на перчатке следы кала с примесью слизи и тёмной крови. Лейкоциты крови – $8,2 \times 10^9/\text{л}$, палочкоядерный сдвиг – 7%, температура тела – $37,0^\circ\text{C}$.		
34		Макроскопические изменения червеобразного отростка в виде гиперемии, отёка, фибриновых наложений соответствуют		
		Флегмонозному аппендициту		
		Катаральному аппендициту		
		Эмпиеме червеобразного отростка		
		Гангренозному аппендициту		
		Карциноиду червеобразного отростка		

35	Выберите наиболее рациональный метод обработки культи червеобразного отростка при открытой операции у взрослых		
	Перевязка лигатурой с погружением культи кисетным и Z-образным швами синтетической рассасывающейся нитью		
	Погружение неперевязанной культи в просвет слепой кишки кисетным проленовым швом		
	Перевязка кетгутовой лигатурой без погружения культи и обработка последней йодом		
	Перевязка капроновой лигатурой без погружения культи		
	Перевязка капроновой лигатурой с погружением культи П-образным кетгутовым швом		
36	Симптом Кохера-Волковича – это:		
	Перемещение болей из эпигастральной области или верхней половины живота в правую подвздошную область		
	Усиление болей в правой подвздошной области при напряжении правой подвздошно-поясничной мышцы		
	Появление болей в эпигастральной области при пальпации правой подвздошной области.		
	Усиление болей в правой подвздошной области при повороте больного на левый бок.		
	Усиление болей в правой подвздошной области при нанесении толчкообразных движений рукой в левой подвздошной области		

37		Симптом Кохера-Волковича относится к наиболее информативным симптомам в диагностике острого аппендицита. Укажите заболевание, при котором также может отмечаться сходное перемещение болей		
		Перфоративная язва желудка или двенадцатиперстной кишки		
		Илеоцекальная инвагинация		
		Формирование билиодигестивного свища		
		Правосторонняя почечная колика		
		Острый катаральный холецистит		
38		Операция при остром аппендиците противопоказана при:		
		Аппендикулярном инфильтрате		
		Двусторонней плевропневмонии		
		Беременности 36-40 недель		
		Гемофилии		
		Остром инфаркте миокарда		
39		Флегмона забрюшинного пространства при остром аппендиците может развиваться в случае:		
		Ретроперитонеального расположения червеобразного отростка		

		Переднего подпечённого расположения червеобразного отростка		
		Местного перитонита в правой подвздошной области		
		Латерального расположения червеобразного отростка		
		Ретроцекального расположения червеобразного отростка		
40		Симптом Ровзинга – это:		
		Усиление болей в правой подвздошной области при нанесении толчкообразных движений рукой в левой подвздошной области		
		Усиление болей в правой подвздошной области при напряжении правой подвздошно-поясничной мышцы		
		Перемещение болей из эпигастральной области или верхней половины живота в правую подвздошную область		
		Усиление болей в правой подвздошной области при повороте больного на левый бок		
		Появление болей в эпигастральной области при пальпации правой подвздошной области		
41		Укажите патоморфологические изменения, соответствующие эмпиеме червеобразного отростка		
		Червеобразный отросток колбовидно вздут, резко напряжён, флюктуирует. Серозная оболочка тусклая, гиперемирована, без наложений фибрина		

		Отросток не напряжён, сероза его блестящая, бледно-розового цвета, контурируется сеть поверхностных сосудов, наложений фибрина нет		
		Червеобразный отросток утолщен. Сероза его гиперемирована, тусклая, наложений фибрина нет		
		Отросток значительно утолщен, напряжён. Сероза его гиперемирована, тусклая, с наложениями фибрина		
		Отросток резко утолщен, напряжён. Сероза тусклая, с наложениями фибрина, в области верхушки стенка его грязно-зелёного цвета		
42		Больному, после рассасывания аппендикулярного инфильтрата, следует рекомендовать дальнейшую лечебную тактику:		
		Оперировать больного в плановом порядке через 3-4 месяца после выписки из стационара.		
		В течение 3-х месяцев проводить поддерживающую антибактериальную терапию, направленную на предупреждение повторных приступов острого аппендицита.		
		Выполнить больному после стихания воспалительных явлений аппендэктомию, не выписывая его из стационара.		
		Произвести больному аппендэктомию только в случае повторного приступа острого аппендицита.		
		Рекомендовать больному плановую аппендэктомию через 6 -8 месяцев после стихания острого воспалительного процесса.		

43		Пилефлебит обычно является осложнением следующего заболевания:		
		Гангренозного аппендицита.		
		Перфоративной язвы желудка, осложнённой распространённым перитонитом.		
		Заворота тонкой кишки с явлениями её некроза.		
		Инфаркта тонкой кишки вследствие эмболии верхней брыжеечной артерии.		
		Распадающейся опухоли слепой кишки с явлениями параколического лимфаденита.		
44		У больного на 6-е сутки после операции по поводу острого флегмонозного аппендицита повысилась температура до 38,8°C, появились боли в правом подреберье, кашель. О каком осложнении острого аппендицита может идти речь в данной ситуации?		
		Поддиафрагмальный абсцесс.		
		Тазовый абсцесс		
		Пилефлебит		
		Аппендикулярный инфильтрат.		
		Межкишечный абсцесс		
45		У больного на 6-е сутки после операции по поводу острого флегмонозного аппендицита повысилась температура до		

		37,8°C, появились боли появились боли в мезогастрии, парез кишечника. О каком осложнении острого аппендицита может идти речь в данной ситуации?		
		Межкишечный абсцесс		
		Поддиафрагмальный абсцесс.		
		Тазовый абсцесс		
		Пилефлебит		
		Аппендикулярный инфильтрат.		
46		У больного на 6-е сутки после операции по поводу острого флегмонозного аппендицита повысилась температура до 37,8°C, появились боли в нижних отделах живота с иррадиацией в прямую кишку, учащённое мочеиспускание. О каком осложнении острого аппендицита может идти речь в данной ситуации?		
		Тазовый абсцесс		
		Межкишечный абсцесс		
		Поддиафрагмальный абсцесс.		
		Пилефлебит		
		Аппендикулярный инфильтрат.		
47		Укажите оптимальный метод лечения поддиафрагмальных абсцессов.		
		Пункция и дренирование под контролем КТ или УЗИ.		

		Назначить холод на живот и проводить динамическое наблюдение.		
		Выполнить колоноскопию.		
		Назначить стимуляцию кишечника и антибиотики группы аминогликозидов.		
		Произвести лапароскопию.		
48		Укажите оптимальный метод лечения межкишечных абсцессов.		
		Пункция и дренирование под контролем КТ или УЗИ. При невозможности лапаротомия		
		Назначить холод на живот и проводить динамическое наблюдение.		
		Произвести лапароскопию.		
		Выполнить колоноскопию.		
		Назначить стимуляцию кишечника и антибиотики группы аминогликозидов.		
49		Укажите оптимальный метод лечения тазовых абсцессов.		
		Пункция через задний свод влагалища или переднюю стенку прямой кишки		
		Назначить холод на живот и проводить динамическое наблюдение.		
		Произвести лапароскопию.		

		Пункция и дренирование под контролем КТ или УЗИ. При невозможности лапаротомия		
		Назначить стимуляцию кишечника и антибиотики группы аминогликозидов.		
50		Что такое пилефлебит?		
		Восходящий септический тромбофлебит воротной вены		
		Тромбоз нижней брыжеечной вены.		
		Вариант тромбоза брыжеечной артерии		
		Тромбоз артерии червеобразного отростка.		
		Тромбофлебит подкожных вен нижних конечностей		
51		К развитию какого осложнения острого аппендицита наиболее склонны пожилые пациенты?		
		Аппендикулярный инфильтрат.		
		Межкишечный абсцесс		
		Поддиафрагмальный абсцесс.		
		Тазовый абсцесс		
		Пилефлебит		
52		При выявлении аппендикулярного инфильтрата пациенту показана:		
		Комплексная консервативная терапия в стационаре, при развитии осложнений - хирургическое лечение.		

		Экстренная лапаротомия.		
		Выписка на амбулаторное лечение под наблюдение хирурга поликлиники.		
		Лапароскопическая аппендэктомия.		
		Срочная ирригоскопия.		
53		У больной с аппендикулярным инфильтратом, несмотря на проводимое консервативное лечение, усилились боли в правой подвздошной области и появились ознобы. При ультразвуковом исследовании выявлены признаки абсцедирования инфильтрата в правой подвздошной области. Ваша лечебная тактика?		
		Вскрыть абсцесс доступом в правой подвздошной области, произвести тампонаду и дренирование полости абсцесса; аппендэктомию производить не следует.		
		Произвести вскрытие абсцесса и аппендэктомию из доступа в правой подвздошной области, дренировать брюшную полость.		
		Выполнить нижнесрединную лапаротомию, аппендэктомию, дренирование брюшной полости.		
		Вскрыть абсцесс через задний свод влагалища.		
		Вскрыть абсцесс через переднюю стенку прямой кишки.		
54		У больного 52 лет на второй день после операции аппендэктомии, произведённой по поводу острого гангренозного аппендицита, развился парез кишечника, озноб, стали беспокоить боли в правой половине живота,		

		увеличилась печень и появилась желтуха. О развитии какого осложнения основного заболевания можно думать?		
		Пилефлебит.		
		Тромбоз нижней брыжеечной вены, нарушение мезентериального кровообращения.		
		Поддиафрагмальный абсцесс.		
		Подпечёночный абсцесс.		
		Абсцесс печени.		
55		У больной 58 лет, страдающей сахарным диабетом, на 9 сутки после аппендэктомии развился абсцесс Дугласова пространства. Что следует предпринять?		
		Вскрыть и дренировать абсцесс через переднюю стенку прямой кишки или задний свод влагалища.		
		Назначить массивную антибактериальную терапию.		
		Вскрыть абсцесс нижнесрединным лапаротомным доступом.		
		Вскрыть абсцесс доступом Волковича-Дьяконова.		
		Назначить физиолечение (токи Бернара) и микроклизмы с ромашкой.		
56		Оперируя больного с предварительным клиническим диагнозом «острый флегмонозный аппендицит», после вскрытия брюшной		

		полости Вы обнаружили аппендикулярный инфильтрат. Что следует предпринять?		
		Ограничиться введением тампона и дренажа в подвздошную ямку.		
		Выделить из инфильтрата червеобразный отросток, произвести аппендэктомию, ввести в брюшную полость тампон.		
		Ушить рану наглухо, назначить массивную антибактериальную терапию и проводить динамическое наблюдение.		
		Выделить отросток из воспалительного инфильтрата, произвести аппендэктомию и ушить рану наглухо.		
		Отказаться от операции, ушить рану, проводить консервативное лечение.		
57		В диагностике абсцесса Дугласова пространства, развившегося послеоперации аппендэктомии, наиболее информативным методом исследования будет:		
		Ультразвуковое исследование органов малого таза.		
		Ирригоскопия.		
		Ректороманоскопия		
		Лапароскопия.		
		Обзорная рентгеноскопия брюшной полости и малого таза		

58	У больного, наблюдавшегося по поводу аппендикулярного инфильтрата, на 6-е сутки заболевания появились ознобы, температура повысилась до 38,0-38,5°C, усилились боли в животе. В анализе крови - лейкоциты $17,0 \cdot 10^9/\text{л}$. Выберите правильную тактику лечения.		
	Необходима срочная операция, оперативный доступ - Волковича-Дьяконова.		
	Необходимо назначить антибиотики широкого спектра действия и дезинтоксикационную терапию.		
	Необходимо произвести лапароскопию и пунктировать инфильтрат.		
	Необходимо в срочном порядке выполнить нижнесрединную лапаротомию и аппендэктомию.		
	Необходимо произвести комплекс противовоспалительных мероприятий в течение 3-4 дней и при отсутствии эффекта рекомендовать операцию разрезом Волковича-Дьяконова.		
59	У больного 56 лет, страдающего сахарным диабетом, на 8 сутки после операции аппендэктомии развился абсцесс малого таза. Что следует предпринять?		
	Вскрыть абсцесс через переднюю стенку прямой кишки и дренировать его.		
	Проводить интенсивную антибактериальную и дезинтоксикационную терапию.		

		Вскрыть абсцесс через разрез в правой подвздошной области.		
		Вскрыть абсцесс правосторонним внебрюшинным доступом.		
		Вскрыть абсцесс нижнесрединным лапаротомным доступом и дренировать малый таз		
60		Среди перечисленных клинических ситуации укажите наиболее характерную для аппендикулярного инфильтрата:		
		Длительность заболевания 5 дней. Жалобы на тянущие боли в правой подвздошной области, где пальпируется умеренно болезненный, малоподвижный инфильтрат плотной консистенции с нечёткими границами. Интенсивность болей, начавшихся в эпигастрии и затем переместившихся в правую подвздошную область, в последние два дня уменьшилась. Лейкоцитоз - $10,3 \cdot 10^9/\text{л}$, палочкоядерный сдвиг - 5%, температура тела - $37,2^\circ\text{C}$.		
		Длительность заболевания 7 дней. Жалобы на пульсирующие боли в правой подвздошной области, где пальпируется плотный неподвижный инфильтрат, кожные покровы над ним гиперемированы, в центре определяется участок флюктуации, пальпация в этой зоне резко болезненна. Лейкоцитоз - $12,8 \cdot 10^9$, палочкоядерный сдвиг - 10%, температура тела - $37,8^\circ\text{C}$.		
		Жалобы па тянущие боли внизу живота, больше справа, возникающие в середине менструального цикла. В правой подвздошной области пальпируется округлое образование плотной консистенции с четкими		

		границами, малоблезненное, легко смещаемое. Отмечается усиление болей в положении на левом боку. Лейкоцитоз - $9,4 \times 10^9/\text{л}$, температура тела - $37,0^\circ\text{C}$.		
		Длительность заболевания 2 дня. Беспокоят боли в правой половине живота, метеоризм, запоры. В правой подвздошной области пальпируется плотный, бугристый, неподвижный инфильтрат с чёткими границами. При ректальном исследовании на перчатке следы кала с примесью слизи и тёмной крови. Лейкоцитоз - $8,2 \times 10^9$, палочкоядерный сдвиг - 7%, температура тела - $37,0^\circ\text{C}$.		
		Длительность заболевания 2 месяца. Беспокоят тянущие боли в правой половине живота, метеоризм, запоры. Пациент похудел на 15 килограммов, анемичен. В правой подвздошной области пальпируется плотный, бугристый, неподвижный инфильтрат с чёткими границами.		
61		Оперируя больного с подозрением на острый аппендицит доступом Волковича-Дьяконова, Вы обнаружили аппендикулярный инфильтрат. Что следует предпринять?		
		Ограничиться введением тампона и дренажа в правую подвздошную ямку.		
		Ушить рану в правой подвздошной области, произвести срединную лапаротомию, аппендэктомию.		
		Ушить рану, назначить антибиотики широкого спектра действия и холод местно.		
		Выделить отросток из воспалительного инфильтрата и произвести аппендэктомию.		
		Разделить инфильтрат и ввести марлевый тампон.		

62	У больного на 6-е сутки после операции по поводу острого флегмонозного аппендицита повысилась температура до 37,8°C, появились боли в нижних отделах живота с иррадиацией в прямую кишку, учащённое мочеиспускание. Что целесообразно предпринять в первую очередь в данной ситуации?		
	Произвести пальцевое ректальное исследование для выявления тазового инфильтрата.		
	Назначить холод на живот и проводить динамическое наблюдение.		
	Произвести лапароскопию.		
	Выполнить колоноскопию.		
	Назначить стимуляцию кишечника и антибиотики группы аминогликозидов.		
63	Больному, перенесшему операцию по поводу аппендикулярного инфильтрата с формированием абсцесса, следует рекомендовать дальнейшую лечебную тактику:		
	Рекомендовать больному плановую аппендэктомию через 6 месяцев после стихания острого воспалительного процесса.		
	В течение 3-х месяцев проводить поддерживающую антибактериальную терапию, направленную на предупреждение повторных приступов острого аппендицита.		
	Выполнить больному после стихания воспалительных явлений аппендэктомию, не выписывая его из стационара.		

		Произвести больному аппендэктомии только в случае повторного приступа острого аппендицита.		
		Оперировать больного в плановом порядке через месяц после выписки из стационара.		
64		Больному, после рассасывания аппендикулярного инфильтрата, следует рекомендовать дальнейшую лечебную тактику:		
		Оперировать больного в плановом порядке через 3-4 месяца после выписки из стационара.		
		В течение 3-х месяцев проводить поддерживающую антибактериальную терапию, направленную на предупреждение повторных приступов острого аппендицита.		
		Выполнить больному после стихания воспалительных явлений аппендэктомию, не выписывая его из стационара.		
		Произвести больному аппендэктомию только в случае повторного приступа острого аппендицита.		
		Рекомендовать больному плановую аппендэктомию через 6 -8 месяцев после стихания острого воспалительного процесса.		
65		Пилефлебит обычно является осложнением следующего заболевания:		
		Гангренозного аппендицита.		

		Перфоративной язвы желудка, осложнённой распространённым перитонитом.		
		Заворота тонкой кишки с явлениями её некроза.		
		Инфаркта тонкой кишки вследствие эмболии верхней брыжеечной артерии.		
		Распадающейся опухоли слепой кишки с явлениями параколического лимфаденита.		
66		У больного на 6-е сутки после операции по поводу острого флегмонозного аппендицита повысилась температура до 38,8°C, появились боли в правом подреберье, кашель. О каком осложнении острого аппендицита может идти речь в данной ситуации?		
		Поддиафрагмальный абсцесс.		
		Тазовый абсцесс		
		Пилефлебит		
		Аппендикулярный инфильтрат.		
		Межкишечный абсцесс		
67		У больного на 6-е сутки после операции по поводу острого флегмонозного аппендицита повысилась температура до 37,8°C, появились боли в мезогастррии, парез кишечника. О каком осложнении острого аппендицита может идти речь в данной ситуации?		
		Межкишечный абсцесс		
		Поддиафрагмальный абсцесс.		

		Тазовый абсцесс		
		Пилефлебит		
		Аппендикулярный инфильтрат.		
68		У больного на 6-е сутки после операции по поводу острого флегмонозного аппендицита повысилась температура до 37,8°C, появились боли в нижних отделах живота с иррадиацией в прямую кишку, учащённое мочеиспускание. О каком осложнении острого аппендицита может идти речь в данной ситуации?		
		Тазовый абсцесс		
		Межкишечный абсцесс		
		Поддиафрагмальный абсцесс.		
		Пилефлебит		
		Аппендикулярный инфильтрат.		
69		Укажите оптимальный метод лечения поддиафрагмальных абсцессов.		
		Пункция и дренирование под контролем КТ или УЗИ.		
		Назначить холод на живот и проводить динамическое наблюдение.		
		Выполнить колоноскопию.		
		Назначить стимуляцию кишечника и антибиотики группы аминогликозидов.		
		Произвести лапароскопию.		

70		Укажите оптимальный метод лечения межкишечных абсцессов.		
		Пункция и дренирование под контролем КТ или УЗИ. При невозможности лапаротомия		
		Назначить холод на живот и проводить динамическое наблюдение.		
		Произвести лапароскопию.		
		Выполнить колоноскопию.		
		Назначить стимуляцию кишечника и антибиотики группы аминогликозидов.		
71		Укажите оптимальный метод лечения тазовых абсцессов.		
		Пункция через задний свод влагалища или переднюю стенку прямой кишки		
		Назначить холод на живот и проводить динамическое наблюдение.		
		Произвести лапароскопию.		
		Пункция и дренирование под контролем КТ или УЗИ. При невозможности лапаротомия		
		Назначить стимуляцию кишечника и антибиотики группы аминогликозидов.		
72		Что такое пилефлебит?		
		Восходящий септический тромбофлебит воротной вены		

		Тромбоз нижней брыжеечной вены.		
		Вариант тромбоза брыжеечной артерии		
		Тромбоз артерии червеобразного отростка.		
		Тромбофлебит подкожных вен нижних конечностей		
73		К развитию какого осложнения острого аппендицита наиболее склонны пожилые пациенты?		
		Аппендикулярный инфильтрат.		
		Межкишечный абсцесс		
		Поддиафрагмальный абсцесс.		
		Тазовый абсцесс		
		Пилефлебит		
1	2	Острый аппендицит 2		
1		Показаниями к тампонаде брюшной полости при выполнении операции по поводу острого аппендицита являются:		
		Невозможность полного удаления червеобразного отростка или его частей.		
		Неуверенность в надёжном гемостазе.		
		Аппендикулярный инфильтрат.		
		Наличие фибрина на куполе слепой кишки.		
		Наличие выпота в брюшной полости при флегмонозном аппендиците.		

2		Осложнениями острого аппендицита являются:		
		Разлитой перитонит		
		Пилефлебит		
		Аппендикулярный инфильтрат.		
		Абсцессы брюшной полости.		
		Гангрена червеобразного отростка		
3		У больного, оперированного по поводу острого флегмонозного аппендицита, местного перитонита доступом в правой подвздошной области, на 9-е сутки после операции диагностирован правосторонний поддиафрагмальный абсцесс. Назовите возможные причины его образования?		
		Больному после операции не было придано положение Фовлера.		
		Не был тщательно осушен выпот в брюшной полости.		
		Больному после операции не было придано положение Тренделенбурга.		
		Выбран неправильный доступ, следовало произвести нижнесрединную лапаротомию.		
		Не была произведена тампонада брюшной полости.		

4	Характерными признаками правостороннего поддиафрагмального абсцесса, развившегося после операции аппендэктомии, являются:		
	Боли в правой половине грудной клетки и верхних отделов живота, усиливающиеся на вдохе.		
	Увеличение перкуторных размеров печени.		
	Выбухание нижних межрёберных промежутков справа.		
	Гектическая температура.		
	Низкое стояние правого купола диафрагмы.		
5	У больного на 5-е сутки после операции аппендэктомии при ректальном исследовании обнаружен воспалительный инфильтрат в малом тазу без признаков абсцедирования. Укажите необходимые лечебные мероприятия:		
	Антибактериальная терапия.		
	Назначение тёплых микроклизм с ромашкой.		
	Лапароскопическое дренирование малого таза		
	Оперативное лечение.		
	Приём солевого слабительного 2 раза в день.		
6	При осложнении острого аппендицита аппендикулярным инфильтратом показано консервативное лечение потому, что:		
	Воспалительный инфильтрат часто успешно рассасывается.		

		При попытке произвести аппендэктомию возможна перфорация слепой кишки.		
		При попытке разрушить инфильтрат возможна перфорация тонкой кишки и перитонит.		
		Во всех случаях наступает выздоровление.		
		После рассасывания инфильтрата рецидива острого аппендицита не наступает.		
7		Укажите мероприятия, направленные на профилактику формирования абсцессов брюшной полости после аппендэктомии		
		Придание пациенту положения Фовлера		
		Дренирование брюшной полости		
		Придание пациенту положения Тренделенбурга		
		Новокаиновая блокада брыжейки червеобразного отростка при флегмонозном аппендиците.		
		Тампонирование брюшной полости		
8		Пациент оперирован по поводу гангренозного аппендицита. Укажите мероприятия, направленные на профилактику формирования абсцессов брюшной полости после аппендэктомии.		
		Антибактериальная терапия.		
		Придание пациенту положения Фовлера		
		Дренирование брюшной полости		

		Придание пациенту положения Тренделенбурга		
		Тампонирование брюшной полости		
9		У больного на 6-е сутки после операции по поводу острого флегмонозного аппендицита повысилась температура до 37,8°C, появились боли в нижних отделах живота, парез кишечника. Что целесообразно предпринять в первую очередь в данной ситуации?		
		Выполнить УЗИ брюшной полости		
		Выполнить КТ брюшной полости с контрастированием		
		Гастроскопию.		
		Выполнить колоноскопию.		
		Назначить стимуляцию кишечника и антибиотики группы аминогликозидов.		
10		У больного на 6-е сутки после операции по поводу острого флегмонозного аппендицита повысилась температура до 38,8°C, появились боли в правом подреберье, кашель. Что целесообразно предпринять в первую очередь в данной ситуации?		
		Выполнить УЗИ брюшной полости		
		Выполнить КТ брюшной полости с контрастированием		
		Выполнить рентгенографию легких.		
		Назначить стимуляцию кишечника и антибиотики группы аминогликозидов.		

		Произвести пальцевое ректальное исследование		
11		Пациент оперирован по поводу гангренозного аппендицита. Укажите мероприятия, направленные на профилактику развития пилефлебита.		
		Антибактериальная терапия.		
		Радикальное удаление всех некротических тканей		
		Тампонирование брюшной полости		
		Придание пациенту положения Тренделенбурга		
		Придание пациенту положения Фовлера		
12		Больному 60 лет в экстренном порядке произведена аппендэктомия по поводу гангренозного аппендицита. Назначьте лечебные мероприятия, направленные на профилактику в послеоперационном периоде острого тромбоза глубоких вен нижних конечностей:		
		Эластическое бинтование нижних конечностей.		
		Применение антикоагулянтов.		
		Ранняя активизация больного.		
		Строгий постельный режим в течение 2-3 дней.		
		Введение тромболитических препаратов.		
13		При подозрении на острый аппендицит в диагностически неясных случаях нужно избрать следующую тактику:		

		В поликлинических условиях пациент должен быть направлен на консультацию к хирургу		
		При осмотре пациента на работе он должен быть направлен в хирургический стационар		
		При невозможности использовать в стационаре дополнительные методы исследования или их неэффективности, а также при появлении перитонеальных симптомов показана экстренная операция		
		В хирургическом отделении в первые часы заболевания могут быть использованы дополнительные методы обследования, включая лапароскопию		
		При осмотре пациента в домашних условиях он может быть оставлен под наблюдение участкового терапевта (семейного врача)		
14		Укажите острые заболевания органов брюшной полости, при которых экстренная операция не показана:		
		Аппендикулярный инфильтрат		
		Острый интерстициальный (отёчный) панкреатит		
		Острый катаральный аппендицит		
		Острый калькулезный гангренозный холецистит		
		Прикрытая перфорация дуоденальной язвы давностью более 72 часов без признаков перитонита		
15		У больного, оперированного по поводу острого флегмонозного аппендицита, местного перитонита доступом в правой подвздошной области, на 9-е сутки		

		после операции диагностирован правосторонний поддиафрагмальный абсцесс. Что могло послужить причиной его образования?		
		Больному после операции не было придано положение Фовлера		
		Не был тщательно осушен выпот в брюшной полости		
		Не была произведена тампонада брюшной полости.		
		Выбран неправильный доступ, следовало произвести нижнесрединную лапаротомию		
		Больному после операции не было придано положение Тренделенбурга		
16		Характерными признаками правостороннего поддиафрагмального абсцесса, развившегося после операции аппендэктомии, являются:		
		Боли в правой половине грудной клетки и верхних отделах живота, усиливающиеся на вдохе		
		Выбухание нижних межрёберных промежутков справа		
		Гектическая температура		
		Увеличение перкуторных размеров печени		
		Низкое стояние правого купола диафрагмы		
17		Для острого флегмонозного аппендицита характерны следующие клинические симптомы:		
		Симптом Бартомье-Михельсона		

		Симптом Кохера-Волковича.		
		Симптом Щёткина-Блюмберга		
		Симптом Цеге-Мантейфеля		
		Симптом Мюсси-Георгиевского		
18		Клиническими особенностями острого аппендицита у пожилых больных являются:		
		Возможность развития первично-гангренозной формы		
		Слабая выраженность симптомов раздражения брюшины		
		Неоднократный жидкий стул		
		Множественная рвота		
		Высокая температура		
19		Больному 70 лет в экстренном порядке произведена аппендэктомия по поводу перфоративного аппендицита. Назначьте лечебные мероприятия, направленные на профилактику в послеоперационном периоде острого тромбоза глубоких вен нижних конечностей		
		Эластическое бинтование нижних конечностей		
		Ранняя активизация больного		
		Строгий постельный режим в течение 2-3 дней		
		Введение тромболитических препаратов		
		Согревающие компрессы на икроножные мышцы		

20	Укажите признаки, характерные для клинической картины острого аппендицита у больных старческого возраста		
	Боли в животе часто носят умеренный характер		
	Симптомы мышечной защиты и раздражения брюшины выражены слабо		
	Заболевание часто протекает на фоне задержки стула		
	Аппендикулярный инфильтрат не развивается		
	Как правило, отмечается высокий лейкоцитоз в крови и гипертермия		
21	Укажите инструментальные методы исследования, используемые для распознавания абсцессов брюшной полости		
	Ультразвуковое сканирование брюшной полости		
	Компьютерная томография брюшной полости		
	Обзорная рентгенография брюшной полости		
	Колоноскопия		
	Лапароскопия		
22	Для перфоративного аппендицита характерны следующие симптомы:		
	Внезапное усиление болей в животе		
	Положительный симптом Щёткина-Блюмберга		

		Наличие свободного газа в брюшной полости		
		Схваткообразные боли в животе		
		Положительный симптом «шума плеска»		
23		Для дифференциальной диагностики острого аппендицита от правосторонней почечной колики Вы предпримете:		
		Срочное исследование мочи		
		Хромоцистоскопию или экскреторную урографию		
		Введение спазмолитиков		
		Ангиографию почечных артерий		
		Введение наркотических обезболивающих препаратов		
24		При осложнении острого аппендицита аппендикулярным инфильтратом показано консервативное лечение потому, что:		
		При попытке произвести аппендэктомию возможна перфорация слепой кишки		
		При попытке разрушить инфильтрат возможна перфорация тонкой кишки и перитонит		
		Воспалительный инфильтрат часто успешно рассасывается		
		После рассасывания инфильтрата рецидива острого аппендицита не наступает		
		Во всех случаях наступает выздоровление		

25		К наиболее информативным методам диагностики острого аппендицита относят		
		УЗИ органов брюшной полости		
		Компьютерную томографию органов брюшной полости		
		Лапароскопию		
		Колоноскопию		
		Обзорную рентгенографию органов брюшной полости		
26		Укажите симптомы, характерные для острого аппендицита		
		Симптом Ровзинга		
		Симптом Кохера-Волковича		
		Симптом Ситковского		
		Симптом Орнера		
		Симптом Мондора		
27		Больному, перенёсшему аппендикулярный инфильтрат или периаппендикулярный абсцесс, следует рекомендовать следующую дальнейшую лечебную тактику:		
		Рекомендовать больному плановую аппендэктомию через 4-6 месяцев после стихания острого воспалительного процесса		

		Провести дообследование, в объёме колоноскопии, компьютерной томографии органов брюшной полости		
		Произвести больному аппендэктомию только в случае повторного приступа острого аппендицита		
		В течение 3-х месяцев проводить поддерживающую антибактериальную терапию, направленную на предупреждение повторных приступов острого аппендицита		
		Выполнить больному аппендэктомию после стихания острых воспалительных явлений, не выписывая его из стационара		
28		Хирург приглашён на консультацию в кардиохирургическое отделение. При осмотре пациента 26 лет, перенёсшего 5 суток назад операцию протезирования двух клапанов сердца в условиях искусственного кровообращения, был диагностирован острый флегмонозный аппендицит. Укажите правильную тактику дальнейшего лечения больного		
		Перевести пациента в хирургический стационар		
		Выполнить экстренную операцию		
		Проводить кардиальную и противовоспалительную терапию, динамическое наблюдение за больным, включая контроль лейкоцитов крови		
		Назначить холод на правую подвздошную область, от антибактериальной терапии и анальгетиков воздержаться, повторно осмотреть больного через 1 сутки		

29	Какие инструментальные методы диагностики информативны при дифференцировании острого аппендицита от прикрытой прободной язвой 12-перстной кишки?		
	Эзофагогастродуоденоскопия		
	Обзорная рентгенография органов брюшной полости		
	Лапароскопия		
	Рентгенографию органов брюшной полости с барием		
	УЗИ органов малого таза		
30	При проведении дифференциального диагноза между острым флегмонозным аппендицитом и апоплексией яичника необходимо учитывать следующие признаки, характерные для аппендицита:		
	Иррадиация болей в крестец и промежность		
	Симптом Куленкампа		
	Симптом Кохера-Волковича		
	Головокружение или обморочное состояние		
	Симптом Щёткина-Блюмберга		
31	К типичным симптомам острого флегмонозного аппендицита относят следующие:		
	Симптом Щёткина-Блюмберга		
	Симптом Воскресенского		

		Симптом Ровзинга		
		Симптом Кохера-Волковича		
		Симптом Ортнера		
32		К осложнениям острого аппендицита относят:		
		Аппендикулярный инфильтрат		
		Пилефлебит		
		Паранефрит		
		Воспаление дивертикула Меккеля		
		Аднексит		
33		Показаниями к тампонаде брюшной полости при выполнении операции по поводу острого аппендицита являются:		
		Невозможность полного удаления червеобразного отростка или его частей.		
		Неуверенность в надёжном гемостазе.		
		Аппендикулярный инфильтрат.		
		Наличие фибрина на куполе слепой кишки.		
		Наличие выпота в брюшной полости при флегмонозном аппендиците.		
34		Осложнениями острого аппендицита являются:		

		Разлитой перитонит		
		Пилефлебит		
		Аппендикулярный инфильтрат.		
		Абсцессы брюшной полости.		
		Гангрена червеобразного отростка		
35		У больного, оперированного по поводу острого флегмонозного аппендицита, местного перитонита доступом в правой подвздошной области, на 9-е сутки после операции диагностирован правосторонний поддиафрагмальный абсцесс. Назовите возможные причины его образования?		
		Больному после операции не было придано положение Фовлера.		
		Не был тщательно осушен выпот в брюшной полости.		
		Больному после операции не было придано положение Тренделенбурга.		
		Выбран неправильный доступ, следовало произвести нижнесрединную лапаротомию.		
		Не была произведена тампонада брюшной полости.		
36		Характерными признаками правостороннего поддиафрагмального абсцесса, развившегося после операции аппендэктомии, являются:		
		Боли в правой половине грудной клетки и верхних отделах живота, усиливающиеся на вдохе.		

		Увеличение перкуторных размеров печени.		
		Выбухание нижних межрёберных промежутков справа.		
		Гектическая температура .		
		Низкое стояние правого купола диафрагмы.		
37		У больного на 5-е сутки после операции аппендэктомии при ректальном исследовании обнаружен воспалительный инфильтрат в малом тазу без признаков абсцедирования. Укажите необходимые лечебные мероприятия:		
		Антибактериальная терапия.		
		Назначение тёплых микроклизм с ромашкой.		
		Лапароскопическое дренирование малого таза		
		Оперативное лечение.		
		Приём солевого слабительного 2 раза в день.		
38		При осложнении острого аппендицита аппендикулярным инфильтратом показано консервативное лечение потому, что:		
		Воспалительный инфильтрат часто успешно рассасывается.		
		При попытке произвести аппендэктомию возможна перфорация слепой кишки.		
		При попытке разрушить инфильтрат возможна перфорация тонкой кишки и перитонит.		

		Во всех случаях наступает выздоровление.		
		После рассасывания инфильтрата рецидива острого аппендицита не наступает.		
39		Укажите мероприятия, направленные на профилактику формирования абсцессов брюшной полости после аппендэктомии		
		Придание пациенту положения Фовлера		
		Дренирование брюшной полости		
		Придание пациенту положения Тренделенбурга		
		Новокаиновая блокада брыжейки червеобразного отростка при флегмонозном аппендиците.		
		Тампонирование брюшной полости		
40		Пациент оперирован по поводу гангренозного аппендицита. Укажите мероприятия, направленные на профилактику формирования абсцессов брюшной полости после аппендэктомии.		
		Антибактериальная терапия.		
		Придание пациенту положения Фовлера		
		Дренирование брюшной полости		
		Придание пациенту положения Тренделенбурга		
		Тампонирование брюшной полости		

41	У больного на 6-е сутки после операции по поводу острого флегмонозного аппендицита повысилась температура до 37,8°C, появились боли в нижних отделах живота, парез кишечника. Что целесообразно предпринять в первую очередь в данной ситуации?		
	Выполнить УЗИ брюшной полости		
	Выполнить КТ брюшной полости с контрастированием		
	Гастроскопию.		
	Выполнить колоноскопию.		
	Назначить стимуляцию кишечника и антибиотики группы аминогликозидов.		
42	У больного на 6-е сутки после операции по поводу острого флегмонозного аппендицита повысилась температура до 38,8°C, появились боли появились боли в правом подреберье, кашель. Что целесообразно предпринять в первую очередь в данной ситуации?		
	Выполнить УЗИ брюшной полости		
	Выполнить КТ брюшной полости с контрастированием		
	Выполнить рентгенографию легких.		
	Назначить стимуляцию кишечника и антибиотики группы аминогликозидов.		
	Произвести пальцевое ректальное исследование		

43		Пациент оперирован по поводу гангренозного аппендицита. Укажите мероприятия, направленные на профилактику развития пилефлебита.		
		Антибактериальная терапия.		
		Радикальное удаление всех некротических тканей		
		Тампонирование брюшной полости		
		Придание пациенту положения Тренделенбурга		
		Придание пациенту положения Фовлера		
44		Больному 60 лет в экстренном порядке произведена аппендэктомия по поводу гангренозного аппендицита. Назначьте лечебные мероприятия, направленные на профилактику в послеоперационном периоде острого тромбоза глубоких вен нижних конечностей:		
		Эластическое бинтование нижних конечностей.		
		Применение антикоагулянтов.		
		Ранняя активизация больного.		
		Строгий постельный режим в течение 2-3 дней.		
		Введение тромболитических препаратов.		
1	1	Острый холецистит 1		
1		В этиологии развития острого калькулезного холецистита ведущую роль играет:		
		Нарушение эвакуации желчи из желчного пузыря		

		Раздражающее действие желчных кислот		
		Гидролиз липидов в полости пузыря		
		Повышение литогенности желчи		
		Ишемия стенки желчного пузыря		
2		Острый холецистит чаще всего может осложниться пенетрацией желчного пузыря в просвет следующего органа:		
		Двенадцатиперстная кишка		
		Желудок		
		Тонкая кишка		
		Печеночный угол толстой кишки		
		Почка		
3		Наиболее информативным неинвазивным методом исследования для подтверждения диагноза острого холецистита является:		
		Ультрасонография		
		Холецистография		
		Компьютерная томография		
		Билисцинтиграфия		
		Лапароскопия		

4	В ходе операции по поводу острого деструктивного холецистита обнаружен воспалительный инфильтрат в области шейки пузыря. Выберите хирургическую тактику:		
	Холецистостомия от дна		
	Холецистэктомия		
	Атипичная холецистэктомия		
	Холецистэктомия от шейки		
	Ограничиться введением тампона		
5	Для удаления резидуальных камней холедоха предпочтительным способом является:		
	Эндоскопическая папилотомия, литоэкстракция		
	Назначение медикаментозных средств		
	Открытое хирургическое вмешательство		
	Ультразвуковая литотрипсия		
	Применение контактных растворителей		
6	Из возможных последствий холедохолитиаза непосредственную угрозу для жизни представляет:		
	Холангит		
	Портальная гипертензия		
	Стеноз фатерова соска		
	Вторичный билиарный цирроз		

		Паренхиматозная желтуха		
7		У больного с механической желтухой на почве холедохолитиаза появилась гипертермия до 39,2°C, озноб, интенсивные боли в правом подреберье, олигурия, гипотония и помрачение сознания. Лейкоциты крови - 22,10 х 9/л со сдвигом формулы влево. Билирубин, печеночные трансаминазы и щелочная фосфатаза повышены, уровень амилазы нормальный. Назовите наиболее вероятную причину указанных явлений:		
		Гнойный холангит		
		Абсцесс печени		
		Печеночная недостаточность		
		Острый деструктивный холецистит		
		Острый панкреатит		
8		Развитие первичного гангренозного холецистита обусловлено:		
		Тромбоз пузырной артерии		
		Забросом активного панкреатического сока в желчный пузырь		
		Паразитарными заболеваниями желчного пузыря		
		Внедрением в стенку желчного пузыря патогенной микрофлоры		
		Холедохолитиазом		

9		Симптом острого холецистита является:		
		Симптом Ортнера-Грекова		
		Коупа		
		Образцова		
		Курвуазья		
		Ситковского		
10		Показанием для срочной операции при остром деструктивном холецистите является:		
		Нарастание общей интоксикации и появление симптомов раздражения брюшины		
		Желтуха		
		Рвота		
		Болевой синдром		
		Изменение характера болей на схваткообразный		
11		Наиболее часто применяемым видом дренирования внепеченочных желчных протоков является:		
		дренирование через культю пузырного протока		
		дренирование по Спасокукоцкому		
		дренирование по Долиотти		
		дренирование по Пенроуз-Микуличу		

		Дренирование по Ларю		
12		Выберите необходимые методы обследования для дифференциальной диагностики острого холецистита и кишечной непроходимости		
		Обзорная рентгенография органов брюшной полости и ультрасонография органов брюшной полости		
		Эндоскопическая эзофагогастродуоденоскопия и ретроградная панкреатикохолангиография		
		Радиоизотопная билисцинтиграфия и артериальная мезентерикография.		
		Ультрасонография органов брюшной полости и биохимический анализ крови		
		Гепатобилисцинтиграфия и компьютерная томография брюшной полости		
13		Показанием к оставлению марлевого тампона в брюшной полости при операции по поводу острого деструктивного холецистита является:		
		Невозможность остановки паренхиматозного кровотечения из ложа желчного пузыря		
		Холедохолитиаз		
		Местный перитонит		
		Острый панкреатит		
		Гнойный холангит		

14		Для какого из перечисленных заболеваний характерно развитие синдрома Курвуазье:		
		Опухоль (рак) головки поджелудочной железы		
		Опухоль кардиального отдела желудка		
		Острый калькулезный холецистит		
		Рак тела поджелудочной железы		
		Острая обтурация просвета пузырного протока		
15		Правый и левый печёночные протоки образуют		
		желчный пузырь		
		общий печёночный проток		
		общий желчный проток		
		пузырный проток		
		большой сосочек двенадцатиперстной кишки		
16		При слиянии общего печёночного протока и пузырного протока образуется		
		желчный пузырь		
		общий желчный проток		
		большой сосочек двенадцатиперстной кишки		
		правый печеночный проток		

		левый печеночный проток		
17		Пбций желчный и главный панкреатический протоки обычно имеют следующее взаимоотношение:		
		на всём протяжении идут параллельно		
		раздельно впадают в двенадцатиперстную кишку		
		сливаются, образуя ампулу дуоденального сосочка		
		анатомической связи не имеют		
		это синонимы одного анатомического образования		
18		Нормальный диаметр общего желчного протока не превышает		
		2 миллиметра		
		5 миллиметров		
		8 миллиметров		
		15 миллиметров		
		20 миллиметров		
19		Емкость желчного пузыря в среднем составляет		
		1 - 10 миллилитров		
		40 - 70 миллилитров		
		150 - 300 миллилитров		

		500 - 700 миллилитров		
20		Кровоснабжение желчного пузыря осуществляет		
		верхняя мезогастральная артерия		
		селезеночная артерия		
		левая желудочная артерия		
		правая желудочная артерия		
		пузырная артерия		
21		Концентрация основных компонентов желчи (желчных кислот, пигментов, холестерина, кальция) в желчном пузыре по сравнению с их концентрацией во внутрипеченочных желчных протоках		
		повышается		
		понижается		
		остаётся неизменной		
		меняется разнонаправлено		
		в рф не изучалась		
22		У здорового человека среднесуточное поступление желчи в кишечник составляет		
		10 миллилитров		
		100 миллилитров		

		1000 миллилитров		
		5000 миллилитров		
		10000 миллилитров		
23		Частота встречаемости желчнокаменной болезни среди населения европейских стран составляет		
		1 - 2 %		
		2 - 5 %		
		10 - 20 %		
		30 - 50 %		
		50 - 70 %		
24		Основным местом образования желчных камней является		
		гепатоцит		
		внутрипечёночные протоки		
		общий печёночный проток		
		желчный пузырь		
		общий желчный проток		
25		основной причиной желчного камнеобразования считают		
		гиперхолестеринемию		

		повышение концентрации холестерина при уменьшении концентрации фосфолипидов и желчных кислот желчи		
		повышение концентрации билирубина, фосфолипидов и желчных кислот желчи		
		повышение концентрации фосфолипидов и желчных кислот желчи		
		уменьшение концентрации билирубина при повышении концентрации фосфолипидов и желчных кислот желчи		
26		Причиной возникновения болевого приступа (желчной колики) при желчнокаменной болезни является		
		гиперпродукция желчи печенью		
		инфицирование желчи		
		рефлюкс дуоденального содержимого в желчные пути		
		тромбоэмболия пузырной артерии		
		ущемление камня в шейке желчного пузыря		
27		Боли, обусловленные желчнокаменной болезнью, как правило, локализуются в		
		правом подреберье		
		эпигастрии		
		левом подреберье		
		правой поясничной области		
		за грудиной		

28		Температура тела при желчной колике		
		остаётся нормальной		
		понижается		
		повышается до 38° с		
		носит гектический характер		
		имеет неустойчивый характер		
29		При пальпаторном исследовании брюшной полости у пациента с желчной коликой в правом подреберье обычно выявляется		
		симптом щеткина-блюмберга		
		симптом раздольского		
		выраженное защитное напряжение мышц передней брюшной стенки отсутствует		
		шум плеска		
		флюктуация		
30		Скрининговым методом при диспансерном обследовании населения с целью диагностики желчнокаменной болезни следует считать		
		пероральную холецистографию		
		внутривенную холецистохолангиографию		
		ультразвуковое исследование брюшной полости		

		компьютерную томографию		
		термографию		
31		Наибольшей достоверностью при диагностике холецистолитиаза обладает		
		пероральная холецистография		
		внутривенная холецистохолангиография		
		инфузионная холецистохолангиография		
		ультразвуковое исследование брюшной полости		
		термография		
32		Методом выбора при лечении желчнокаменной болезни следует считать		
		диетотерапию		
		курортолечение		
		литолитическую терапию		
		литотрипсию		
		хирургический метод		
33		Методом выбора хирургического лечения желчнокаменной болезни следует считать		
		холецистостомию		
		холецистолитотомию		

		холецистоэнтеростомию		
		холецистэктомию		
		все перечисленные методы равнозначны		
34		Нормальными величинами содержания общего билирубина в плазме крови являются		
		0,1 -1,2 мкмоль/л		
		2,2 -5,6 мкмоль/л		
		8,5 - 20,5 мкмоль/л		
		22,5 - 34,5 мкмоль/л		
		35,5 - 45,5 мкмоль/л		
35		Характерным для механической желтухи считается повышение в крови		
		количества лейкоцитов		
		сывороточного железа		
		протромбина		
		щелочной фосфатазы		
		мочевины		
36		Для диагностики неосложнённой желчнокаменной болезни следует отдать предпочтение следующим методам:		

	Эндоскопической холангиопанкреатографии	ретроградной		
	Лапароскопии			
	Ультрасонографии			
	Чрескожной чреспеченочной холангиографии			
	Компьютерной томографии брюшной полости			
37	К осложнениям острого холецистита относят всё, кроме:			
	Варикозного расширения вен пищевода			
	Механической желтухи			
	Холангита			
	Подпечёчного абсцесса			
	Перитонита			
38	Больному с гангренозным холециститом показано:			
	Экстренная операция			
	Отсроченная операция			
	Консервативное лечение			
	Операция при отсутствии эффекта от консервативной терапии			
	Принятие решения зависит от возраста больного			

39	Для острого катарального холецистита характерно все, кроме:		
	Слоистая стенка желчного пузыря при УЗИ органов брюшной полости		
	Тошноты и рвоты		
	Болезненность в правом подреберье		
	Отрицательный симптом Щёткина-Блюмберга		
	Незначительный лейкоцитоз		
40	У больной, поступившей в клинику с флегмонозным холециститом, в последующие три дня появились ознобы, желтуха, гипертермия. Симптомов перитонита нет. Какое осложнение могло развиваться у больной?		
	Гнойный холангит		
	Перфорация желчного пузыря		
	Подпечёночный абсцесс		
	Эмпиема желчного пузыря		
	Стеноз большого дуоденального соска		
41	Больному с острым флегмонозным холециститом, неотягощённому сопутствующими заболеваниями, при неэффективности инфузионно-медикаментозной терапии в течение суток показана:		
	Лапароскопическая холецистэктомия		
	Лапаротомия		

		Оперативное вмешательство через 5-7 суток		
		Включение в консервативную терапию антибиотиков		
		Отсроченное оперативное вмешательство в холодном периоде		
42		Наиболее опасным осложнением флегмонозного холецистита является:		
		Разлитой перитонит		
		Цирроз печени		
		Острый панкреатит		
		Рубцовая стриктура холедоха		
		Правосторонний плеврит		
43		При выборе сроков оперативного вмешательства у больного с острым деструктивным холециститом определяющими факторами будут следующие факторы, кроме:		
		Количества конкрементов в желчном пузыре		
		Наличие двойного контура стенки желчного пузыря по данным УЗИ		
		Перитонита		
		Перфорации желчного пузыря		
		Количества лейкоцитов в крови		

44		Какое тактическое решение хирурга во время операции у больной с острым холециститом является ошибочным?		
		Диаметр общего желчного протока даёт полную информацию о наличии в нём конкрементов		
		Предпочтительно выделение желчного пузыря «от шейки»		
		Расширение общего желчного протока более 2 см является показанием к его ревизии		
		Перфорация желчного пузыря во время его выделения при лапароскопической холецистэктомии не является показанием к выполнению лапаротомии		
		Пузырная артерия и проток клипируются отдельно		
45		Наиболее малотравматичным способом операции холецистэктомии у больной с желчнокаменной болезни является:		
		Лапароскопическая холецистэктомия		
		Холецистэктомия из лапаротомного доступа по Федорову		
		Холецистэктомия из лапаротомного доступа по Кохеру		
		Холецистэктомия «от дна»		
		Холецистэктомия «от шейки»		
46		Симптому Мюсси-Георгиевского соответствует:		

		Болезненность при надавливании между ножками правой кивательной мышцы		
		Болезненность при поколачивании по краю правой реберной дуги		
		Болезненность в области пересечения правой прямой мышцы живота с реберной дугой		
		Болезненность при пальпации мягких тканей правого подреберья		
		Усиление болей во время вдоха при пальпации в точке желчного пузыря		
47		Основной метод обследования больных с острым катаральным холециститом:		
		УЗИ желчного пузыря		
		Эндоскопическая ретроградная холангиография		
		Компьютерная томография брюшной полости		
		Лапароскопия		
		Чрескожная пункция желчного пузыря и посев желчи на стерильность		
48		Для острого катарального холецистита характерно всё, кроме:		
		Обязательно наличие конкрементов в желчном пузыре		

		При стихании воспалительных явлений и сохранении обтурации пузырного протока возможно развитие водянки желчного пузыря		
		Возможно выздоровление		
		Симптомы раздражения брюшины отсутствуют		
		Заболевание начинается с приступа болей в правом подреберье		
49		Для первичного гангренозного холецистита характерно всё, кроме:		
		Заболевание неоднократно рецидивирует		
		Выраженные признаки интоксикации		
		Высоковероятен тромбоз пузырной артерии		
		Возникает в пожилом возрасте		
		Тахикардия более 100 ударов в минуту		
50		Укажите НЕверное утверждение, кающееся гнойного холангита:		
		Признаки холангита манифестируют в первые часы воспаления желчного пузыря		
		Возникает при наличии камней в желчных протоках		
		Причиной развития может служить стриктура Фатерова соска		
		Может возникнуть при переходе воспалительной инфильтрации на внепечёночные желчные протоки		

		Характерна фебрильная температура с ознобами		
51		Наиболее частым интраоперационным осложнением экстренной холецистэктомии является повреждение:		
		Внепечёчных желчных протоков		
		Общей печёночной артерии		
		12-перстной кишки		
		Поджелудочной железы		
		Воротной вены		
52		Показанием к папиллосфинктеротомии является:		
		Вклинённый конкремент дистальной части холедоха		
		Холецистолитиаз		
		Атония желчного пузыря		
		Непроходимость вирсунгова протока		
		Гектическая температура		
53		Какое заболевание чаще всего сопровождает острый холецистит:		
		Острый панкреатит		
		Спаечная кишечная непроходимость		
		Правосторонний паранефрит		

		Правосторонняя плевропневмония		
		Острый гепатит		
54		Противопоказанием к выполнению лапароскопической холецистэктомии является:		
		Выраженный спаечный процесс в брюшной полости		
		Пожилой возраст больного		
		Гангренозный холецистит		
		Местный перитонит		
		Избыточный вес больного		
1	2	Острый холецистит 2		
1		Какие интраоперационные осложнения возможны при холецистэктомии?		
		Ранение печёночной артерии		
		Полное пересечение общего желчного протока		
		Кровотечение из пузырной артерии		
		Пристеночное ранение холедоха		
		Ранение воротной вены		
2		Диагноз острого холецистита наиболее достоверен при наличии данных:		
		Лапароскопии		

		Ультразвукового исследования органов брюшной полости		
		Биохимического анализа крови		
		Показателей внутрибрюшного давления		
		Чрескожной чреспечёночной пункции желчных протоков		
3		Проведение интраоперационной холангиографии показано в следующих случаях:		
		При наличии мелких камней в желчном пузыре		
		При подозрении на рубцовый стеноз большого дуоденального сосочка		
		При расширении гепатикохоледоха		
		При механической желтухе в анамнезе		
		При механической желтухе в момент операции		
4		Экстракорпоральная литотрипсия у больной с желчнокаменной болезнью возможна при наличии:		
		Множества конкрементов в желчном пузыре		
		Двух камней в желчном пузыре диаметром 1,8 см		
		Одиночного камня, занимающего почти весь просвет желчного пузыря		
		Атоничного желчного пузыря и проходимого пузырного протока		
		Сохраненной сократительной функции желчного пузыря		

5		У больного клиническая картина механической желтухи. Укажите заболевания, которые могут вызывать этот синдром:		
		ЖКБ, холедохолитиаз, ущемлённый камень большого дуоденального соска		
		Панкреонекроз со сдавлением терминального отдела общего желчного протока		
		ЖКБ, холедохолитиаз, ущемлённый камень терминального отдела холедоха		
		Острый деструктивный холецистит		
		Острый отёчный панкреатит		
6		Развитие механической желтухи у больного с желчнокаменной болезнью может быть обусловлено:		
		Холедохолитиазом		
		«Вколоченным» камнем большого дуоденального соска		
		Литиазом печёчных протоков		
		Обтурацией шейки желчного пузыря камнем		
		Образованием внутреннего билиодигестивного свища		
7		Дренирование подпечёчного пространства после холецистэктомии производят с целью:		
		Эвакуации выпота из брюшной полости		

		Контроля за гемостазом в зоне оперативного вмешательства		
		Декомпрессии желчных протоков		
		Профилактики послеоперационного холангита		
		Контроля за желчеистечением из подпечёчного пространства		
8		Характерными признаками механической желтухи, вызванной обтурацией дистального отдела общего желчного протока, являются:		
		Повышение в крови уровня общего билирубина с преобладанием прямой его фракции		
		Высокий уровень в крови общего билирунина с преобладанием его непрямой фракции		
		Высокий уровень щелочной фосфатазы в крови		
		Умеренное повышение в крови уровня аланиновой и аспарагиновой трансфераз		
		Характерно с первых дней заболевания резкое повышение в крови уровня аланиновой и аспарагиновой трансфераз		
9		Какой методы диагностики информативны при механической желтухе:		
		Исследование билирубина и цитолитических ферментов печени		
		Инфузионная холангиография		

		Компьютерная томография брюшной полости		
		Ретроградная холангиопанкреатография		
		Чрезкожной чрезпечёночная холангиография		
10		Развитие механической желтухи у больного с желчнокаменной болезнью может быть обусловлено:		
		Холедохолитиазом		
		«Вколоченным» камнем большого дуоденального соска		
		Литиазом печёчных протоков		
		Обтурацией шейки желчного пузыря камнем		
		Хронической язвой 12-перстной кишки		
11		Патогномоничными симптомами острого холецистита являются:		
		Симптом Ортнера		
		Симптом Кера		
		Симптом Бартомье - Михельсона		
		Симптом Кохера		
		Симптом Ситковского		
12		Для гнойного холангита характерно:		
		Лихорадка		

		Озноб		
		Желтуха		
		Жидкий стул		
		Множественная рвота		
13		Для синдрома Миризи характерно:		
		Формирование патологического соустья желчного пузыря с холедохом		
		Сморщенный желчный пузырь		
		Паренхиматозная желтуха		
		Стеноз фатерова соска		
		Портальная гипертензия		
14		Для клинической картины острого гангренозного холецистита характерны следующие симптомы:		
		Уменьшение болей в животе		
		Симптом Щеткина - Блюмберга в правом подреберье		
		Рвота застойным кишечным содержимым		
		Симптом Бартоломье - Михельсона		
		Отсутствие печеночной тупости		
15		Преимущество выполнения холецистэктомии от шейки обусловлено:		

		Созданием условий для бескровного удаления желчного пузыря		
		Предотвращением миграции конкрементов из желчного пузыря в холедох		
		Возможностью воздержаться от холедохотомии		
		Быстротой выполнения операции		
		Возможностью воздержаться от интраоперационной холангиографии		
16		Течение острого холецистита в пожилом и старческом возрасте характеризуется:		
		Стертой клинической картиной с преобладанием признаков интоксикации		
		Частым развитием первично-гангренозной формы		
		Быстрым купированием болевого синдрома		
		Слабой выраженностью симптомов интоксикации		
		Отсутствием рвоты		
17		Показанием к экстренной операции у больных с острым деструктивным холециститом является:		
		Гангренозно-перфоративный холецистит		
		Разлитой перитонит		
		Пожилой и старческий возраст		
		Регрессия симптомов интоксикации		

		Дуоденостаз		
18		Для гангренозного холецистита характерны следующие симптомы:		
		Симптом Щёткина-Блюмберга в правом подреберье		
		Тахикардия		
		Уменьшение болей		
		Отсутствие печёночной тупости		
		Симптом Бартомье-Михельсона		
19		Диагноз острого холецистита можно поставить на основании:		
		Ультразвукового сканирования желчного пузыря и поджелудочной железы		
		Анамнеза		
		Жалоб больного		
		Инфузионной холангиографии		
		Ретроградной панкреатохолангиографии		
20		Преимуществом выполнения холецистэктомии «от шейки» является:		
		Удаётся избежать миграции камней из желчного пузыря в холедох		

		Создаются условия для бескровного удаления желчного пузыря		
		Прерывается путь поступления гнойной желчи в холедох		
		Позволяет воздержаться от холедохотомии		
		Исключает необходимость в интраоперационной холангиографии		
21		Острый холецистит может развиваться вследствие:		
		Поступления в желчный пузырь инфицированной желчи		
		Застоя желчи в желчном пузыре		
		Наличия камней в желчном пузыре		
		Дуодено-гастрального рефлюкса		
		Тромбоза пузырной артерии		
22		В комплекс консервативного лечения острого холецистита необходимо включить:		
		Препараты, стимулирующие моторику 12-перстной кишки		
		Спазмолитики		
		Проведение дезинтоксикационной терапии		
		Назначение наркотических анальгетиков		
		Противоязвенные препараты		

23	Во время выполнения холецистэктомии могут возникнуть следующие осложнения:		
	Пристеночное ранение холедоха		
	Ранение печёночной артерии		
	Оставление конкрементов в гепатихоледохе		
	Кровотечение из пузырной артерии		
	Кровотечение из левой желудочной артерии		
24	Симптом Щёткина-Блюмберга при остром холецистите указывает на:		
	Перфорацию желчного пузыря		
	Деструкцию стенки желчного пузыря		
	Развитие местного или разлитого перитонита		
	Развитие острого панкреатита		
	Присоединение гнойного холангита		
25	Течение острого холецистита в пожилом и старческом возрасте характеризуется:		
	Стёртой клинической картиной с преобладанием признаков интоксикации		
	Нередко развивается первично-гангренозная форма		
	Быстрым развитием осложнённых форм		
	Часто abortивным течением с быстрым купированием при консервативном лечении		

		Преобладанием болевого синдрома и слабой выраженностью интоксикации		
26		При физикальном обследовании больного с острым холециститом можно выявить следующие клинические симптомы		
		Болезненность при пальпации в правом подреберье		
		Симптом «мышечной защиты» в правом подреберье		
		Нередко увеличенный при пальпации желчный пузырь		
		Отсутствие пульсации брюшной аорты в эпигастральной области		
		Снижение или исчезновение «печеночной тупости» при перкуссии		
27		Экстренная операция при остром холецистите производится в следующих случаях:		
		При осложнении заболевания распространённым перитонитом		
		При перфорации воспалённого желчного пузыря		
		При деструкции стенки желчного пузыря у больных пожилого и старческого возраста		
		При отсутствии эффекта от консервативной терапии		
		При формировании инфильтрата в правом подреберье		

28	Какие наиболее вероятные этиологические факторы приводят к развитию острого холецистита?		
	Проникновение патогенной микрофлоры в желчные пути		
	Холецистолитиаз		
	Травма живота		
	Хроническая язва малой кривизны желудка		
	Внутрипечёночное расположение желчного пузыря		
29	Выполнение холецистэктомии в экстренном порядке показано при:		
	Остром катаральном холецистите		
	Наличии признаков распространённого перитонита		
	Появлении признаков механической желтухи		
	Первичном гангренозном холецистите		
	Развитии острого гепатита		
30	К радикальным методам лечения острого холецистита относят:		
	Лапароскопическую холецистэктомию		
	Холецистэктомию из мини-доступа		
	Холецистэктомию лапаротомным доступом		
	Лапароскопическую холецистостомию		
	Транскутанное дренирование желчного пузыря		

31		Для механической желтухи характерно:		
		Наличие желчнокаменной болезни в анамнезе		
		Выраженный кожный зуд		
		Гипербилирубинемия за счёт прямой фракции		
		Спленомегалия		
		Значительное повышение печёночных ферментов		
32		Для гнойного холангита характерно:		
		Гектическая лихорадка с ознобами		
		Болевой синдром в правом подреберье		
		Развитие синдрома желтухи в зависимости от степени обтурации		
		Симптом Щёткина-Блюмберга		
		Возможно самопроизвольное выздоровление		
33		Для острого флегмонозного калькулезного холецистита характерно:		
		Лейкоцитоз со сдвигом формулы влево		
		Тахикардия до 100 ударов в минуту		
		Положительный симптом Ортнера		
		Толщина стенки желчного пузыря 2-3 мм по данным УЗИ		

		Признаки механической желтухи		
34		Для острого холецистита характерны симптомы:		
		Мюсси-Георгиевского		
		Ортнера		
		«Шум плеска»		
		Ровзинга		
		Кохера-Волковича		
35		Для водянки желчного пузыря характерно:		
		Развивается вследствие обтурации пузырного протока		
		В желчном пузыре находится слизеподобное содержимое		
		Возможно длительное латентное существование увеличенного пузыря после приступа желчной колики		
		Эффективно лечение желчегонными препаратами		
		Отмечаются признаки билирубинемии		
1	1	Острый панкреатит I		
1		Для острого панкреатита средней степени тяжести характерно:		
		наличие транзиторных признаков полиорганной недостаточности < 48 часов		

		наличие транзиторных признаков полиорганной недостаточности > 48 часов		
		отсутствие признаков полиорганной недостаточности		
		наличие признаков функциональной параретической кишечной непроходимости		
		наличие перитонеального синдрома		
2		Для панкреатита тяжелой степени тяжести характерно:		
		наличие транзиторных признаков полиорганной недостаточности > 48 часов		
		наличие транзиторных признаков полиорганной недостаточности < 48 часов		
		наличие признаков функциональной параретической кишечной непроходимости		
		наличие фебрильной лихорадки		
		многократная рвота, не приносящая облегчения		
3		Ультразвуковыми признаками острого панкреатита средней степени тяжести являются:		
		инфильтрат, абсцесс, или полоска свободной жидкости вблизи органа		
		инфильтрат		
		вздутие поперечной ободочной кишки		

		увеличение размеров желчного пузыря		
		наличие свободной жидкости в брюшной полости		
		выраженный пневматоз кишечника		
4		Одной из наиболее частых причин развития острого панкреатита является:		
		злоупотребление спиртными напитками, и погрешность в диете		
		дислипидемия		
		дискинезия желчных путей		
		гипертриглицеридемия		
		абдоминальная травма		
5		Причиной развития деструктивного панкреатита часто является:		
		желчно-каменная болезнь		
		дислипидемия		
		дискинезия желчных путей		
		гипертриглицеридемия		
		абдоминальная травма		
		нейтрофилы, макрофаги, мононуклеарные клетки, интерлейкины 1,6,8		

6	Третичными факторами агрессии в патогенезе острого панкреатита являются:		
	нейтрофилы, макрофаги, моноклеарные клетки, интерлейкины 1,6,8		
	химотрипсин, липаза, трипсин, макрофаги		
	химотрипсин, липаза, трипсин, фосфолипаза А2, эластаза		
	фактор некроза опухоли, фосфолипаза А2, нейтрофилы		
	активация калликреин-брадикининовой системы		
7	Острый панкреатит это:		
	асептическое воспаление поджелудочной железы		
	инфекционное воспаление поджелудочной железы		
	септическое воспаление поджелудочной железы		
	аллергическое поражение поджелудочной железы		
	аутоиммунное воспаление поджелудочной железы		
8	Для ранней фазы острого панкреатита средней или тяжелой степени тяжести характерно:		
	формирование очагов некроза и развитие эндотоксикоза		
	секвестрация очагов некроза в поджелудочной железе		
	асептическая секвестрация очагов некроза		
	септическая секвестрация очагов некроза		
	формирование постнекротической кисты		

9		Вторичными факторами агрессии в патогенезе острого панкреатита являются:		
		брадикинин, гистамин, серотонин		
		нейтрофилы, макрофаги, мононуклеарные клетки, интерлейкины 1,6,8		
		цитокины, ферменты, транслокация кишечной флоры		
		химотрипсин, липаза, трипсин, макрофаги		
		фактор некроза опухоли, фосфолипаза А2, нейтрофилы		
10		Для поздней фазы развития острого панкреатита средней или тяжелой степени тяжести характерно:		
		асептическая секвестрация очагов некроза		
		формирование очагов некроза		
		наличие инфильтрата вблизи органа		
		наличие свободной жидкости в брюшной полости		
		наличие жидкости в сальниковой сумке		
11		С целью выявления деструкции паренхимы поджелудочной железы при остром панкреатите показано выполнение следующего инструментального метода:		
		компьютерной томографии брюшной полости с контрастированием		

		компьютерной томографии брюшной полости без контрастирования		
		лапароскопии		
		магнитно-резонансной томографии брюшной полости		
		ультразвуковое исследование брюшной полости		
12		Ультразвуковым признаком билиарного панкреатита является:		
		расширение внепеченочных желчных путей, конкременты в желчном пузыре или гепатикохоledoхе		
		расширение воротной вены		
		деформация желчного пузыря		
		увеличение размеров поджелудочной железы		
		увеличение размеров желчного пузыря		
13		С целью выявления, либо исключения очагов некроза в поджелудочной железе следует выполнить:		
		КТ с внутривенным контрастированием		
		лапароскопию		
		УЗИ органов брюшной полости		
		Гастроскопию		
		РПХГ		

14	Эндоскопическим признаком панкреатита билиарного генеза является:		
	отсутствие поступления желчи в 12ую кишку во время исследования и выявление фиксированного конкремента в фатеровом соске		
	симптом «манной крупы» на стенке 12ой кишки		
	признаки компрессии 12 ой кишки извне		
	выбухание БДС при его осмотре во время дуоденоскопии		
	наличие дивертикула в области фатерова соска		
15	Признаком инфицирования очагов деструкции поджелудочной железы является:		
	выявление пузырьков воздуха в зоне деструкции паренхимы поджелудочной железы при компьютерной томографии		
	наличие лейкоцитоза		
	появление лихорадки у пациента		
	наличие признаков полиорганной недостаточности		
	повышение СОЭ		
16	Основанием для установки факта инфицирования панкреонекроза является:		
	положительный бак посев при тонкоигольной аспирационной биопсии		
	появление лихорадки		

		нарастание уровня лейкоцитов в крови		
		прогрессирующий эндотоксикоз		
		сохранение признаков полиорганной недостаточности, несмотря на проведение консервативной терапии		
17		Основным методом лечения больных с острым панкреатитом является:		
		консервативная терапия		
		хирургическое лечение		
		диетотерапия		
		физиотерапия		
		антибактериальная терапия		
18		Хирургическая операция при остром панкреатите в ранней фазе заболевания показана:		
		при наличии перитонеального синдрома		
		при выраженном болевом синдроме в эпигастрии		
		при раннем формировании очагов некроза в поджелудочной железе		
		отсутствие эффекта от проведенной консервативной терапии		
		при наличие свободной жидкости в брюшной полости		

19	При выявление абсцесса в поджелудочной железе следует прибегнуть к:		
	миниинвазивному вмешательству (пункции и дренированию абсцесса под УЗИ контролем)		
	лапароскопической операции		
	проведению антибактериальной терапии		
	лапаротомии, дренирование абсцесса		
	динамическому наблюдению		
20	Механизмом инфицирования очагов некроза в поджелудочной железе является:		
	транслокация кишечной флоры в зону некроза		
	ранее энтеральное питание		
	поздняя антибактериальная терапия		
	неадекватная антибактериальная терапия		
	снижение иммунитета у больного		
21	Клиническими признаками инфицирования острого деструктивного панкреатита являются:		
	нарастание явлений полиорганной недостаточности, лихорадка, повышение уровня лейкоцитов в крови на 3-й неделе заболевания		
	наличие тяжелого пареза кишечника		
	уменьшение явлений полиорганной недостаточности		

		гипотония		
		олигоанурия		
22		Для острого панкреатита легкой степени тяжести характерно:		
		увеличение размеров поджелудочной железы, гиперамилаземия		
		наличие свободной жидкости в брюшной полости и увеличение размеров поджелудочной железы		
		увеличение размеров поджелудочной железы, наличие транзиторных признаков полиорганной недостаточности		
		наличие очагов некроза в поджелудочной железе		
		увеличение размеров поджелудочной железы, наличие инфильтрата, свободной жидкости		
23		Показанием для перевода больного с острым панкреатитом из хирургического отделения в реанимацию является:		
		появление признаков органной недостаточности		
		появление признаков перитонита		
		нарастание уровня лейкоцитов в крови		
		выраженный болевой синдром		
		парез кишечника		

24		Консервативная терапия при остром панкреатите легкой степени тяжести включает в себя:		
		инфузионная терапия, спазмолитики, обезболивающие препараты, диетотерапия		
		диетотерапия		
		инфузионная терапия, экстракорпоральные методы дезинтоксикации, антибиотики, энтеральное питание		
		инфузионная терапия, антисекреторная терапия (октреотид), антибиотики, спазмолитики		
		инфузионная терапия, обезболивающие препараты, антибиотики		
23		У больного, перенесшего полгода назад панкреонекроз, появилось опухолевидное образование в эпигастрии и левом подреберье, плотное, малоболезненное, размерами 15,0 x 20,0 x 15,0 см. Тошноты, рвоты, потери массы тела нет. Температура тела 36,8° С. При рентгеноскопии желудка отмечено, что желудок оттеснен кпереди, петля двенадцатиперстной кишки развернута, имеется замедление эвакуации сульфата бария из желудка. Ваш предварительный диагноз?		
		Псевдокиста поджелудочной железы		
		Опухоль поджелудочной железы		
		Панкреатогенный абсцесс		
		Опухоль желудка		
		Опухоль поперечной ободочной кишки		

24	Для клинической картины панкреонекроза не характерен следующий признак:		
	Схваткообразные боли в животе		
	Опоясывающие боли в животе		
	Множественная рвота		
	Коллапс		
	Тахикардия		
25	Осложнениями панкреонекроза может быть все ниже перечисленное, кроме:		
	Холедохолитиаз		
	Псевдокисты поджелудочной железы		
	Механической желтухи		
	Некротических скоплений сальниковой сумки		
	Перитонита		
26	У больной 65 лет, страдающей желчнокаменной болезнью, 1 сутки назад, после погрешности в диете появились опоясывающие боли в верхних отделах живота, множественная рвота. При осмотре состояние тяжёлое. Кожные покровы обычной окраски, склеры субъиктеричны. ЧСС – 120 в мин. АД – 90/60 мм рт. ст. Язык сухой, обложен белым налётом. Живот вздут, болезненный в верхних отделах, где определяется ригидность мышц. В отлогих местах живота – притупление перкуторного звука. Желчный пузырь не		

		пальпируется. Симптом Ортнера – отрицательный. Кишечные шумы ослаблены. «Шум» плеска не определяется. Ваш предварительный диагноз?		
		Острый панкреатит		
		Острая тонкокишечная непроходимость		
		Деструктивный холецистит		
		Перфоративная язва желудка, перитонит		
		Инфаркт кишечника		
27		Осложнениями острого панкреатита может быть все нижеперечисленное, кроме:		
		Мезентериального тромбоза, инфаркта кишечника		
		Печеночно-почечной недостаточности		
		Псевдокисты поджелудочной железы		
		Перитонита		
		Панкреатогенного абсцесса		
28		У больного 30 лет, с деструктивным панкреатитом алиментарной этиологии, через 25 дней после госпитализации появились: гектическая температура, тахикардия, ознобы, в периферической крови – лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево. В эпигастрии и левом подреберье пальпируется слабо болезненный инфильтрат.		

		Инфицированное некротическое скопление сальниковой сумки (панкреатогенный абсцесс)		
		Холангит		
		Экссудативный плеврит		
		Псевдокиста поджелудочной железы		
		Абсцесс печени		
29		При панкреонекрозе применяются все операции, кроме:		
		Панкреатодуоденальной резекции		
		Дренирования жидкостных скоплений под УЗИ контролем		
		Оментобурсостомии		
		Некрсеквестрэктомии		
		Транслюминарного дренирования жидкостных скоплений		
30		К морфологическим формам острого панкреатита относятся все нижеперечисленные, кроме:		
		Псевдотуморозного панкреатита		
		Отечного панкреатита		
		Жирового панкреонекроза		
		Геморрагического панкреонекроза		
		Смешанного панкреонекроза		

31		К осложнениям острого панкреатита относится все перечисленное, кроме:		
		Липоматоза поджелудочной железы		
		Наружного панкреатического свища		
		Эрозивного кровотечения		
		Перитонита		
		Острых жидкостных скоплений		
32		У больного 40 лет, с анамнезом язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, остро возникли боли в эпигастрии опоясывающего характера и многократная рвота. При поступлении в стационар имелись следующие лабораторные показатели: лейкоциты крови – 16×10^9 л, гемоглобин – 160 г/л, билирубин – 38,7 мкмоль/л, мочевины – 11 ммоль/л и амилаза крови – 1024 ед/л. О каком заболевании можно думать?		
		Острый панкреатит		
		Кишечная непроходимость с развитием некроза кишки		
		Деструктивный холецистит с печеночно-почечной недостаточностью		
		Перфоративная дуоденальная язва, печеночная недостаточность		
		Мезентеральный тромбоз		

33		Показанием к операции при панкреонекрозе является:		
		Панкреатогенный перитонит		
		Панкреатогенный шок		
		Уровень гипермилаземии свыше 2000 ед/л		
		Наличие пареза кишечника		
		Выраженная системная воспалительная реакция		
34		У больного при поступлении диагностирован стерильный очаговый панкреонекроз с поражением хвоста поджелудочной железы, панкреатогенный ферментативный (абактериальный) перитонит, выраженный эндотоксикоз. Ваша тактика?		
		Показана санационная лапароскопия, дренирование брюшной, консервативная терапия		
		Показана лапаротомия, некрэктомия, дренирование сальниковой сумки и брюшной полости		
		Показана лапаротомия, некрэктомия, тампонада сальниковой сумки и дренирование брюшной полости		
		Показана резекция хвоста поджелудочной железы, дренирование сальниковой сумки и брюшной полости		
		Следует отказаться от хирургического вмешательства, проводить консервативную терапию		
35		Эталонным методом в оценке тяжести и распространенности изменений в забрюшинном пространстве при панкреонекрозе является:		

		КТ брюшной полости с в/в болюсным усилением		
		Видеолапароскопия		
		УЗИ органов брюшной полости		
		ЭНДО-УЗИ		
		Обзорная рентгенография органов брюшной полости		
36		Больному с перитонитом неясного генеза в срочном порядке произведена лапароскопия, при которой обнаружено большое количество серозного выпота в брюшной полости и множественные пятна стеатонекроза. Ваш диагноз?		
		Панкреонекроз, панкреатогенный перитонит		
		Туберкулезный перитонит		
		Болезнь Крона		
		Мезентериальный тромбоз		
		Липоматоз поджелудочной железы		
37		Наиболее часто инфицирование панкреонекроза происходит у пациентов в следующие сроки:		
		Через 2-3 недели от начала заболевания		
		В первую неделю от начала заболевания		
		Через 1 месяц от начала заболевания		
		Через 2 месяца от начала заболевания		

		Вероятность инфицирования не зависит от сроков заболевания		
38		К обязательным методам лечения стерильного панкреонекроза в первую неделю заболевания относится все, кроме:		
		Антибиотикопрофилактики		
		Гипосекреторной терапии		
		Инфузионной терапии		
		Голода		
		Назначение анальгетиков		
39		У больного, находящегося на лечении в хирургическом стационаре по поводу распространенного панкреонекроза, на 20 сутки от начала заболевания отмечено появление гектической лихорадки, ознобов, пальпируемого инфильтрата в верхних отделах брюшной полости без признаков перитонита и пареза желудочно-кишечного тракта. О развитии какого осложнения панкреонекроза следует думать?		
		Инфицированное ограниченное некротическое скопление сальниковой сумки (панкреатогенный абсцесс)		
		Псевдокиста поджелудочной железы		
		Парапанкреатический инфильтрат		
		Желудочно-толстокишечный свищ		
		Передний паранефрит		

40		К триаде Мондора при остром панкреатите относятся:		
		Боль в верхних отделах живота, рвота, метеоризм		
		Гектическая лихорадка, боли в животе, высыпания на коже		
		Пятна на боковых поверхностях туловища, боли в животе, метеоризм		
		Боли в животе, отсутствие стула, каллекреиновое лицо		
		Каллекреиновое лицо, пятна на боковых поверхностях туловища, метеоризм		
41		Симптом Воскресенского при остром панкреатите - это:		
		Отсутствие пульсации брюшного отдела аорты при пальпации в эпигастрии		
		Цианоз в виде фиолетовых пятен на боковых поверхностях живота		
		Болезненная резистентность передней брюшной стенки в проекции поджелудочной железы		
		Ослабление или отсутствие кишечных шумов при аускультации		
		Выраженная болезненность при пальпации левого реберно-позвоночного угла в поясничной области		
42		Симптом Грея-Тернера при остром панкреатите – это:		

		Цианоз в виде фиолетовых пятен на боковых поверхностях живота		
		Ослабление или отсутствие кишечных шумов при аускультации		
		Появление парестезий при поверхностной пальпации в эпигастрии		
		Рвота, не приносящая облегчения		
		Цианоз в виде фиолетовых пятен на лице		
43		У пациента с панкреонекрозом на второй неделе заболевания при появлении острых жидкостных скоплений в забрюшинном пространстве по данным КТ и отрицательной клинической динамике оптимальной хирургической тактикой будет:		
		Пункция и дренирование жидкостных скоплений под УЗИ контролем		
		Люмботомия, некрэктомия, вскрытие жидкостных скоплений		
		Лапаротомия, абдоминализация поджелудочной железы, некрэктомия, вскрытие жидкостных скоплений		
		Видеолапароскопия, некрэктомия, вскрытие жидкостных скоплений		
		Продолжение консервативного лечения		
44		Высокая летальность у пациентов с тяжелыми формами панкреонекроза в I фазу заболевания обусловлена развитием:		

		Асептического панкреатогенного шока		
		Инфекционно-токсического шока		
		Перитонита		
		Острой почечной недостаточности		
		Острых жидкостных скоплений в забрюшинном пространстве		
1	2	Острый панкреатит 2		
1		Основными принципами лечения тяжелых форм острого панкреатита являются:		
		Отказ от ранних хирургических вмешательств		
		Использованием по показаниям минимально инвазивных хирургических вмешательств		
		Проведение патогенетически обоснованной консервативной терапии		
		Выполнение некрсеквестрэктомий в кратчайшие сроки от начала заболевания		
		Использование традиционных широких лапаротомных доступов для лучшей санации забрюшинного пространства		
2		Основными тремя критериями для установления диагноза острого панкреатита являются:		
		Типичная клиническая картина		
		Характерные данные УЗИ		

		Гиперамилаземия или гиперлипаземия, превышающая норму минимум в 3 раза		
		Тонкокишечные уровни по данным обзорной рентгенографии брюшной полости		
		Лейкоцитоз свыше $15 \times 10^9/\text{л}$		
3		Среди причин развития острого панкреатита 80% приходится на долю двух этиологических факторов:		
		Билиарная патология		
		Токсическое поражение		
		Травма поджелудочной железы		
		Аутоимунные заболевания		
		Генетические заболевания		
4		При стерильном панкреонекрозе могут наблюдаться следующие клинические признаки:		
		Частая рвота желудочным содержимым		
		Амелаземия		
		Симптом Грея-Тернера		
		Гектическая лихорадка		
		Симптом Ортнера		
5		Основными признаками, подтверждающими инфицирование при панкреонекрозе, являются:		

		Выявление пузырьков газа в забрюшинном пространстве по данным КТ		
		Положительный результат тонкоигольной аспирационной биопсии зон некроза		
		Пальпируемый инфильтрат в эпигастральной области		
		Выявление жидкостных скоплений в забрюшинном пространстве по данным УЗИ		
		Выявление участков стеатонекроза на брюшине по данным лапароскопии		
6		К осложнениям панкреонекроза относятся:		
		Перитонит		
		Псевдокисты поджелудочной железы		
		Механическая желтуха		
		Липоматоз поджелудочной железы		
		Холедохолитиаз		
7		К лечебным мероприятиям, применяемым при раннем лечении стерильных форм тяжелого панкреонекроза, относятся:		
		Инфузионная терапия		
		Гемодиализ		
		Анальгетическая терапия		
		Терапия стероидными гормонами		

		Применение антибиотиков широкого спектра действия		
8		Для отграниченного инфицированного некротического скопления (панкреатогенного абсцесса) характерны следующие клинические признаки:		
		Гектическая лихорадка		
		Пальпируемый инфильтрат в верхних отделах живота		
		Формирование на 3-й неделе заболевания		
		Гиперамилаземия		
		Положительный симптом Мейо-Робсона		
9		Синдром желтухи при панкреонекрозе может быть обусловлен следующими причинами:		
		Сдавлением терминального отдела холедоха увеличенной головкой поджелудочной железы		
		Печено-клеточной недостаточностью		
		Ущемленным камнем Фатерова сосочка		
		Развитием ферментативного холецистита		
		Гиперферментемией		
10		Укажите признаки панкреонекроза, выявляемые в первые несколько суток от начала заболевания при выполнении диагностической лапароскопии?		
		Геморрагический выпот		

		Пятна стеатонекроза на брюшине		
		Выбухание желудочно-ободочной связки		
		Кровь в брюшной полости		
		Гнойный экссудат		
11		При отечном панкреатите могут наблюдаться следующие клинические признаки:		
		Рвота желудочным содержимым		
		Симптом Мэйо-Робсона		
		Гиперамилаземия		
		Пальпируемый инфильтрат в эпигастральной области		
		Анурия		
12		Назовите наиболее вероятные причины смерти больных с панкреонекрозом через 3 недели от начала заболевания:		
		Гнойно-септические осложнения		
		Аррозивное кровотечение		
		Гипогликемическая кома		
		Панкреатогенный шок		
		Парез кишечника		
13		В диагностике острого панкреатита используются следующие методы:		

		Компьютерная томография органов брюшной полости		
		УЗИ органов брюшной полости		
		Рентгенография желудка		
		Портоспленогграфия		
		Внутривенная хала ангиография		
14		При панкреонекрозе применяют следующие вмешательства:		
		Дренирующие вмешательства под контролем УЗИ		
		Транслюминарные дренирующие вмешательства		
		Некрсеквестрэктомии		
		Панкреатодуоденальная резекция		
		Продольная панкреатико-еюностомия		
15		При остром панкреатите наблюдаются следующие изменения в анализах крови:		
		Гиперамелаземия		
		Гипергликемия		
		Гипокальциемия		
		Гиперкальциемия		
		Гипотриглицеридемия		

16	При отечной форме острого панкреатита могут наблюдаться:		
	Повторная рвота		
	Симптом Мэйо-Робсона		
	Симптом Щеткина-Блюмберга		
	Притупление в отлогих местах живота		
	Коллапс		
17	Характерными осложнениями тотального панкреонекроза в острую фазу заболевания являются:		
	Полиорганная недостаточность		
	Панкреатогенный шок		
	Панкреатогенный перитонит		
	Ложная киста поджелудочной железы		
	Кишечные свищи		
18	Показанием к хирургическим вмешательствам при стерильном панкреонекрозе в I фазу заболевания являются:		
	Панкреатогенный перитонит		
	Ущемленный камень большого дуоденального сосочка		
	Панкреатогенный шок		
	Полиорганная недостаточность		

		Паренхиматозная желтуха		
19		Вероятность развития инфицированных форм панкреонекроза зависит от следующих факторов:		
		Обширность некротического поражения поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки		
		Длительность заболевания		
		Наличие гипергликемии		
		Возраст больного		
		Наличие гиперамилаземии		
20		Основными направлениями патогенетической терапии острого панкреатита являются:		
		Ликвидация гиповолемии		
		Методы экстракорпоральной детоксикации		
		Адекватная аналгезия		
		Антибиотикотерапия		
		Максимально длительный отказ от энтерального питания		
21		Для панкреатита легкой степени тяжести характерно:		
		развитие отечного (интерстициального) панкреатита		
		отсутствие местных проявлений воспаления (инфильтрата, эксудата, некроза)		

		формирование очагов некроза		
		транзиторные явления полиорганной недостаточности < 48		
		наличие постнекротической кисты		
22		Лапароскопическими признаками острого панкреатита являются:		
		отек брыжейки поперечноободочной кишки, участки стеатонекроза		
		геморрагический выпот в брюшной полости		
		увеличение лимфатических узлов корня брыжейки тонкого кишечника		
		парез тонкого кишечника, наложение фибрина на стенке 12-ти перстной кишки		
		увеличение размеров желчного пузыря, наложение фибрина на его стенке.		
23		Наиболее информативными ранними лабораторными тестами в диагностике острого панкреатита являются:		
		повышение уровня панкреатической амилазы		
		повышение уровня липазы в крови		
		повышение уровня глюкозы мочи		
		лейкоцитоз более $14 \times 10^9/\text{л}$		
		повышение уровня трансаминаз крови		

24		Пациенты с острым панкреатитом тяжелой степени тяжести должны госпитализироваться в:		
		отделение реанимации		
		палате интенсивной терапии		
		хирургическое отделение		
		терапевтическое отделение		
		сразу должны поддаваться в операционную		
25		Профилактикой инфицирования очагов некроза при острым панкреатите является:		
		ранее энтеральное питание		
		борьба с парезом кишечника		
		проведение антибактериальной терапии		
		проведение кишечного лаважа		
		проведение плазмафереза		
26		Антибактериальная терапия при острым панкреатите показана:		
		при положительном бак посеве в отделяемом полученном при тонкоигольной аспирации из зон некроза поджелудочной железы		
		при выявление парапанкреатического инфильтрата		
		при нарастание уровня лейкоцитов в крови		

		при лихорадке больного		
		с профилактической целью		
1	1	Острая кишечная непроходимость 1		
1		Рентгенологическим признаком кишечной непроходимости является:		
		Чаши Клойбера		
		Симптом Валя		
		Симптом Грекова		
		Симптом Цеге-Мантейфеля		
		Наличие газа под правым куполом диафрагмы		
2		Показанием к операции по поводу острой кишечной непроходимости является все, кроме		
		Сохраненного пассажа контраста по кишке		
		Перитонита		
		Нарушение пассажа контраста по кишке		
		Инвагинации		
		Ущемление		
3		Предрасполагающими факторами механической кишечной непроходимости являются все, кроме		
		Хронический колит		

		Спаечного процесса в брюшной полости		
		Грыжи передней брюшной стенки		
		Долихосигмы		
		Подвижная слепая кишки		
4		При толстокишечной непроходимости, обусловленной заворотом сигмовидной кишки с ее некрозом наиболее оправданной операцией будет:		
		Обструктивная резекция сигмовидной кишки с формированием одноствольной колостомы		
		Резекция сигмовидной кишки с анастомозом «конец-в-конец»		
		Деторсия кишки и мезосигмопликация по Гаген-Торну		
		Деторсия кишки и сигмопексия		
		Деторсия кишки и илиостомия		
5		У больного 52 лет, страдающего раком слепой кишки, осложненным кишечной непроходимостью целесообразно произвести операцию:		
		Правостороннюю гемиколэктомию с наложением илиотрнсверзоанастомоза		
		Трансверзостомию		
		Левостороннюю гемиколэктомию		
		Операцию Гартмана		

		Одноствольную илеостомию		
6		Кровоснабжение в стенке кишки может сохраняться в течение нескольких суток при:		
		Обтурации		
		Инвагинации		
		Завороте		
		Узлообразовании		
		Ущемлении		
7		У больной 70 лет, сутки назад развился заворот сигмовидной кишки. На операции обнаружен ее некроз, резкое вздутие ободочной кишки. Какой вариант операции будет наиболее целесообразным?		
		Резекция сигмовидной кишки, одноствольная колостомия		
		Двухствольная сигмостомия		
		Резекция сигмовидной кишки с анастомозом «бок-в бок»		
		Резекция сигмовидной кишки с анастомозом «конец-в конец»		
		Тотальная колэктомия, илиоректоанастомоз		
8		Для дифференциальной диагностики острой кишечной непроходимости от прободной язвы желудка в первую очередь следует использовать:		

		Обзорную рентгенографию брюшной полости		
		Пневмогастрографию		
		Гастроскопию		
		УЗИ органов брюшной полости		
		Рентгенографию желудка		
9		При обследовании больного с клинической картиной острой кишечной непроходимости установлено, что симптомы Цеге-Мантейфеля и Обуховской больницы положительные. Для какого вида кишечной непроходимости это характерно?		
		Заворот сигмовидной кишки		
		Илиоцекальная инвагинация		
		Заворот тонкой кишки		
		Обтурация опухолью восходящей ободочной кишки		
		Обтурация подвздошной кишки желчным камнем		
10		В большинстве случаев, толстокишечная непроходимость обусловлена		
		Опухолью толстой кишки		
		Спайками в брюшной полости		
		Пупочной грыжей		
		Дивертикулитом		
		Синдромом Меллори-Вейса		

11		Чаще всего завороту подвержены:		
		Сигмовидная кишка		
		12-ти перстная кишки		
		Слепая кишка		
		Большой сальник		
		Желудок		
12		Инвагинация чаще всего встречается в:		
		Илиоцекальном переходе		
		Нисходящей ободочной кишке		
		12-ти перстной кишке		
		Сигмовидной кишке		
		Пилородуоденальной зоне		
13		«Шум плеска» при острой кишечной непроходимости объясняется		
		Скоплением жидкости и газа в приводящих петлях кишечника		
		Скоплением жидкости и газа в отводящих петлях кишечника		
		Скоплением газа в желудке		
		Скоплением жидкости в брюшной полости		

		Усиленной перистальтикой кишечника		
14		При подготовке больного с механической кишечной непроходимостью к операции противопоказано одно из перечисленных мероприятий		
		Стимуляция кишечника		
		Очистительная клизма		
		Желудочный зонд		
		Установка мочевого катетера		
		Введение спазмолитиков		
15		Заворот тонкой кишки относится к одному из следующих видов кишечной непроходимости		
		Странгуляционная		
		Обтурационная		
		Смешанная		
		Паралитическая		
		Спастическая		
16		При каком виде непроходимости явления дегидратации развиваются наиболее быстро?		
		Завороте тонкой кишки		
		Завороте сигмовидной кишки		

	Обтурационной толстокишечной непроходимости		
	Парезе кишечника		
	Спастической непроходимости		
17	Причиной непроходимости ободочной кишки обтурационного характера чаще всего является:		
	Злокачественная опухоль		
	Инородное тело		
	Желчный камень		
	Спаечный процесс		
	Гельминты		
18	Для заворота тонкой кишки характерно всё, кроме:		
	Симптома Цеге–Мантейфеля		
	Асимметрии живота		
	«Шума плеска»		
	Множественной рвоты		
	Сильных болей в животе		
19	Наиболее информативным методом ранней диагностики острой тонкокишечной непроходимости является один из следующих:		
	Обзорная рентгеноскопия брюшной полости		

		Лапароскопия		
		Ирригоскопия		
		УЗИ брюшной полости		
		Колоноскопия		
20		<p>У больного 32 лет за три часа до поступления в клинику внезапно появились сильные схваткообразные боли в животе, возникшие после еды. Была многократная рвота, скудный однократный стул. Заболеванию предшествовал недельный курс голодания, самостоятельно проводившимся больным. Состояние больного тяжёлое, беспокоен, мечется в постели. Акроцианоз, выражение лица страдальческое, дыхание учащено, пульс 112 ударов в минуту, АД – 100/60 мм рт. ст. Живот умеренно вздут, асимметричный. В мезогастррии пальпируется плотноэластическое образование, округлой формы. На высоте схваткообразных болей выслушивается усиленная, резонирующая перистальтика. Определяется «шум плеска».</p>		
		Заворот тонкой кишки, острая странгуляционная кишечная непроходимость		
		Опухоль нисходящей ободочной кишки, острая обтурационная кишечная непроходимость		
		Разрыв аневризмы брюшного отдела аорты		
		Гангренозный холецистит, возможно, с перфорацией		
		Геморрагический панкреонекроз		

21		Появление симптома «шума плеска» при острой кишечной непроходимости объясняется:		
		Скоплением жидкости и газа в приводящей петле кишечника		
		Появлением выпота в брюшной полости		
		Скоплением жидкости и газа в отводящей петле кишечника		
		Наличием свободного газа в брюшной полости		
		Всё перечисленное неверно		
22		Больной оперируется по поводу острой кишечной непроходимости. На операции обнаружен заворот около 1,5 м тонкой кишки на 360°. После расправления заворота, новокаиновой блокады брыжейки и согревания петли кишки, последняя приобрела красный оттенок с пятнами цианоза, не перистальтирует, пульсация терминальных артерий брыжейки не определяется. Укажите оптимальный вариант дальнейшей хирургической тактики:		
		Необходимо выполнить резекцию тонкой кишки с наложением анастомоза, назоинтестинальную интубацию		
		Следует ограничиться назоинтестинальной интубацией и лапаростомией		
		Целесообразно наложить илеотрансверзоанастомоз «бок в бок»		
		Операцию следует закончить лапаростомией, от резекции кишки воздержаться		

23		Заворот тонкой кишки относится к одному из следующих видов кишечной непроходимости:		
		Странгуляционная		
		Обтурационная		
		Смешанная		
		Спастическая		
		Идиопатическая		
24		Ретроградное ущемление тонкой кишки относится к одной из нижеперечисленных форм кишечной непроходимости:		
		Странгуляционная		
		Спастическая		
		Обтурационная		
		Инвагинация		
		Паралитическая		
25		У больного 52 лет с раком слепой кишки развилась острая кишечная непроходимость. При экстренной операции установлено, что регионарные лимфоузлы не увеличены, отдалённых метастазов опухоли нет. Этому больному целесообразно произвести:		
		Правостороннюю гемиколэктомию с наложением илеотрансверзоанастомоза		

		Цекостомию		
		Резекцию слепой кишки и восходящей ободочной кишки, илеостомию		
		Операцию Гартмана		
		Одноствольную илеостомию		
26		При обследовании больного с клинической картиной острой кишечной непроходимости установлено, что симптомы Цеге-Мантейфеля и Обуховской больницы положительные. Для какой из перечисленных причин кишечной непроходимости это характерно?		
		Заворот сигмовидной кишки		
		Илеоцекальная инвагинация		
		Обтурация опухолью восходящей ободочной кишки		
		Заворот тонкой кишки		
		Внутреннее ущемление подвздошной кишки		
27		При обтурационной толстокишечной непроходимости наиболее оправдана следующая лечебная тактика:		
		Проведение в течение 2-3 часов консервативных мероприятий, направленных на разрешение непроходимости; при отсутствии эффекта от них – срочная операция.		
		Выполнение экстренного оперативного вмешательства, что позволяет предотвратить некроз и перфорацию кишки		

		Выполнение операции через 48-72 часа после обследования и установления причины кишечной непроходимости		
		Наложение двухствольной колостомы или энтеростомы через 24 часа, после получения результатов общеклинического обследования		
		Всё перечисленное неверно		
28		Больной 50 лет жалуется на схваткообразные боли в животе, тошноту, многократную рвоту. При осмотре отмечается вздутие живота. При пальпации живот мягкий, симптомов раздражения брюшины нет. Выслушивается резонирующая перистальтика. Определяется «шум плеска». При обзорной рентгеноскопии брюшной полости – «чаши Клойбера». Укажите диагноз?		
		Острая кишечная непроходимость, возможно, обтурационного характера		
		Панкреонекроз, динамическая кишечная непроходимость		
		Ущемлённый камень дуоденального сосочка, осложнённый острым панкреатитом и парезом кишечника		
		Перфоративная язва 12-перстной кишки с явлениями динамической кишечной непроходимости		
		Эмболия верхней брыжеечной артерии, инфаркт кишечника		

29	<p>Больной 50 лет жалуется на схваткообразные боли в животе, тошноту, многократную рвоту. При осмотре отмечается вздутие живота. При пальпации живот мягкий, симптомов раздражения брюшины нет. Выслушивается резонирующая перистальтика. Определяется «шум плеска». При обзорной рентгеноскопии брюшной полости – «чаши Клойбера».</p> <p>Выберите лечебную тактику в изложенной выше ситуации:</p>		
	Экстренное оперативное вмешательство		
	Только консервативное лечение		
	Хирургическое лечение при неэффективности консервативных мероприятий, проводимых в течение 24-48 часов		
	Лапароскопическое дренирование брюшной полости		
	Регионарная инфузия спазмолитиков в чревную артерию		
30	<p>У больного 60 лет рак слепой кишки III ст., осложнённый острой кишечной непроходимостью. Давность заболевания 12 часов. Консервативные мероприятия неэффективны. Какую операцию необходимо выполнить больному?</p>		
	Правостороннюю гемиколэктомию с наложением илеотрансверзоанастомоза		
	Правостороннюю гемиколэктомию, илеостомию (без наложения илеотрансверзоанастомоза)		
	Наложение илеостомы		
	Наложение цекостомы		

		Операцию Гартмана		
31		Больная 77 лет, перенёшая 3 недели назад инфаркт миокарда, после которого сохраняются признаки недостаточности кровообращения, поступила в хирургическое отделение с субкомпенсированной острой obturационной толстокишечной непроходимостью. При обследовании с применением КТ и колоноскопии выявлена опухоль сигмовидной кишки с почти полным перекрытием её просвета. С помощью какого метода следует разрешить кишечную непроходимость у данной пациентки?		
		Эндоскопическое стентирование опухоли		
		Резекция сигмовидной кишки с наложением кишечного анастомоза		
		Операция Гартмана		
		Двуствольная сигмостомия		
		Илиостомия		
32		При каком виде кишечной непроходимости могут наблюдаться кровянистые выделения из прямой кишки?		
		Инвагинация		
		Спастическая		
		Паралитическая		
		Спаечная		
		Заворот тонкой кишки		

33		Дегидратация организма наиболее быстро развивается при:		
		Завороте тонкой кишки		
		Завороте сигмовидной кишки		
		Опухоли прямой кишки с явлениями кишечной непроходимости		
		Обтурационной толстокишечной непроходимости		
		Илиоцекальной инвагинации		
34		У больной 53 лет, с острой кишечной непроходимостью на почве опухоли сигмовидной кишки без отдалённых метастазов и с выраженной дилатацией кишечника наиболее рациональна следующая тактика:		
		Операция Гартмана		
		Резекция сигмовидной кишки с наложением кишечного анастомоза		
		Гастростомия		
		Двуствольная еюностомия		
		Одноствольная еюностомия		
35		Звучные перистальтические шумы в раннем периоде заболевания характерны для:		
		Механической кишечной непроходимости		

		Паралитической кишечной непроходимости		
		Перфоративной язвы желудка		
		Гангренозного холецистита		
		Тромбоза мезентериальных вен		
36		С помощью какого метода можно установить странгуляционный характер острой кишечной непроходимости?		
		Мультиспиральная КТ с внутривенным контрастным усилением		
		Обзорная рентгеноскопия брюшной полости		
		Интестиноскопия		
		Динамическое рентгеновское исследование с рентгеноконтрастным препаратом для определения его пассажа по ЖКТ		
		Ирригоскопия		
1	2	Острая кишечная непроходимость 2		
1		Показаниями к экстренному оперативному вмешательству при острой обтурационной толстокишечной непроходимости являются:		
		Неэффективность консервативной терапии в течении 3-4 часов		
		Появление положительного симптома Щёткина-Блюмберга		

		Исчезновение схваткообразных болей в животе		
		Исчезновение симптома «шума плеска»		
		Выявление более 3-х «чаш Клойбера» при обзорной рентгенографии брюшной полости		
2		Укажите виды кишечной непроходимости, при которых наиболее быстро развивается некроз кишки:		
		Заворот тонкой кишки		
		Узлообразование		
		Ущемление кишки в грыжевых воротах		
		Деформация просвета кишки спайками по типу «двустволки»		
		Обтурация просвета тощей кишки желчным камнем		
3		Для острой высокой тонкокишечной непроходимости характерны следующие признаки:		
		Множественная рвота		
		Сильные постоянные боли в мезогастральной области		
		Положительный симптом «шума плеска»		
		Резкое вздутие всего живота		
		Боли в животе схваткообразного характера		

4	Показаниями к экстренному оперативному вмешательству при острой обтурационной толстокишечной непроходимости являются:		
	Неэффективность проводимой консервативной терапии в течение 2-3 часов		
	Появление симптома Щёткина-Блюмберга		
	Исчезновение симптома «шума плеска»		
	Появление кровянистых выделений из прямой кишки		
	Выявление при поступлении больного более 3-х уровней жидкости («чаш Клойбера») при обзорной рентгенографии брюшной полости		
5	Об эффективности консервативных мероприятий, проводимых при кишечной непроходимости, свидетельствует:		
	Отхождение кала и газов		
	Уменьшение вздутия живота		
	Исчезновение болей		
	Удлинение интервалов между приступами болей		
	Ослабление перистальтики		
6	Больной 60 лет оперируется по поводу острой кишечной непроходимости, первые признаки которой появились трое суток назад. На операции установлено, что имеется опухоль сигмовидной кишки, полностью обтурирующая её просвет. Проксимальнее опухоли ободочная и		

		подвздошная кишки резко раздуты, переполнены жидким содержимым и газами. Дистальнее опухоли сигмовидная кишка в спавшемся состоянии. Видимых метастазов не выявлено. Больному следует произвести оперативное вмешательство в следующем объеме:		
		Обструктивная резекция сигмовидной кишки, одностольная колостомия (операция Гартмана).		
		Назоинтестинальная интубация		
		Мезосигмопликация по Гаген-Торну		
		Обходной илеосигмоанастомоз «бок в бок»		
		Субтотальная колэктомия, энтеростомия		
7		Для обтурационной тонкокишечной непроходимости при обзорной рентгенографии брюшной полости характерны следующие рентгенологические признаки:		
		Чаши Клойбера		
		Крипты Керкрингера («симптом перистости»)		
		Уровни жидкости		
		Свободный газ под правым куполом диафрагмы		
		Ограничение подвижности правого купола диафрагмы		
8		Дегидратация при острой кишечной непроходимости развивается вследствие:		
		Рвоты		
		Секвестрации жидкости в просвете кишечника		

		Усиления диуреза		
		Усиления потоотделения		
		Секвестрации жидкости в плевральных полостях		
9		При завороте сигмовидной кишки с выраженными явлениями кишечной непроходимости выполняют следующие операции:		
		Операция типа Гартмана		
		Деторзия кишки и мезосигмопликация по Гаген-Торну		
		Операция Нобля		
		Резекция сигмовидной кишки с анастомозом «конец в конец»		
		Деторзия кишки и илеостомия		
10		Характерными симптомами кишечной непроходимости, вызванной тонкотолстокишечной инвагинацией являются:		
		Схваткообразные боли в животе		
		Наличие пальпируемого опухолевидного образования в правой подвздошной области		
		Кровянистые выделения из прямой кишки		
		Положительный симптом Цеге-Мантейфеля		
		Частые позывы на стул		

11	В раннем периоде острой тонкокишечной непроходимости в организме больного развивается:		
	Дегидратация		
	Повышение гематокрита		
	Гипокалиемия		
	Гиперкалиемия		
	Снижение гематокрита		
12	Для постановки диагноза «Острая кишечная непроходимость» решающими методами исследования будут:		
	Обзорная рентгеноскопия брюшной полости		
	Исследование пассажа рентгеноконтрастного препарата по желудочно-кишечному тракту		
	Эзофагогастродуоденоскопия		
	Лапароскопия		
	Микробиологическое исследование толстокишечного содержимого		
13	Для обтурационной толстокишечной непроходимости в первые сутки заболевания характерны следующие симптомы:		
	Схваткообразные боли в животе		
	Симптом «шума плеска»		

		Постоянные боли в животе		
		Рвота типа кофейной гущи		
		«Каловая» рвота		
14		Клиническими признаками острой странгуляционной тонкокишечной непроходимости являются:		
		Множественная рвота		
		Постоянные боли в животе		
		Положительный симптом «шума плеска»		
		Однократная рвота		
		Схваткообразные боли в животе		
15		Решающими из безопасных методами исследования в постановке диагноза «острая кишечная непроходимость» и определения её вида являются:		
		Обзорная рентгеноскопия брюшной полости		
		Пассаж рентгеноконтрастного препарата по ЖКТ		
		МСКТ брюшной полости с внутривенным контрастным усилением		
		Лапароскопия		
		Гастродуоденоскопия		

16	При определении жизнеспособности кишки, подвергнувшейся странгуляции, необходимо ориентироваться на:		
	Цвет кишки		
	Наличие перистальтики в зоне странгуляции		
	Пульсацию терминальных артерий брыжейки		
	Наличие выпота в брюшной полости		
	Визуализацию странгуляционных борозд		
16	Причиной развития паралитической кишечной непроходимости может быть:		
	Перитонит		
	Панкреонекроз		
	Забрюшинная гематома		
	Опухоль сигмовидной кишки		
	Отравление солями тяжёлых металлов		
17	Для тонкокишечной странгуляционной непроходимости характерны следующие признаки:		
	Множественная рвота		
	Асимметрия живота		
	Усиленная перистальтика кишечника в начале заболевания		
	Симптом Обуховской больницы		

		Симптом Цеге-Мантейфеля		
18		Некроз кишки наиболее быстро развивается при следующих видах острой кишечной непроходимости:		
		Заворот тонкой кишки		
		Ущемление кишки в грыжевых воротах		
		Перегиб подвздошной кишки, вызванный спайками		
		Обтурация просвета тощей кишки желчным камнем		
		Обтурация толстой кишки опухолью		
19		Укажите признаки, которые характерны для низкой обтурационной кишечной непроходимости:		
		Задержка стула и неотхождение газов		
		Выраженный диффузный метеоризм		
		Симптом Обуховской больницы		
		Локальный метеоризм		
		Ранняя многократная рвота		
20		Клиническая картина острой обтурационной толстокишечной непроходимости характеризуется:		
		Схваткообразными болями в животе		
		Вздутием живота		
		Задержкой стула и неотхождением газов		

		«Ладьевидной» формой живота		
		Постоянными болями в животе		
21		Показаниями к экстренному оперативному вмешательству при острой обтурационной толстокишечной непроходимости являются:		
		Неэффективность консервативной терапии в течении 3-4 часов		
		Появление положительного симптома Щёткина-Блюмберга		
		Исчезновение схваткообразных болей в животе		
		Исчезновение симптома «шума плеска»		
		Выявление более 3-х «чаш Клойбера» при обзорной рентгенографии брюшной полости		
22		Укажите виды кишечной непроходимости, при которых наиболее быстро развивается некроз кишки:		
		Заворот тонкой кишки		
		Узлообразование		
		Ущемление кишки в грыжевых воротах		
		Деформация просвета кишки спайками по типу «двустволки»		
		Обтурация просвета тощей кишки желчным камнем		

23	Для острой высокой тонкокишечной непроходимости характерны следующие признаки:		
	Множественная рвота		
	Сильные постоянные боли в мезогастральной области		
	Положительный симптом «шума плеска»		
	Резкое вздутие всего живота		
	Боли в животе схваткообразного характера		
24	Показаниями к экстренному оперативному вмешательству при острой обтурационной толстокишечной непроходимости являются:		
	Неэффективность проводимой консервативной терапии в течение 2-3 часов		
	Появление симптома Щёткина-Блюмберга		
	Исчезновение симптома «шума плеска»		
	Появление кровянистых выделений из прямой кишки		
	Выявление при поступлении больного более 3-х уровней жидкости («чаш Клойбера») при обзорной рентгенографии брюшной полости		
25	Об эффективности консервативных мероприятий, проводимых при кишечной непроходимости, свидетельствует:		
	Отхождение кала и газов		
	Уменьшение вздутия живота		

		Исчезновение болей		
		Удлинение интервалов между приступами болей		
		Ослабление перистальтики		
26		Больной 60 лет оперируется по поводу острой кишечной непроходимости, первые признаки которой появились трое суток назад. На операции установлено, что имеется опухоль сигмовидной кишки, полностью обтурирующая её просвет. Проксимальнее опухоли ободочная и подвздошная кишки резко раздуты, переполнены жидким содержимым и газами. Дистальнее опухоли сигмовидная кишка в спавшемся состоянии. Видимых метастазов не выявлено. Больному следует произвести оперативное вмешательство в следующем объеме:		
		Обструктивная резекция сигмовидной кишки, одностовольная колостомия (операция Гартмана).		
		Назоинтестинальная интубация		
		Мезосигмопликация по Гаген-Торну		
		Обходной илеосигмоанастомоз «бок в бок»		
		Субтотальная колэктомия, энтеростомия		
27		Для обтурационной тонкокишечной непроходимости при обзорной рентгенографии брюшной полости характерны следующие рентгенологические признаки:		
		Чаши Клойбера		
		Крипты Керкрингера («симптом перистости»)		

		Уровни жидкости		
		Свободный газ под правым куполом диафрагмы		
		Ограничение подвижности правого купола диафрагмы		
28		Дегидратация при острой кишечной непроходимости развивается вследствие:		
		Рвоты		
		Секвестрации жидкости в просвете кишечника		
		Усиления диуреза		
		Усиления потоотделения		
		Секвестрации жидкости в плевральных полостях		
29		При завороте сигмовидной кишки с выраженными явлениями кишечной непроходимости выполняют следующие операции:		
		Операция типа Гартмана		
		Деторзия кишки и мезосигмопликация по Гаген-Торну		
		Операция Нобля		
		Резекция сигмовидной кишки с анастомозом «конец в конец»		
		Деторзия кишки и илеостомия		

30	Характерными симптомами кишечной непроходимости, вызванной тонкокишечной инвагинацией являются:		
	Схваткообразные боли в животе		
	Наличие пальпируемого опухолевидного образования в правой подвздошной области		
	Кровянистые выделения из прямой кишки		
	Положительный симптом Цеге-Мантейфеля		
	Частые позывы на стул		
31	В раннем периоде острой тонкокишечной непроходимости в организме больного развивается:		
	Дегидратация		
	Повышение гематокрита		
	Гипокалиемия		
	Гиперкалиемия		
	Снижение гематокрита		
32	Для постановки диагноза «Острая кишечная непроходимость» решающими методами исследования будут:		
	Обзорная рентгеноскопия брюшной полости		
	Исследование пассажа рентгеноконтрастного препарата по желудочно-кишечному тракту		

		Эзофагогастродуоденоскопия		
		Лапароскопия		
		Микробиологическое исследование толстокишечного содержимого		
33		Для обтурационной толстокишечной непроходимости в первые сутки заболевания характерны следующие симптомы:		
		Схваткообразные боли в животе		
		Симптом «шума плеска»		
		Постоянные боли в животе		
		Рвота типа кофейной гущи		
		«Каловая» рвота		
34		Клиническими признаками острой странгуляционной тонкокишечной непроходимости являются:		
		Множественная рвота		
		Постоянные боли в животе		
		Положительный симптом «шума плеска»		
		Однократная рвота		
		Схваткообразные боли в животе		

35	Решающими из безопасных методами исследования в постановке диагноза «острая кишечная непроходимость» и определения её вида являются:		
	Обзорная рентгеноскопия брюшной полости		
	Пассаж рентгеноконтрастного препарата по ЖКТ		
	МСКТ брюшной полости с внутривенным контрастным усилением		
	Лапароскопия		
	Гастродуоденоскопия		
36	При определении жизнеспособности кишки, подвергнувшейся странгуляции, необходимо ориентироваться на:		
	Цвет кишки		
	Наличие перистальтики в зоне странгуляции		
	Пульсацию терминальных артерий брыжейки		
	Наличие выпота в брюшной полости		
	Визуализацию странгуляционных борозд		
37	Причиной развития паралитической кишечной непроходимости может быть:		
	Перитонит		
	Панкреонекроз		
	Забрюшинная гематома		

		Опухоль сигмовидной кишки		
		Отравление солями тяжёлых металлов		
38		Для тонкокишечной странгуляционной непроходимости характерны следующие признаки:		
		Множественная рвота		
		Асимметрия живота		
		Усиленная перистальтика кишечника в начале заболевания		
		Симптом Обуховской больницы		
		Симптом Цеге-Мантейфеля		
39		Некроз кишки наиболее быстро развивается при следующих видах острой кишечной непроходимости:		
		Заворот тонкой кишки		
		Ущемление кишки в грыжевых воротах		
		Перегиб подвздошной кишки, вызванный спайками		
		Обтурация просвета тощей кишки желчным камнем		
		Обтурация толстой кишки опухолью		
40		Укажите признаки, которые характерны для низкой обтурационной кишечной непроходимости:		
		Задержка стула и неотхождение газов		

		Выраженный диффузный метеоризм		
		Симптом Обуховской больницы		
		Локальный метеоризм		
		Ранняя многократная рвота		
41		Клиническая картина острой обтурационной толстокишечной непроходимости характеризуется:		
		Схваткообразными болями в животе		
		Вздутием живота		
		Задержкой стула и неотхождением газов		
		«Ладьевидной» формой живота		
		Постоянными болями в животе		
		Пульсация сосудов брюжейки		
		Состояние перистальтики		
		Наличие наложения фибрина на стенке кишки		
		Диаметр приводящего отдела кишки		
42		Клиническими признаками кишечной непроходимости, вызванной тонко-толстокишечной инвагинацией являются:		
		Схваткообразные боли в животе		
		Наличие эластичного опухолевидного образования в правой подвздошной области		

		Кровянистые выделения из прямой кишки		
		Положительный симптом Обуховской больницы		
		Положительный симптом Цеге-Мантейфеля		
43		Во время операции Вы устранили непроходимость тонкой кишки, вызванную спайками. Сдавленная петля кишки цианотична, слабо перистальтирует. Как нужно поступить?		
		Произвести новокаиновую блокаду корня брыжейки тонкой кишки		
		Произвести согревание указанной кишки салфетками с горячим физиологическим раствором		
		Произвести резекция кишки с анастомозом «бок-в бок»		
		Произвести обструктивную резекцию кишки, лапаростомию		
		Выполнить назоинтестинальную интубацию		
44		Экстренное оперативное вмешательство при острой механической кишечной непроходимости показано при:		
		Странгуляционной кишечной непроходимости		
		Наличии перитонита		
		Выраженных водно-электролитных нарушениях		
		Сохраняющихся схваткообразных болях в животе		
		Выявлении множественных горизонтальных уровней жидкости в кишечных петлях на рентгенограмме		

45		Для obtурационной толстокишечной непроходимости через 24 часа с момента заболевания характерно:		
		Схваткообразные боли в животе		
		Симптом «шум плеска» в животе		
		Наличие признаков перитонита		
		Рвота «кофейной» гущей		
		Частый стул		
1	1	Осложнения язвенной болезни желудка и ДПК 1		
1		Стандартная резекция желудка по поводу осложненной язвенной болезни предполагает:		
		Удаление проксимальных 2/3 органа		
		Удаление дистальных 2/3 органа		
		Удаление проксимальных 3/4 органа		
		Удаление дистальных 3/4 органа		
		Удаление 1/2 органа		
2		От каких факторов не зависят клинические проявления прободной язвы:		
		Пола пациента		
		Времени, прошедшего с момента перфорации		
		Локализации язвы		

		Возможности прикрытия перфорации большим сальником		
		Предшествующих оперативных вмешательств на брюшной полости с развитием массивного спаечного процесса		
3		Выберите осложнение язвенной болезни желудка, для которого характерно вынужденное положение больного:		
		Пенетрация в поджелудочную железу		
		Перфорация в свободную брюшную полость		
		Малигнизация с метастазированием		
		Продолжающееся кровотечение		
		Декомпенсированный пилородуоденальный стеноз		
4		У больного 36 лет, не имеющего серьезных сопутствующих заболеваний, диагностирована прикрытая прободная язва. Выберите оптимальную тактику лечения:		
		Лапароскопия, ушивание перфоративной язвы		
		Лапаротомия, резекция 2/3 желудка по Бильрот-II		
		Лапаротомия, резекция желудка по Ру		
		Лапаротомия, трункулярная ваготомия		
		Лечение по методу Тейлора		

5	У больного 84 лет, страдающего язвенной болезнью 12-ти перстной кишки, диагностирована перфорация язвы, 36-часовой распространенный фибринозно-гнойный перитонит, артериальная гипотензия. Какая операция предпочтительна в этом случае?		
	Антрумэктомия, трункулярная ваготомия		
	Пилоропластика по Финнею, селективная ваготомия		
	Резекция 2/3 желудка по Ру		
	Лапаротомия, ушивание перфорации, санация и дренирование брюшной полости.		
	Лапароскопическое ушивание перфорации, санация и дренирование брюшной полости		
6	Пациенту, госпитализированному с продолжающимся желудочно-кишечным кровотечением язвенной этиологии, показано:		
	Экстренное оперативное вмешательство		
	Назначение антикоагулянтов		
	Эндоскопический комбинированный гемостаз, при неэффективности - операция		
	Назначение дезагрегантных средств		
	Введение зонда Блэкмора		
7	В случае продолжающегося кровотечения из язвы антрального отдела желудка и неэффективности		

	эндоскопического гемостаза у больного, находящегося в критическом состоянии, показана операция:		
	Резекция 2/3 желудка по Бильрот-II.		
	Антрумэктомия		
	Пилоропластика + трункулярная ваготомия		
	Гастротомия, прошивание кровоточащей язвы		
	Перевязка желудочных артерий		
8	Какой симптом не встречается при прободной язве:		
	Брадикардия		
	Тахикардия		
	Напряжение мышц живота		
	Симптом Щеткина-Блюмберга		
	Шум плеска		
9	Какой симптом прободной язвы наблюдается только в первые часы заболевания:		
	Брадикардия		
	Тахикардия		
	Симптом Щёткина-Блюмберга		
	Исчезновение печёночной тупости		
	Лейкоцитоз		

10		Какие операции не выполняют при прободной язве:		
		Гастрэктомия		
		Резекцию 2/3 желудка		
		Ушивание прободной язвы		
		Иссечение язвы с пилоропластикой и ваготомией		
		Тампонаду язвы прядью большого сальника по Поликарпову		
11		У пациента 84 лет, состояние которого отягощено сопутствующими тяжёлыми заболеваниями, диагностирован разлитой гнойный перитонит. На операции обнаружена прободная язва желудка диаметром 3 см с оmozолелыми краями, ушить которую не удаётся из-за прорезывания швов. Что должен сделать хирург в такой ситуации:		
		Тампонировать язву прядью сальника по Поликарпову		
		Тампонировать прободную язву марлевыми тампонами, выведенными на переднюю брюшную стенку через лапаротомную рану		
		Тампонировать прободную язву марлевыми тампонами, выведенными на переднюю брюшную стенку через контрапертуру		
		Выполнить резекцию желудка		
		Произвести гастростомию		

12	Что позволяет прогнозировать угрозу рецидива язвенного кровотечения:		
	Данные эзофагогастродуоденоскопии		
	Уровень гемоглобина		
	Длительность язвенного анамнеза		
	Результаты рентгеноскопии желудка		
	Выраженность реакции кала на скрытую кровь		
13	Что не характерно для язвенного желудочно-кишечного кровотечения:		
	Наличие свободной жидкости (крови) в брюшной полости		
	Тахикардия		
	Снижение АД		
	Снижение уровня гемоглобина		
	Снижение гематокрита		
14	Что не характерно для язвенного желудочно-кишечного кровотечения:		
	Увеличение гематокрита		
	Рвота кровью		
	Рвота «кофейной гущей»		
	Мелена		

		Тахикардия		
15		Какой из симптомов не наблюдается при прободной язве:		
		Рвота кровью		
		Брадикардия		
		Тахикардия		
		Симптом Щеткина-Блюмберга		
		Напряжение мышц передней брюшной стенки		
16		Какой симптом не характерен для язвенного желудочно-кишечного кровотечения:		
		Симптом Щёткина-Блюмберга		
		Рвота кровью		
		Рвота «кофейной гущей»		
		Мелена		
		Тахикардия		
17		Переливание крови при острой постгеморрагической анемии показано при уровне гемоглобина ниже:		
		70 г/л		
		80 г/л		
		90 г/л		
		85 г/л		

		100 г/л		
18		Приём каких препаратов не следует отменять при язвенном желудочно-кишечном кровотечении:		
		Блокаторы протонной помпы		
		Варфарин		
		Ацетилсалициловая кислота		
		Низкомолекулярные гепарины		
		Нефракционированный гепарин		
19		В каком отделе ЖКТ наиболее часто локализуются перфоративные язвы		
		Передняя стенка пилоро-дуоденальной зоны		
		Дно желудка		
		Задняя стенка желудка		
		Задняя стенка двенадцатиперстной кишки		
		Кардиальный отдел желудка		
20		Какой из факторов можно не принимать в расчет при определении тактики лечения прободной язвы:		
		Пол пациента		
		Срок, прошедший с момента перфорации		
		Наличие гемодинамических расстройств		

		Размеры язвы		
		Длительность язвенного анамнеза		
21		При язвенной болезни 12-ти перстной кишки риск развития кровотечения наиболее велик при:		
		Пенетрации язвы в головку поджелудочной железы		
		Стенозе привратника		
		Перфорации язвы		
		Малигнизации		
		При проведении ЭГДС		
22		Оптимальным вариантом операции при декомпенсированном пилородуоденальном стенозе язвенной этиологии является:		
		Резекция 2/3 желудка по Бильрот-2		
		Гастрэктомия		
		Селективная проксимальная ваготомия		
		Селективная проксимальная ваготомия в сочетании с пилоропластикой по Гейнике-Микуличу		
		Субтотальная резекция желудка вместе с большим и малым сальником		
23		У больного 32 лет, поступившего в клинику через 1 сутки с момента заболевания, диагностирована прикрытая		

		перфорация язвы двенадцатиперстной кишки. Ему показано:		
		Экстренная операция		
		Строго консервативное лечение		
		Операция в случае неэффективности консервативной терапии		
		Лечение по методу Тейлора		
		Лапароскопическое дренирование брюшной полости		
24		Больному 46 лет, поступившему в клинику через 72 часа с момента начала заболевания, поставлен диагноз – прикрытая перфорация язвы желудка. Данных за перитонит не выявлено. Какое лечение наиболее оправдано в данном случае?		
		Экстренная операция – резекция 2/3 желудка		
		Консервативное лечение по методу Тейлора		
		Экстренная операция - стволовая ваготомия		
		Операция - гастростомия		
		Лапароскопическая санация брюшной полости		
25		Больному, поступившему в клинику с декомпенсированным пилородуоденальным стенозом, выраженными водно-электролитными нарушениями и судорожным синдромом показана:		

		Резекция желудка в плановом порядке после коррекции водно-электролитных и белковых нарушений		
		Экстренная гастростомия		
		Экстренная резекция желудка		
		Гастродуоденостомия после подготовки в течение 3 часов		
		Срочное промывание желудка, коррекция водно-электролитных расстройств с последующей противоязвенной терапией в течение 4-6 месяцев		
26		При проведении эндоскопического исследования нельзя выявить:		
		Синдром Золлингера-Элиссона		
		Декомпенсированный стеноза привратника		
		Синдром Меллори-Вейса		
		Атрофический гастрит		
		Язву задней стенки 12-перстной кишки		
27		Укажите наиболее частую причину гастроинтестинальных кровотечений:		
		Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки		
		Атрофический гастрит		
		Синдром портальной гипертензии при циррозах печени		
		Длительный прием пероральных антикоагулянтов		

		Хронический гастродуоденит		
28		У больного 30 лет, поступившего в стационар с признаками состоявшегося желудочно-кишечного кровотечения, при экстренной гастродуоденоскопии на задней стенке луковицы 12-перстной кишки обнаружена язва диаметром 0,8 см с крупным тромбированным сосудом в центре. Продолжающегося кровотечения нет. Гемоглобин-90 г/л. Укажите оптимальную лечебную тактику:		
		Консервативное лечение. Контрольная ЭГДС через 24 часа.		
		Эндоскопическая РН-метрия		
		Экстренная операция		
		Эмболизация гастродуоденальных артерий		
		Введение зонда Блэкмора		
29		У больного 50 лет, с тяжелой сопутствующей патологией, оперированного через 4 часа от начала заболевания, во время операции обнаружена перфоративная язва антрального отдела желудка. Какое тактическое решение будет наиболее правильным?		
		Лапароскопическое ушивание язвы		
		Гастроэнтеростомия		
		Резекция $\frac{3}{4}$ желудка		
		Гастрэктомия		

		Ушивание язвы по Поликарпову		
30		При определении причины кровотечения в верхние отделы желудочно-кишечного тракта наиболее информативным исследованием будет		
		Эзофагогастродуоденоскопия		
		Рентгенологическое исследование желудка		
		Селективная ангиография		
		Релаксационная дуоденография		
		Лапароскопия		
31		Основным рентгенологическим симптомом гастродуоденальной язвы будет:		
		Симптом «серпа» (свободный газ в брюшной полости)		
		Пневматизация кишечника		
		Чаши «Клойбера»		
		Конвергенция складок слизистой оболочки желудка		
		Крипты Керкрингера		
32		Наиболее редким осложнением язвы 12-ти перстной кишки считается:		
		Малигнизация		
		Перфорация		

		Кровотечение		
		Рубцовая деформация кишки		
		Пенетрация		
33		Первоочередным исследованием при подозрении на перфоративную язву желудка будет:		
		Обзорная рентгенография брюшной полости		
		ЭГДС		
		Диагностическая лапароскопия		
		УЗИ брюшной полости		
		МРТ		
34		Источник гастродуоденального кровотечения устанавливается при проведении:		
		ЭГДС		
		Лапароскопии		
		УЗИ брюшной полости		
		Обзорной рентгенографии органов брюшной полости		
		Ангиографии		
1	2	Осложнения язвенной болезни желудка и ДПК 2		
1		Язва 12-ти перстной кишки может осложниться:		

		Перфорацией		
		Малигнизацией		
		Пенетрацией		
		Пилородуоденальным стенозом		
		Кровотечением		
2		При каких осложнениях язвенной болезни желудка и 12-ти перстной кишки необходимо экстренное оперативное лечение:		
		Перфорация		
		Пенетрация		
		Продолжающееся кровотечение		
		Декомпенсированный пилородуоденальный стеноз		
		Состоявшееся кровотечение		
3		Пенетрация язвы желудка или 12-ти перстной кишки может привести к:		
		Абсцессам брюшной полости		
		Пилефлебиту		
		Острому панкреатиту		
		Кровотечению		
		Перитониту		

4	Симптомами перфоративной гастродуоденальной язвы являются:		
	Кинжальная боль		
	Усиление болей в животе при кашле		
	Триада Мондора		
	Исчезновение «печеночной тупости»		
	Доскообразный живот		
5	Лечение перфоративной гастродуоденальной язвы по методу Тейлора включает в себя:		
	Активное назогастральное дренирование		
	Лапароскопическое ушивание перфорации		
	Антибактериальную терапию		
	Дезинтоксикационную терапию		
	Щадящую диету		
6	Какие методы диагностики вы назначите, подозревая перфорацию язвы желудка или 12-ти перстной кишки?		
	Рентгеноскопию желудка с бариевой взвесью		
	Обзорную рентгенографию брюшной полости		
	Эзофагогастродуоденоскопию		
	Ультразвуковое сканирование брюшной полости		
	Лапароскопию		

7		От каких факторов зависит выбор метода лечения прободной язвы:		
		Длительности язвенного анамнеза		
		Выраженности перитонита		
		Размеров и локализации язвы		
		Наличия или отсутствия лейкоцитоза		
		Количества свободного газа в брюшной полости		
8		Укажите обстоятельства, которые влияют на выбор варианта хирургического вмешательства при прободной язве желудка:		
		Степень выраженности перитонита		
		Сроки от начала заболевания		
		Квалификация хирурга		
		Тяжесть состояния больного		
		Размеры и локализация язвы		
9		Методами эндоскопического гемостаза являются:		
		Электрокоагуляция.		
		Клипирование кровоточащего сосуда		
		Субмукозное введение гемостатиков		
		Прошивание кровоточащего сосуда		

	Аргоноплазменная коагуляция		
10	Клинические признаки желудочно-кишечного кровотечения:		
	Тахикардия		
	Мелена		
	Артериальная гипотензия		
	Артериальная гипертензия		
	Полиурия		
11	В схему лечения язвенного кровотечения входят:		
	Ингибиторы протонной помпы		
	Антагонисты H ₂ -гистаминовых рецепторов		
	Обволакивающие средства		
	Диета Мейленграхта		
	Нитраты		
12	При острой постгеморрагической анемии с падением гемоглобина до 56 г/л необходимо назначить:		
	Переливание эритроцитарной массы		
	Переливание тромбоцитарной массы		
	Переливание кристаллоидных растворов		

		Варфарин		
		Препараты железа		
13		Какие методы диагностики вы назначите, подозревая кровотечение из язвы желудка или 12-ти перстной кишки?		
		Рентгеноскопию желудка с бариевой взвесью		
		Обзорную рентгенографию брюшной полости		
		Эзофагогастродуоденоскопию		
		Ультразвуковое сканирование брюшной полости		
		Общий анализ крови		
14		При каких осложнениях язвенной болезни желудка и 12-ти перстной кишки нет необходимости в экстренном оперативном лечении:		
		Перфорация		
		Пенетрация		
		Продолжающееся кровотечение		
		Декомпенсированный пилородуоденальный стеноз		
		Состоявшееся кровотечение		
15		Риск желудочно-кишечного кровотечения повышают следующие препараты:		
		Антиагреганты		

	Антикоагулянты		
	Ацетилсалициловая кислота		
	Тромболитики		
	Спазмолитики		
16	Язва желудка может осложниться:		
	Перфорацией		
	Малигнизацией		
	Пенетрацией		
	Пилородуоденальным стенозом		
	Кровотечением		
17	Какие симптомы прободной язвы наблюдаются в первые часы заболевания		
	Кинжальные боли в животе		
	Симптом Щёткина-Блюмберга		
	Брадикардия		
	Гиперлейкоцитоз		
	Анемия		
18	Наиболее информативными дополнительными методами диагностики при прободной язве желудка будут:		

		Пневмогастрография		
		Диагностическая лапароскопия		
		КТ брюшной полости		
		УЗИ органов брюшной полости		
		Ангиография		
19		Среди осложнений язвенной болезни укажите те, при которых всегда требуется экстренная операция:		
		Перфорация		
		Продолжающееся желудочно-кишечное кровотечение		
		Пенетрация в поджелудочную железу		
		Декомпенсированный пилородуоденальный стеноз		
		Малигнизация язвы желудка		
20		Для перфорации язвы желудка в свободную брюшную полость и сроком заболевания 4 часа характерны следующие клинические признаки:		
		«Кинжальная» боль в животе		
		Исчезновение печеночной тупости		
		Доскообразное напряжение мышц передней брюшной стенки		
		Рвота съеденной накануне пищей		
		Симптом «шум плеска»		

21		При перфоративной язве желудка, в случае отказа больного от операции, показаны:		
		Длительная аспирация желудочного содержимого через назогастральный зонд		
		Инфузионная терапия		
		Антибактериальная терапия		
		Установка зонда Блэкмора		
		Промывание желудка холодной водой		
22		При рецидиве язвенного кровотечения показано:		
		Экстренная эндоскопическая остановка гемостаза		
		Экстренное оперативное лечение, при неэффективности эндоскопического гемостаза		
		Метод Тейлора		
		Интенсивная противоязвенная терапия		
		Оперативное лечение в плановом порядке		
23		Признаками пенетрации язвы 12-ти перстной кишки являются:		
		Появление симптомов, характерных для повреждения соседних органов		
		Упорный болевой синдром		

		Снижение аппетита		
		Снижение массы тела		
		Анемия		
1	1	Грыжи 1		
1		При паховой грыже выполняются все виды операций, кроме:		
		Операция Мейо		
		Операция Постемпского		
		Операция Лихтенштейна		
		Операция Бассини		
		Операция Жерара-Спасокуоцкого		
2		Какая операция выполняется по поводу бедренной грыжи?		
		Операция Бассини		
		Операция Постемпского		
		Операция Сапежко		
		Операция Лихтенштейна		
		Операция Грекова		
3		Какая операция выполняется при пупочной грыже?		

		Операция Мейо		
		Операция Бассини		
		Операция Белоконева		
		Операция Лихтенштейна		
		Операция Постемпского		
4		Характерным интраоперационным признаком косой паховой грыжи является:		
		Нахождение грыжевого мешка в элементах семенного канатика		
		Нахождение грыжевого мешка вне элементов семенного канатика		
		Двухсторонний характер грыжи		
		Невправимость грыжи		
		Вправимость грыжи		
5		Характерным интраоперационным признаком прямой паховой грыжи является:		
		Нахождение грыжевого мешка вне элементов семенного канатика		
		Нахождение грыжевого мешка в элементах семенного канатика		
		Двухсторонний характер грыжи		
		Невправимость грыжи		

		Вправимость грыжи		
6		Абсолютными противопоказаниями к плановому оперативному лечению грыжи являются все, кроме		
		Пожилой возраст пациента		
		Сахарный диабет в стадии декомпенсации		
		Острый инфаркт миокарда		
		ОНМК		
		Напряженный асцит		
7		Укажите основной отличительный признак скользящей грыжи:		
		Одной из стенок грыжевого мешка является стенка органа, частично покрытая брюшиной		
		Выходит между мышцами.		
		Не имеет грыжевого мешка		
		Стенками грыжевого мешка является париетальная брюшина.		
		Скользкая грыжа не может быть ущемленной		
8		Ущемлённую бедренную грыжу необходимо дифференцировать от следующих заболеваний, кроме:		
		Острая задержка мочи		
		Ущемлённая паховая грыжа.		

		Тромбофлебит большой подкожной вены бедра с вовлечением приустьевого узла		
		Разрыв сухожилия мышцы, приводящей бедро		
		Паховый лимфаденит.		
9		Флегмоны грыжевого мешка – это?		
		Гнойное воспаление грыжи и окружающих ее тканей, на фоне некроза кишки при длительном ущемлении		
		Длительно существующая невризма грыжа		
		Липома передней брюшной стенки с некрозом		
		Фурункул передней брюшной стенки в области грыжи		
		Гнойный лимфаденит при бедренной грыже		
10		Что такое грыжевой мешок?		
		Париетальный листок брюшины, выходящий через грыжевые ворота		
		Кожа, подкожно-жировая клетчатка и париетальный листок брюшины		
		Листок висцеральной брюшины		
		Поперечная фасция		
		Оболочка семенного канатика		
11		Что такое грыжевые ворота?		

		Отверстие в мышечно-апонеротическом слое в передней брюшной стенке		
		Отверстие в париетальной брюшине передней брюшной стенки		
		Дефект широкой фасции бедра		
		Рана передней брюшной стенки		
		Винслово отверстие		
12		Причина формирования невравимой грыжи?		
		Спаечный процесс в грыжевом мешке		
		Большие размеры грыжевого мешка		
		Воспалительные заболевания органов брюшной полости		
		Широкие грыжевые ворота		
		Преклонный возраст пациентка		
13		Лапароскопическая герниопластика показана во всех случаях, кроме:		
		Выраженный спаечный процесс в брюшной полости при наличии односторонней паховой грыжи		
		Отказ пациента от «открытой» операции		
		Рецидивная паховая грыжа		
		Послеоперационная вентральная грыжа больших размеров		
		Двусторонняя паховая грыжа		

14		Местом выхода бедренной грыжи является:		
		Сосудистая лакуна		
		Бедренный канал		
		Пупочное кольцо		
		Полулунная линия живота		
		Паховый канал		
15		Операция Грекова выполняется при:		
		Ущемленной пупочной грыже, осложненной флегмоной грыжевого мешка		
		Вправимой пупочной грыже		
		Бедренной грыже		
		Грыже спигелевой линии живота		
		Ущемленной паховой грыже		
16		Что такое грыжа?		
		Заболевание, при котором внутренние органы вместе с париетальным листком брюшины выходят из брюшной полости в подкожно-жировую клетчатку.		
		Дефект в париетальной брюшине и мышечно-апоневротическом слое передней брюшной стенки, через который внутренние органы выходят из брюшной полости.		

		Опухолевидное образование, расположенное в типичных местах локализации грыж (паховая область живота, пупочная область и т.п.)		
		Выход не покрытого париетальной брюшиной органа или его части через естественные отверстия		
		Конгломерат петель кишечника, пальпируемый через переднюю брюшную стенку		
17		Какие факторы образования грыж не относятся к предрасполагающим?		
		Повышение внутрибрюшного давления		
		Телосложение		
		Возраст		
		Наследственные факторы		
		Пол		
18		Что такое грыжевое содержимое?		
		Органы брюшной полости, находящиеся в грыжевом мешке		
		Дно грыжевого мешка		
		Париетальная брюшина		
		Сосуды, нервы		
		Содержимое петли кишки, находящейся в грыжевом мешке		

19		Что такое каловое ущемление?		
		Сдавление в грыжевых воротах стенки отводящей петли толстой кишки, плотными каловыми массами, находящимися в приводящей петле толстой кишки		
		Обнаружение в грыжевом мешке при ущемленной грыже дивертикула Меккеля		
		Ущемление тонкой кишки, при котором в грыжевом мешке находятся две или более петель кишки		
		Ущемление одной стенки кишки		
		Перекрут петли кишки в грыжевом мешке		
20		Что не является этапом операции при ущемленной грыже?		
		Интраоперационная ревизия всех органов брюшной полости		
		Доступ к грыжевому мешку		
		Вскрытие грыжевого мешка и фиксация ущемленного органа		
		Рассечение ущемляющего кольца		
		Резекция нежизнеспособного ущемленного органа		
21		При каком осложнении грыжи показано выполнение планового оперативного вмешательства?		

		Невправимость грыжи		
		Флегмона грыжевого мешка		
		Эластическое ущемление грыжи		
		Каловое ущемление грыжи		
		Кишечная непроходимость в грыжевом мешке		
22		Причина развития врожденной паховой грыжи?		
		Незаращение влагалищного отростка брюшины после опущения яичка в мошонку		
		Травма ребенка в родах		
		Формирование послеоперационной грыжи после операции по поводу врожденного крипторхизма		
		Наличие врожденной паховой грыжи у матери		
		Наличие врожденной паховой грыжи у отца		
23		Операция Лихтенштейна – это?		
		Укрепление задней стенки пахового канала полипропиленовой сеткой		
		Сшивание верхней и нижней стенок пахового канала позади семенного канатика		
		Ликвидация пахового канала		
		Сшивание верхней и нижней стенок пахового канала позади семенного канатика		
		Рассечение паховой связки		

24		Что не является стенкой пахового канала?		
		Кожа и подкожно-жировая клетчатка		
		Апонероз наружной косой мышцы живота		
		Пупартова связка		
		Поперечная фасция живота		
		Свободно свисающие края поперечной и внутренней косой мышц живота		
25		Какой элемент не является стенкой бедренного кольца?		
		Апоневроз наружной косой мышцы		
		Пупартова связка		
		Лакунарная связка		
		Бедренная вена		
		Гребенчатая связка		
26		Укажите правильное тактическое решение при самопроизвольно вправившейся ущемлённой паховой грыже:		
		Наблюдение за больным в стационаре		
		Экстренное грыжесечение		
		Экстренная срединная лапаротомия		
		Медикаментозная стимуляция кишечника		

		Экстренная колоноскопия		
27		Симптом «кашлевого толчка» – это:		
		Ощущение толчка во время кашля при пальпации грыжевых ворот		
		Западение грыжевого выпячивания при его пальпации во время кашля		
		Самопроизвольное вправление грыжи после серии кашлевых движений		
		Появление болезненности в области грыжи при кашле больного		
		Появление кашля при толчкообразной пальпации грыжи		
28		Во время операции, производимой в связи с подозрением на ущемлённую грыжу, при вскрытии грыжевого мешка содержимого в нём не обнаружено. Стенка мешка отёчна, гиперемирована. В грыжевом мешке около 40,0 мл воспалительного экссудата. Укажите вид ущемления.		
		Ложное ущемление		
		Эластическое ущемление		
		Пристеночное ущемление		
		Ретроградное ущемление		
		Каловое ущемление		

29		Рихтеровским ущемлением называется:		
		Пристеночное ущемление кишки		
		Ущемление сигмовидной кишки и её брыжейки		
		Ущемление желудка в диафрагмальной грыже		
		Ущемление начального отдела тощей кишки		
		Ущемление Меккелева дивертикула		
30		У больного 72 лет с инфарктом миокарда 4 часа назад произошло ущемление паховой грыжи. Грыжа сформировалась три года назад. Выберите правильную тактику дальнейшего лечения:		
		Экстренная операция – паховое грыжесечение		
		Назначить спазмолитики и стимуляцию кишечника, наркотические анальгетики не использовать		
		Показано вправление грыжи после введения спазмолитиков и наркотических анальгетиков		
		Операция только при появлении признаков перитонита		
		Операция только при развитии флегмоны грыжевого мешка		
31		Во время операции по поводу ущемлённой паховой грыжи при вскрытии грыжевого мешка содержимого в нём не обнаружено. Стенка мешка отёчна, гиперемирована. В нём содержится около 40,0 мл воспалительного экссудата с примесью желудочного содержимого и фибрина. Ваши дальнейшие действия?		

		Выполнить срединную лапаротомию		
		Выполнить герниолапаротомию		
		Выполнить пластику грыжевых ворот и назначить массивную антибактериальную терапию		
		Выполнить грыжесечение, от пластики пахового канала воздержаться		
		Произвести ревизию прилежащих петель кишечника через грыжевые ворота		
32		Невправимая наружная брюшная грыжа – это осложнение, характеризующееся:		
		Образованием спаек между внутренними органами и грыжевым мешком		
		Сдавлением внутренних органов в грыжевом мешке с развитием их атрофии		
		Некрозом грыжевого мешка		
		Сдавлением в грыжевом мешке внутренних органов с нарушением кровоснабжения и развитием некроза		
		Увеличением грыжи в течение длительного времени		
33		Ущемление дивертикула Меккеля в паховой грыже называется:		
		Грыжа Литтре		
		Грыжа Рихтера		
		Грыжа Клоке		

		Грыжа Гессельбаха		
		Грыжа Ложье		
34		<p>В экстренное отделение поступила больная 48 лет, при осмотре которой установлено, что в области пупка имеется опухолевидное образование размерами 8,0×10,0×6,0 см, болезненное при пальпации, плотной консистенции. При перкуссии образования определяется тупость; симптом «кашлевого толчка» отрицательный. Кожные покровы и мягкие ткани над опухолевидным образованием и вокруг него резко гиперемированы и отёчны. Температура тела – 38,9° С. Поставьте правильный диагноз и выберите необходимый метод лечения.</p>		
		Экстренная операция по методу Грекова		
		Экстренная операция – рассечение опухолевидного образования и его дренирование мазевыми тампонами		
		Обкалывание опухолевидного образования и мягких тканей вокруг него раствором антибиотиков и выполнение операции только в случае абсцедирования		
		Противовоспалительная и антибактериальная терапия		
		Срочная колоноскопия		
35		Основным признаком скользящей паховой грыжи является:		
		Одной из стенок грыжевого мешка является забрюшинно расположенный орган		

		Одновременное нахождение в грыжевом мешке двух и более органов брюшной полости		
		Участие в образовании грыжевого мешка «влагалищного» отростка брюшины		
		Участие в образовании грыжевого мешка оболочек яичка		
		Отсутствие грыжевого содержимого в грыжевом мешке		
36		При осмотре в приёмном отделении больного с ущемлённой паховой грыжей (давность ущемления 2 часа) произошло самопроизвольное вправление грыжевого содержимого. Ваша лечебная тактика?		
		Наблюдение за больным в условиях хирургического стационара		
		Экстренное грыжесечение		
		Больной может быть отпущен домой с рекомендацией планового оперативного лечения через 2 месяца		
		Экстренная срединная лапаротомия, ревизия кишечника и грыжесечение		
		Экстренная лапароскопия		
37		Грыжевым мешком врождённой паховой грыжи является:		
		Влагалищный отросток брюшины		
		Прямокишечно-маточное углубление		
		Брыжейка кишки		

		Висцеральная брюшина		
		Поперечная фасция и предбрюшинная жировая клетчатка		
38		Операцией выбора при двухсторонней паховой грыже является:		
		Лапароскопическая трансабдоминальная преперитонеальная герниопластика (ТАРР)		
		Операция Бассини		
		Операция Сапежко		
		Операция Мейо		
		Операция Винкельмана		
39		Основным отличием эндоскопической тотальной экстраперитонеальной герниопластики (ТЕР пластики) от лапароскопической трансабдоминальной преперитонеальной герниопластики (ТАРР пластики) является:		
		Не требуется вход в брюшную полость		
		Операция выполняется под общим обезболиванием		
		Вмешательство может быть выполнено только при двусторонних паховых грыжах		
		Необходимы навыки лапароскопической хирургии и использование специального инструментария		
		Использование аллотрансплантата является обязательным		

40		Нижней стенкой пахового канала является:		
		Паховая связка		
		Поперечная фасция		
		Нижний край наружной косой мышцы живота		
		Жимбернатова связка		
		Край подвздошной кости		
41		Наличие яичка в грыжевом мешке характерно для грыжи:		
		Врождённой		
		Скользящей		
		Ущемлённой		
		Бедренной		
		Косой паховой		
42		Прямую паховую грыжу характеризует слабость стенки пахового канала:		
		Задней		
		Передней		
		Верхней		
		Нижней		
		Всех стенок		

43		Чаще всего в образовании скользящей грыжи участвуют:		
		Мочевой пузырь		
		Тощая кишка		
		Подвздошная кишка		
		Сигмовидная кишка		
		Большой сальник		
44		Пахово-мошоночную грыжу следует дифференцировать со всеми следующими заболеваниями, кроме		
		Припустьевая аневризма большой подкожной вены		
		Варикоцеле		
		Опухоль семенного канатика		
		Гидроцеле		
		Опухоль яичка		
45		Для ущемлённой грыжи не характерно наличие		
		Положительного симптома «кашлевого толчка»		
		Резких болей в области грыжевого выпячивания		
		Внезапного появления клинической симптоматики		
		Невправимости грыжи		
		Явлений острой кишечной непроходимости		

1	2	Грыжи 2		
1		Назовите признаки, характерные для прямой паховой грыжи:		
		Выходит через медиальную паховую ямку		
		Грыжевой мешок находится медиально от семенного канатика		
		Грыжа часто бывает двухсторонней		
		Выходит через латеральную паховую ямку		
		Грыжевой мешок находится в толще семенного канатика		
2		Показаниями к экстренному оперативному вмешательству при самопроизвольном вправлении ущемлённой грыжи служат:		
		Появление перитонеальных симптомов		
		Сохраняющиеся признаки кишечной непроходимости		
		Повторное появление грыжевого выпячивания		
		Повышение температуры		
		Дизурические явления		
3		При определении жизнеспособности ущемлённой петли кишки, в первую очередь необходимо ориентироваться на:		
		Цвет кишки		

		Наличие перистальтики		
		Пульсацию артерий брыжейки		
		Наличие выпота в брюшной полости		
		Наличие странгуляционной борозды		
4		У больного 60 лет, страдающего аденомой предстательной железы, обнаружена невриальная прямая паховая грыжа. Количество остаточной мочи – 100,0 мл. Ваши рекомендации?		
		Выполнить УЗИ брюшной полости и предстательной железы		
		Рекомендовать консультацию уролога		
		Выполнить диафаноскопию и экскреторную урографию		
		Рекомендовать операцию грыжесечения на фоне катетеризации мочевого пузыря		
		Рекомендовать пожизненное ношение бандажа		
5		Характерными признаками косой паховой грыжи являются:		
		Грыжевой мешок находится в толще семенного канатика		
		Грыжа может опускаться в мошонку		
		Грыжа может быть врожденной		
		Грыжевой мешок расположен медиально от семенного канатика		

		Грыжа часто бывает двухсторонней		
6		Укажите способы пластики грыжевых ворот, применяемые при бедренной грыже:		
		Руджи-Парлавеччио		
		Бассини		
		Лапароскопическая герниопластика		
		Мейо		
		Сапежко		
7		Укажите признаки ущемлённой грыжи:		
		Резкие боли в области грыжевого выпячивания		
		Невправимость грыжи		
		Плотная консистенция грыжевого выпячивания		
		Отчётливо определяются болезненные края грыжевых ворот		
		Положительный симптом «кашлевого толчка»		
8		Противопоказаниями к плановому оперативному лечению грыжи являются:		
		Асцит		
		Декомпенсированный сахарный диабет		
		Острый инфаркт миокарда		

		Общий атеросклероз		
		Возраст больного старше 80 лет		
9		Особенностями лапароскопической трансабдоминальной преперитонеальной герниопластики (ТАРР пластики) являются:		
		Высокий косметический эффект		
		Меньшая интенсивность болей в послеоперационном периоде по сравнению с открытыми методиками грыжесечения		
		Возможность симультантных операций на органах брюшной полости		
		Не требуется использование карбоксиперитонеума		
		Выполняется под местной анестезией		
10		По механизму развития выделяют следующие типы ущемления грыжи:		
		Эластическое		
		Каловое		
		Воспалительное		
		Опухолевое		
		Динамическое		

11	Для ущемлённой вентральной грыжи характерны следующие признаки:		
	Отрицательный симптом «кашлевого толчка»		
	Напряжённость грыжевого выпячивания		
	Боли в области грыжи		
	Положительный симптом «кашлевого толчка»		
	Бледность кожных покровов над грыжей		
12	При косой паховой грыже выполняют следующие операции:		
	Грыжесечение по Бассини		
	Грыжесечение по Лихтенштейну		
	Эндоскопическая тотальная экстраперитонеальная герниопластика (ТЕР пластика)		
	Грыжесечение по Сапежко		
	Грыжесечение по Мейо		
13	При ревизии тонкокишечной петли после устранения её ущемления и согревания установлено, что кишка приобрела розовую окраску. Укажите другие обязательные признаки, позволяющих признать кишку жизнеспособной:		
	Наличие пульсации артерий брыжеечного края кишки		
	Наличие перистальтики кишки		

		Диаметр кишки менее 2 см		
		Отсутствие газа в просвете кишки		
		Отсутствие жидкости в просвете кишки		
14		Основными признаками врождённой паховой грыжи являются:		
		Грыжа всегда косая		
		На дне грыжевого мешка лежит яичко		
		Вызывает позывы к частому мочеиспусканию		
		Имеет склонность к частому ущемлению		
		Грыжа всегда прямая		
15		Отличие экстренной операции при ущемлённой грыже от планового грыжесечения в следующем:		
		Вначале вскрывается грыжевой мешок		
		Может сопровождаться резекцией ущемлённых органов		
		Вначале рассекается ущемляющее кольцо		
		Операцию выполняют только под эндотрахеальным наркозом		
		Пластику грыжевых ворот выполняют по Мейо		
16		Ущемлённую бедренную грыжу необходимо дифференцировать с:		

		Тромбозом приустьевого варикса большой подкожной вены		
		Ущемлённой паховой грыжей		
		Острым лимфаденитом		
		Острым тромбофлебитом малой подкожной вены		
		Тазовым абсцессом		
17		Элементами наружной грыжи живота являются:		
		Грыжевые ворота		
		Грыжевой мешок		
		Содержимое грыжи		
		Оболочки грыжи		
		Грыжевая вода		
18		По происхождению различают грыжи:		
		Врождённые		
		Приобретённые		
		Вправимые		
		Невправимые		
		Грыжи с явлениями копростазы		
19		Какие грыжи относятся к редким видам грыж?		

		Спигелиевой линии		
		Поясничные		
		Промежностные		
		Пупочные		
		Паховые		
20		Осложнениями пахово-мошоночных грыж являются:		
		Ущемление		
		Невправимость		
		Воспаление		
		Копростаз		
		Дыхательная недостаточность		
21		Какие грыжи по локализации относятся к редким формам?		
		Промежностные		
		Мечевидного отростка		
		Пупочная		
		Паховая		
		Бедренная		
22		Симптомы ущемленной грыжи - это?		

		Невправимость грыжи		
		Боль в области грыжи		
		Отрицательный симптом кашлевого толчка		
		Увеличение грыжевого мешка в размерах		
		Положительный симптом кашлевого толчка		
23		Что является составными частям грыжи?		
		Грыжевой мешок		
		Грыжевые ворота		
		Грыжевое содержимое		
		Грыжевая вода		
		Апоневроз наружной косой мышцы живота		
24		Части грыжевого мешка – это:		
		Шейка грыжевого мешка		
		Тело грыжевого мешка		
		Дно грыжевого мешка		
		Грыжевое содержимое		
		Грыжевые ворота		

25		Способы восстановления жизнеспособности ущемленной петли кишки:		
		Отогревание ущемленной петли кишки горячими влажными марлевыми салфетками		
		Блокада корня брыжейки ущемленной петли кишки раствором 0,25% Новокаина		
		Охлаждение ущемленной петли льдом		
		Блокада корня брыжейки ущемленной петли кишки раствором 0,1%Адреналина		
		Блокада корня брыжейки ущемленной петли кишки растворами антибиотиков		