

2375_02_08_7_Экзамен

Раздел: **1. Острый аппендицит1**

Модуль: **1**

Тема: **1. Острый аппендицит**

1. Симптом Образцова характерен для:

- 1) ☒ Острого аппендицита при ретроцекальном расположении червеобразного отростка
- 2) ☐ Острого аппендицита при тазовом расположении червеобразного отростка.
- 3) ☐ Острого аппендицита при подпечёночном расположении червеобразного отростка.
- 4) ☐ Эмпиемы червеобразного отростка.
- 5) ☐ Острого аппендицита при типичном расположении червеобразного отростка.

2. Показанием к тампонаде брюшной полости при выполнении операции по поводу острого аппендицита не может являться.

- 1) ☒ Наличие выпота в брюшной полости при флегмонозном аппендиците.
- 2) ☐ Невозможность полного удаления червеобразного отростка или его частей.
- 3) ☐ Неуверенность в надёжном гемостазе.
- 4) ☐ Выявление аппендикулярного инфильтрата.
- 5) ☐ Наличие периаппендикулярного абсцесса.

3. Больная 40 лет оперирована через 1,5 суток от начала заболевания срединным лапаротомным доступом. При ревизии брюшной полости установлено, что в нижнемэтаже 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:

- 1) ☒ Аппендэктомия. Санация и дренирование брюшной полости. Ушивание лапаротомной раны наглухо.
- 2) ☐ Аппендэктомия. Санация брюшной полости. Установка тампона и дренажа в полость малого таза. Ушивание лапаротомной раны наглухо.
- 3) ☐ Аппендэктомия. Санация брюшной полости. Ушивание лапаротомной раны наглухо

4) ☐ Аппендэктомия. Санация брюшной полости. Илеостомия. Ушивание лапаротомной раны наглухо.

5) ☐ Аппендэктомия, лапаростомия.

4. Хирург приглашён на консультацию в кардиохирургическое отделение. При осмотре пациента 26 лет, перенёвшего 5 суток назад операцию протезирования двухклапанов сердца в условиях искусственного кровообращения, был диагностирован острый флегмонозный аппендицит. Укажите правильную тактику дальнейшего лечения больного.

1) ☒ Перевести пациента в хирургическое отделение для экстренного хирургического лечения.

2) ☐ Проводить кардиальную и противовоспалительную терапию, динамическое наблюдение за больным, включая контроль лейкоцитов крови.

3) ☐ Назначить интенсивную антибактериальную терапию.

4) ☐ Перевести пациента в хирургическое отделение для консервативного лечения и дальнейшего наблюдения.

5) ☐ 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?

1) ☒ Экстренная аппендэктомия.

2) ☐ Динамическое наблюдение и операция только при появлении симптомов перитонита.

3) ☐ Назначение массивных доз антибиотиков широкого спектра действия и операция при неэффективности этой терапии.

4) ☐ Лапароскопическое дренирование брюшной полости.

5) ☐ Интенсивная кардиальная терапия и аппендэктомия через 2-3 суток.

6. На амбулаторном приёме Вы заподозрили у больной острый флегмонозный аппендицит. Что необходимо предпринять?

- 1) ☒ В экстренном порядке госпитализировать больную в хирургический стационар.
- 2) ☐ Назначить спазмолитики и повторно осмотреть больную на следующий день.
- 3) ☐ Проконтролировать на следующее утро динамику температуры тела и лейкоцитов.
- 4) ☐ Назначить антибактериальную терапию и повторно пригласить больную на осмотр на следующий день.
- 5) ☐ Рекомендовать больной самостоятельно контролировать температуру тела и при превышении её свыше 38° С вызвать «Скорую помощь».

7. Первично-гангренозный аппендицит развивается вследствие:

- 1) ☒ Тромбоза артерии червеобразного отростка.
- 2) ☐ Участвия в воспалительном процессе бактериальной инфекции.
- 3) ☐ Длительного приёма кортикостероидов
- 4) ☐ Тромбоза нижней брыжеечной вены.
- 5) ☐ Депрессии иммунитета больного.

8. Макроскопические изменения червеобразного отростка в виде гиперемии, отёка, фибриновых наложений соответствуют

- 1) ☒ Флегмонозному аппендициту,
- 2) ☐ Катаральному (простому) аппендициту.
- 3) ☐ Гангренозному аппендициту.
- 4) ☐ Перфоративному аппендициту
- 5) ☐ Эмпиеме червеобразного отростка

9. Выберите наиболее рациональный метод обработки культи червеобразного отростка у взрослых при открытой аппендэктомии (из лапаротомного доступа):

- 1) ☒ Перевязка кетгутовой лигатурой с погружением культи кисетным и Z-образным швами.
 - 2) ☐ Перевязка шёлковой лигатурой с погружением культи П-образным швом.
 - 3) ☐ Перевязка шёлковой лигатурой без погружения культи.
 - 4) ☐ Погружение неперевязанной культи в просвет слепой кишки кисетным швом
 - 5) ☐ Перевязка кетгутовой лигатурой без погружения культи и обработка последней иодом
-

10. Симптом Кохера-Волковича - это:

- 1) ☒ Перемещение болей из эпигастральной области или верхней половины живота в правую подвздошную область.
 - 2) ☐ Усиление болей в правой подвздошной области при напряжении правой подвздошно-поясничной мышцы
 - 3) ☐ Появление болей в эпигастральной области при пальпации правой подвздошной области.
 - 4) ☐ Усиление болей в правой подвздошной области при повороте больного на левый бок.
 - 5) ☐ 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?

- 1) ☒ Следует предположить наличие гангренозной формы острого аппендицита.
 - 2) ☐ Диагноз был установлен неверно, следует предположить наличие другого заболевания.
 - 3) ☐ Уменьшение болей является следствием регрессии деструктивного процесса в червеобразном отростке.
 - 4) ☐ Формируется аппендикулярный инфильтрат.
 - 5) ☐ Произошла перфорация червеобразного отростка в свободную брюшную полость.
-

12. Принципиальным отличием оперативных вмешательств при катаральной и флегмонозной формах острого аппендицита является:

- 1) ☒ Необходимость ревизии терминального отдела тонкой кишки и органов малого таза до выполнения аппендэктомии при катаральном аппендиците.
- 2) ☐ Необходимость новокаиновой блокады брыжейки червеобразного отростка при флегмонозном аппендиците.
- 3) ☐ Необходимость ревизии органов брюшной полости после удаления червеобразного отростка при катаральном аппендиците.
- 4) ☐ Обязательное введение дренажа в правую подвздошную ямку при флегмонозном аппендиците.
- 5) ☐ 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?

- 1) ☒ В экстренном порядке госпитализировать больную в хирургический стационар
- 2) ☐ Назначить спазмолитики и повторно осмотреть больную на следующий день.
- 3) ☐ Проконтролировать на следующий день динамику температуры тела и лейкоцитов в крови.
- 4) ☐ Назначить антибактериальную терапию и пригласить больную на повторный осмотр на следующий день.
- 5) ☐ 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?

- 1) ☒ Больную необходимо оперировать.
- 2) ☐ Целесообразно продолжить динамическое наблюдение за больной совместно с гинекологом.
- 3) ☐ Произвести ультрасонографию брюшной полости.

- 4) ☐ Совместно с гинекологом вызвать искусственное прерывание беременности, а затем произвести аппендэктомию.
- 5) ☐ Выполнить, лапароскопическое исследование, назначить антибактериальную терапию.
-

15. Лигатурный способ при открытой аппендэктомии (из лапаротомного доступа) применяется в одном из следующих случаев:

- 1) ☒ У детей в возрасте до 10 лет.
- 2) ☐ У больных пожилого и старческого возраста.
- 3) ☐ У больных с ретроцекальным расположением червеобразного отростка.
- 4) ☐ У беременных.
- 5) ☐ 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:

- 1) ☒ Лапароскопический доступ
- 2) ☐ Доступ по Фёдорову.
- 3) ☐ Доступ по Пфаненштилю.
- 4) ☐ Нижнесрединная лапаротомия.
- 5) ☐ Доступ по Пирогову.
-

17. Развитие патологического процесса при остром аппендиците начинается:

- 1) ☒ Со слизистой червеобразного отростка.
- 2) ☐ С серозного покрова червеобразного отростка.
- 3) ☐ С мышечного слоя червеобразного отростка.
-

- 4) ☐ С купола слепой кишки.
- 5) ☐ С лимфоузлов брыжейки илеоцекального угла.
-

18. Операция при остром аппендиците противопоказана при:

- 1) ☒ Аппендикулярном инфильтрате.
- 2) ☐ Двусторонней плевропневмонии.
- 3) ☐ Остром инфаркте миокарда.
- 4) ☐ Беременности 36-40 недель.
- 5) ☐ Гемофилии.
-

19. Симптом Ровзинга - это:

- 1) ☒ Усиление болей в правой подвздошной области при нанесении толчкообразных движений рукой в левой подвздошной области.
- 2) ☐ Усиление болей в правой подвздошной области при напряжении правой подвздошно-поясничной мышцы.
- 3) ☐ Появление болей в эпигастральной области при пальпации правой подвздошной области.
- 4) ☐ Усиление болей в правой подвздошной области при повороте больного на левый бок.
- 5) ☐ Перемещение болей из эпигастральной области или верхней половины живота в правую подвздошную область.
-

20. Симптом Ситковского - это:

- 1) ☒ Усиление болей в правой подвздошной области при повороте больного на левый бок.
- 2) ☐ Усиление болей в правой подвздошной области при нанесении толчкообразных движений рукой в левой подвздошной области.
- 3) ☐ Усиление болей в правой подвздошной области при напряжении правой подвздошно-поясничной

мышцы.

- 4) ☐ Появление болей в эпигастральной области при пальпации правой подвздошной области.
- 5) ☐ Перемещение болей из эпигастральной области или верхней половины живота в правую подвздошную область.

21. Симптом Образцова - это:

- 1) ☒ Усиление болей в правой подвздошной области при напряжении правой подвздошно-поясничной мышцы.
- 2) ☐ Усиление болей в правой подвздошной области при нанесении толчкообразных движений рукой в левой подвздошной области.
- 3) ☐ Появление болей в эпигастральной области при пальпации правой подвздошной области.
- 4) ☐ Усиление болей в правой подвздошной области при повороте больного на левый бок.
- 5) ☐ Перемещение болей из эпигастральной области или верхней половины живота в правую подвздошную область.

22. Макроскопические изменения червеобразного отростка в виде гиперемии, отёка, фибринозных наложений соответствуют:

- 1) ☒ Флегмонозному аппендициту.
- 2) ☐ Катаральному (простому) аппендициту.
- 3) ☐ Гангренозному аппендициту.
- 4) ☐ Перфоративному аппендициту.
- 5) ☐ Эмпиеме червеобразного отростка.

23. Отличием оперативных вмешательств при катаральной и флегмонозной формах острого аппендицита является:

- 1) ☒ Необходимость ревизии терминального отдела тонкой кишки и органов малого таза до выполнения

аппендэктомии при катаральном аппендиците

- 2) ☐ Необходимость новокаиновой блокады брыжейки червеобразного отростка при флегмонозном аппендиците
- 3) ☐ Необходимость ревизии органов брюшной полости после удаления червеобразного отростка при катаральном аппендиците
- 4) ☐ Обязательное введение дренажа в правую подвздошную ямку при флегмонозном аппендиците
- 5) ☐ Необходимость направления червеобразного отростка на гистологическое исследование при флегмонозном аппендиците

24. При выявлении аппендикулярного инфильтрата пациенту показана:

- 1) ☒ Комплексная консервативная терапия в стационаре, при развитии осложнений – хирургическое лечение
- 2) ☐ Экстренная лапаротомия
- 3) ☐ Выписка на амбулаторное лечение под наблюдение хирурга поликлиники
- 4) ☐ Срочная ирригоскопия
- 5) ☐ Пункция инфильтрата

25. Симптом Образцова характерен для

- 1) ☒ Острого аппендицита при ретроцекальном расположении червеобразного отростка
- 2) ☐ Острого аппендицита при тазовом расположении червеобразного отростка
- 3) ☐ Эмпиемы червеобразного отростка
- 4) ☐ Острого аппендицита при подпечёночном расположении червеобразного отростка
- 5) ☐ Острого холецистита при внутрипечёночном 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?

- 1) ☒ Вскрыть и дренировать абсцесс через переднюю стенку прямой кишки или задний свод влагалища
- 2) ☐ Назначить массивную антибактериальную терапию и проводить динамическое наблюдение
- 3) ☐ Выполнить ниже-срединную лапаротомию и вскрыть абсцесс
- 4) ☐ Назначить физиолечение (токи Бернара) и микроклизмы с ромашкой
- 5) ☐ Перевести больную в гинекологическое отделение, где наблюдать совместно с гинекологом

27. У больной с аппендикулярным инфильтратом, несмотря на проводимое консервативного лечение, усилились боли в правой подвздошной области и появились ознобы. При ультразвуковом исследовании выявлены признаки абсцедирования инфильтрата, объём полости абсцесс около 8 см³. Ваша лечебная тактика?

- 1) ☒ Выполнить пункцию и дренирование абсцесса под контролем УЗИ, аппендэктомию производить не следует
- 2) ☐ Произвести вскрытие абсцесса и аппендэктомию из доступа в правой подвздошной области, дренировать брюшную полость
- 3) ☐ Выполнить нижнесрединную лапаротомию, аппендэктомию, дренирование брюшной полости
- 4) ☐ Вскрыть абсцесс через задний свод влагалища
- 5) ☐ 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?

- 1) ☒ Пилефлебит
- 2) ☐ Абсцесс печени
- 3) ☐ Подпечёчный абсцесс
- 4) ☐ Поддиафрагмальный абсцесс
- 5) ☐ Правосторонняя ниже-долевая пневмония

29. На амбулаторном приёме Вы заподозрили у больной 24 лет острый флегмонозный аппендицит. Что необходимо предпринять?

- 1) ☒ В экстренном порядке госпитализировать больную в хирургический стационар
- 2) ☐ Назначить спазмолитики и повторно осмотреть больную совместно с гинекологом на следующий день.
- 3) ☐ Проконтролировать на следующее утро динамику температуры тела и лейкоцитов
- 4) ☐ Рекомендовать больной самостоятельно контролировать температуру тела и при превышении её свыше 38° С вызвать «Скорую помощь»

30. Первично-гангренозный аппендицит развивается вследствие:

- 1) ☒ Тромбоза артерии червеобразного отростка
- 2) ☐ Участвия в воспалительном процессе бактериальной инфекции
- 3) ☐ Длительного приёма кортикостероидов
- 4) ☐ Тромбоза нижней брыжеечной вены
- 5) ☐ Депрессии иммунитета больного

31. Лигатурный способ аппендэктомии при лапаротомном доступе применяют в одном из следующих случаев

- 1) ☒ У детей в возрасте до 10 лет
- 2) ☐ У беременных
- 3) ☐ При длине червеобразного отростка до 4 см
- 4) ☐ У больных пожилого и старческого возраста
- 5) ☐ 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?

- 1) ☒ Следует предположить наличие гангренозной формы острого аппендицита
- 2) ☐ Уменьшение болей является следствием регресса деструктивного процесса в червеобразном отростке
- 3) ☐ Диагноз был установлен неверно, следует предположить наличие другого заболевания
- 4) ☐ Формируется аппендикулярный инфильтрат
- 5) ☐ Произошла перфорация червеобразного отростка в забрюшинное пространство

33. Среди перечисленных клинических ситуаций укажите наиболее характерную для аппендикулярного инфильтрата

- 1) ☒ 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 - $37,2^\circ\text{C}$
- 2) ☐ 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 - $37,8^\circ\text{C}$.
- 3) ☐ Жалобы на 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 - $37,0^\circ\text{C}$.
- 4) ☐ 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, фибринозных наложений соответствуют

- 1) ☒ Флегмонозному аппендициту
 - 2) ☐ Катаральному аппендициту
 - 3) ☐ Эмпиеме червеобразного отростка
 - 4) ☐ Гангренозному аппендициту
 - 5) ☐ Карциноиду червеобразного отростка
-

35. Выберите наиболее рациональный метод обработки культи червеобразного отростка при открытой операции у взрослых

- 1) ☒ Перевязка лигатурой с погружением культи кисетным и Z-образным швами синтетической рассасывающейся нитью
 - 2) ☐ Погружение неперевязанной культи в просвет слепой кишки кисетным проленовым швом
 - 3) ☐ Перевязка кетгутовой лигатурой без погружения культи и обработка последней йодом
 - 4) ☐ Перевязка капроновой лигатурой без погружения культи
 - 5) ☐ Перевязка капроновой лигатурой с погружением культи П-образным кетгутовым швом
-

36. Симптом Кохера-Волковича - это:

- 1) ☒ Перемещение болей из эпигастральной области или верхней половины живота в правую подвздошную область
 - 2) ☐ Усиление болей в правой подвздошной области при напряжении правой подвздошно-поясничной мышцы
 - 3) ☐ Появление болей в эпигастральной области при пальпации правой подвздошной области.
 - 4) ☐ Усиление болей в правой подвздошной области при повороте больного на левый бок.
 - 5) ☐ 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

- 1) ☒ Перфоративная язва желудка или двенадцатиперстной кишки
- 2) ☐ Илеоцекальная инвагинация
- 3) ☐ Формирование билиодигестивного свища
- 4) ☐ Правосторонняя почечная колика
- 5) ☐ Острый катаральный холецистит

38. Операция при остром аппендиците противопоказана при:

- 1) ☒ Аппендикулярном инфильтрате
- 2) ☐ Двусторонней плевропневмонии
- 3) ☐ Беременности 36-40 недель
- 4) ☐ Гемофилии
- 5) ☐ Остром инфаркте миокарда

39. Флегмона забрюшинного пространства при остром аппендиците может развиваться в случае:

- 1) ☒ Ретроперитонеального расположения червеобразного отростка
- 2) ☐ Переднего подпечёчного расположения червеобразного отростка
- 3) ☐ Местного перитонита в правой подвздошной области
- 4) ☐ Латерального расположения червеобразного отростка
- 5) ☐ Ретроцекального расположения червеобразного отростка

40. Симптом Ровзинга - это:

- 1) ☒ Усиление болей в правой подвздошной области при нанесении толчкообразных движений рукой в левой подвздошной области
- 2) ☐ Усиление болей в правой подвздошной области при напряжении правой подвздошно-поясничной мышцы
- 3) ☐ Перемещение болей из эпигастральной области или верхней половины живота в правую подвздошную область
- 4) ☐ Усиление болей в правой подвздошной области при повороте больного на левый бок
- 5) ☐ Появление болей в эпигастральной области при пальпации правой подвздошной области

41. Укажите патоморфологические изменения, соответствующие эмпиеме червеобразного отростка

- 1) ☒ Червеобразный отросток колбовидно вздут, резко напряжён, флюктуирует. Серозная оболочка тусклая, гиперемирована, без наложений фибрина
- 2) ☐ Отросток не напряжён, сероза его блестящая, бледно-розового цвета, контурируется сеть поверхностных сосудов, наложений фибрина нет
- 3) ☐ Червеобразный отросток утолщен. Сероза его гиперемирована, тусклая, наложений фибрина нет
- 4) ☐ Отросток значительно утолщен, напряжён. Сероза его гиперемирована, тусклая, с наложениями фибрина
- 5) ☐ 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:

- 1) ☒ Оперировать больного в плановом порядке через 3-4 месяца после выписки из стационара.
- 2) ☐ В течение 3-х месяцев проводить поддерживающую антибактериальную терапию, направленную на предупреждение повторных приступов острого аппендицита.
- 3) ☐ Выполнить больному после стихания воспалительных явлений аппендэктомию, не выписывая его из стационара.
- 4) ☐ Произвести больному аппендэктомию только в случае повторного приступа острого аппендицита.

- 5) ☐ Рекомендовать больному плановую аппендэктомию через 6 -8 месяцев после стихания острого воспалительного процесса.
-

43. Пилефлебит обычно является осложнением следующего заболевания:

- 1) ☒ Гангренозного аппендицита.
- 2) ☐ Перфоративной язвы желудка, осложнённой распространённым перитонитом.
- 3) ☐ Заворота тонкой кишки с явлениями её некроза.
- 4) ☐ Инфаркта тонкой кишки вследствие эмболии верхней брыжеечной артерии.
- 5) ☐ 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 появились боли в правом подреберье, кашель. О каком осложнении острого аппендицита может идти речь в данной ситуации?

- 1) ☒ Поддиафрагмальный абсцесс.
- 2) ☐ Тазовый абсцесс
- 3) ☐ Пилефлебит
- 4) ☐ Аппендикулярный инфильтрат.
- 5) ☐ 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?

- 1) ☒ Межкишечный абсцесс
- 2) ☐ Поддиафрагмальный абсцесс.
- 3) ☐ Тазовый абсцесс
-

4) ☐ Пилефлебит

5) ☐ 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?

1) ☒ Тазовый абсцесс

2) ☐ Межишечный абсцесс

3) ☐ Поддиафрагмальный абсцесс.

4) ☐ Пилефлебит

5) ☐ Аппендикулярный инфильтрат.

47. Укажите оптимальный метод лечения поддиафрагмальных абсцессов.

1) ☒ Пункция и дренирование под контролем КТ или УЗИ.

2) ☐ Назначить холод на живот и проводить динамическое наблюдение.

3) ☐ Выполнить колоноскопию.

4) ☐ Назначить стимуляцию кишечника и антибиотики группы аминогликозидов.

5) ☐ Произвести лапароскопию.

48. Укажите оптимальный метод лечения межишечных абсцессов.

1) ☒ Пункция и дренирование под контролем КТ или УЗИ. При невозможности лапаротомия

2) ☐ Назначить холод на живот и проводить динамическое наблюдение.

3) ☐ Произвести лапароскопию.

4) ☐ Выполнить колоноскопию.

- 5) ☐ Назначить стимуляцию кишечника и антибиотики группы аминогликозидов.
-

49. Укажите оптимальный метод лечения тазовых абсцессов.

- 1) ☒ Пункция через задний свод влагалища или переднюю стенку прямой кишки
- 2) ☐ Назначить холод на живот и проводить динамическое наблюдение.
- 3) ☐ Произвести лапароскопию.
- 4) ☐ Пункция и дренирование под контролем КТ или УЗИ. При невозможности лапаротомия
- 5) ☐ Назначить стимуляцию кишечника и антибиотики группы аминогликозидов.
-

50. Что такое пилефлебит?

- 1) ☒ Восходящий септический тромбофлебит воротной вены
- 2) ☐ Тромбоз нижней брыжеечной вены.
- 3) ☐ Вариант тромбоза брыжеечной артерии
- 4) ☐ Тромбоз артерии червеобразного отростка.
- 5) ☐ Тромбофлебит подкожных вен нижних конечностей
-

51. К развитию какого осложнения острого аппендицита наиболее склонны пожилые пациенты?

- 1) ☒ Аппендикулярный инфильтрат.
- 2) ☐ Межкишечный абсцесс
- 3) ☐ Поддиафрагмальный абсцесс.
- 4) ☐ Тазовый абсцесс
- 5) ☐ Пилефлебит
-

52. При выявлении аппендикулярного инфильтрата пациенту показана:

- 1) ☒ Комплексная консервативная терапия в стационаре, при развитии осложнений - хирургическое лечение.
- 2) ☐ Экстренная лапаротомия.
- 3) ☐ Выписка на амбулаторное лечение под наблюдение хирурга поликлиники.
- 4) ☐ Лапароскопическая аппендэктомия.
- 5) ☐ 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?

- 1) ☒ Вскрыть абсцесс доступом в правой подвздошной области, произвести тампонаду и дренирование полости абсцесса; аппендэктомию производить не следует.
- 2) ☐ Произвести вскрытие абсцесса и аппендэктомию из доступа в правой подвздошной области, дренировать брюшную полость.
- 3) ☐ Выполнить нижнесрединную лапаротомию, аппендэктомию, дренирование брюшной полости.
- 4) ☐ Вскрыть абсцесс через задний свод влагалища.
- 5) ☐ 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?

- 1) ☒ Пилефлебит.
- 2) ☐ Тромбоз нижней брыжеечной вены, нарушение мезентериального кровообращения.
- 3) ☐ Поддиафрагмальный абсцесс.
- 4) ☐ Подпечёночный абсцесс.

5) ☒ Абсцесс печени.

55. У больной 58 лет, страдающей сахарным диабетом, на 9 сутки после аппендэктомии развился абсцесс Дугласова пространства. Что следует предпринять?

- 1) ☒ Вскрыть и дренировать абсцесс через переднюю стенку прямой кишки или задний свод влагалища.
- 2) ☐ Назначить массивную антибактериальную терапию.
- 3) ☐ Вскрыть абсцесс нижнесрединным лапаротомным доступом.
- 4) ☐ Вскрыть абсцесс доступом Волковича-Дьяконова.
- 5) ☐ Назначить физиолечение (токи Бернара) и микроклизмы с ромашкой.
-

56. Опируя больного с предварительным клиническим диагнозом «острый флегмонозный аппендицит», после вскрытия брюшной полости Вы обнаружили аппендикулярный инфильтрат. Что следует предпринять?

- 1) ☒ Ограничиться введением тампона и дренажа в подвздошную ямку.
- 2) ☐ Выделить из инфильтрата червеобразный отросток, произвести аппендэктомию, ввести в брюшную полость тампон.
- 3) ☐ Ушить рану наглухо, назначить массивную антибактериальную терапию и проводить динамическое наблюдение.
- 4) ☐ Выделить отросток из воспалительного инфильтрата, произвести аппендэктомию и ушить рану наглухо.
- 5) ☐ Отказаться от операции, ушить рану, проводить консервативное лечение.
-

57. В диагностике абсцесса Дугласова пространства, развившегося после операции аппендэктомии, наиболее информативным методом исследования будет:

- 1) ☒ Ультразвуковое исследование органов малого таза.
- 2) ☐ Ирригоскопия.
- 3) ☐ Ректороманоскопия
-

- 4) ☐ Лапароскопия.
-
- 5) ☐ 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 $17,0 \cdot 10^9$ /л. Выберите правильную тактику лечения.

- 1) ☒ Необходима срочная операция, оперативный доступ - Волковича-Дьяконова.
-
- 2) ☐ Необходимо назначить антибиотики широкого спектра действия и дезинтоксикационную терапию.
-
- 3) ☐ Необходимо произвести лапароскопию и пунктировать инфильтрат.
-
- 4) ☐ Необходимо в срочном порядке выполнить нижнесрединную лапаротомию и аппендэктомию.
-
- 5) ☐ 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?

- 1) ☒ Вскрыть абсцесс через переднюю стенку прямой кишки и дренировать его.
-
- 2) ☐ Проводить интенсивную антибактериальную и дезинтоксикационную терапию.
-
- 3) ☐ Вскрыть абсцесс через разрез в правой подвздошной области.
-
- 4) ☐ Вскрыть абсцесс правосторонним внебрюшинным доступом.
-
- 5) ☐ Вскрыть абсцесс нижнесрединным лапаротомным доступом и дренировать малый таз
-

60. Среди перечисленных клинических ситуации укажите наиболее характерную для аппендикулярного инфильтрата:

- 1) ☒ 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 - $10,3 \cdot 10^9$ /л, палочкоядерный

сдвиг - 5%, температура тела - 37,2°C.

- 2) ☐ 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 - $12,8 \times 10^9$, палочкоядерный сдвиг - 10%, температура тела - 37,8°C.
- 3) ☐ Жалобы на тянущие боли внизу живота, больше справа, возникающие в середине менструального цикла. В правой подвздошной области пальпируется округлое образование плотной консистенции с четкими границами, малоболезненное, легко смещаемое. Отмечается усиление болей в положении на левом боку. Лейкоцитоз - $9,4 \times 10^9$ /л, температура тела - 37,0°C.
- 4) ☐ Длительность заболевания 2 дня. Беспокоят боли в правой половине живота, метеоризм, запоры. В правой подвздошной области пальпируется плотный, бугристый, неподвижный инфильтрат с четкими границами. При ректальном исследовании на перчатке следы кала с примесью слизи и темной крови. Лейкоцитоз - $8,2 \times 10^9$, палочкоядерный сдвиг - 7%, температура тела - 37,0°C.
- 5) ☐ 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 четкими границами.

61. Оперируя больного с подозрением на острый аппендицит доступом Волковича-Дьяконова, Вы обнаружили аппендикулярный инфильтрат. Что следует предпринять?

- 1) ☒ Ограничиться введением тампона и дренажа в правую подвздошную ямку.
- 2) ☐ Ушить рану в правой подвздошной области, произвести срединную лапаротомию, аппендэктомию.
- 3) ☐ Ушить рану, назначить антибиотики широкого спектра действия и холод местно.
- 4) ☐ Выделить отросток из воспалительного инфильтрата и произвести аппендэктомию.
- 5) ☐ 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, учащенное мочеиспускание. Что целесообразно предпринять в первую очередь в данной ситуации?

- 1) ☒ Произвести пальцевое ректальное исследование для выявления тазового инфильтрата.
- 2) ☐ Назначить холод на живот и проводить динамическое наблюдение.

- 3) ☐ Произвести лапароскопию.
-
- 4) ☐ Выполнить колоноскопию.
-
- 5) ☐ Назначить стимуляцию кишечника и антибиотики группы аминогликозидов.
-

63. Больному, перенесшему операцию по поводу аппендикулярного инфильтрата с формированием абсцесса, следует рекомендовать дальнейшую лечебную тактику:

- 1) ☒ Рекомендовать больному плановую аппендэктомию через 6 месяцев после стихания острого воспалительного процесса.
-
- 2) ☐ В течение 3-х месяцев проводить поддерживающую антибактериальную терапию, направленную на предупреждение повторных приступов острого аппендицита.
-
- 3) ☐ Выполнить больному после стихания воспалительных явлений аппендэктомию, не выписывая его из стационара.
-
- 4) ☐ Произвести больному аппендэктомию только в случае повторного приступа острого аппендицита.
-
- 5) ☐ Оперировать больного в плановом порядке через месяц после выписки из стационара.
-

64. Больному, после рассасывания аппендикулярного инфильтрата, следует рекомендовать дальнейшую лечебную тактику:

- 1) ☒ Оперировать больного в плановом порядке через 3-4 месяца после выписки из стационара.
-
- 2) ☐ В течение 3-х месяцев проводить поддерживающую антибактериальную терапию, направленную на предупреждение повторных приступов острого аппендицита.
-
- 3) ☐ Выполнить больному после стихания воспалительных явлений аппендэктомию, не выписывая его из стационара.
-
- 4) ☐ Произвести больному аппендэктомию только в случае повторного приступа острого аппендицита.
-
- 5) ☐ Рекомендовать больному плановую аппендэктомию через 6 -8 месяцев после стихания острого воспалительного процесса.
-

65. Пилефлебит обычно является осложнением следующего заболевания:

- 1) ☒ Гангренозного аппендицита.
 - 2) ☐ Перфоративной язвы желудка, осложнённой распространённым перитонитом.
 - 3) ☐ Заворота тонкой кишки с явлениями её некроза.
 - 4) ☐ Инфаркта тонкой кишки вследствие эмболии верхней брыжеечной артерии.
 - 5) ☐ 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 появились боли в правом подреберье, кашель. О каком осложнении острого аппендицита может идти речь в данной ситуации?

- 1) ☒ Поддиафрагмальный абсцесс.
 - 2) ☐ Тазовый абсцесс
 - 3) ☐ Пилефлебит
 - 4) ☐ Аппендикулярный инфильтрат.
 - 5) ☐ Межкишечный абсцесс
-

67. 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?

- 1) ☒ Межкишечный абсцесс
 - 2) ☐ Поддиафрагмальный абсцесс.
 - 3) ☐ Тазовый абсцесс
 - 4) ☐ Пилефлебит
 - 5) ☐ 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?

- 1) ☒ Тазовый абсцесс
- 2) ☐ Межкишечный абсцесс
- 3) ☐ Поддиафрагмальный абсцесс.
- 4) ☐ Пилефлебит
- 5) ☐ Аппендикулярный инфильтрат.

69. Укажите оптимальный метод лечения поддиафрагмальных абсцессов.

- 1) ☒ Пункция и дренирование под контролем КТ или УЗИ.
- 2) ☐ Назначить холод на живот и проводить динамическое наблюдение.
- 3) ☐ Выполнить колоноскопию.
- 4) ☐ Назначить стимуляцию кишечника и антибиотики группы аминогликозидов.
- 5) ☐ Произвести лапароскопию.

70. Укажите оптимальный метод лечения межкишечных абсцессов.

- 1) ☒ Пункция и дренирование под контролем КТ или УЗИ. При невозможности лапаротомия
- 2) ☐ Назначить холод на живот и проводить динамическое наблюдение.
- 3) ☐ Произвести лапароскопию.
- 4) ☐ Выполнить колоноскопию.
- 5) ☐ Назначить стимуляцию кишечника и антибиотики группы аминогликозидов.

71. Укажите оптимальный метод лечения тазовых абсцессов.

- 1) ☒ Пункция через задний свод влагалища или переднюю стенку прямой кишки
 - 2) ☐ Назначить холод на живот и проводить динамическое наблюдение.
 - 3) ☐ Произвести лапароскопию.
 - 4) ☐ Пункция и дренирование под контролем КТ или УЗИ. При невозможности лапаротомия
 - 5) ☐ Назначить стимуляцию кишечника и антибиотики группы аминогликозидов.
-

72. Что такое пилефлебит?

- 1) ☒ Восходящий септический тромбофлебит воротной вены
 - 2) ☐ Тромбоз нижней брыжеечной вены.
 - 3) ☐ Вариант тромбоза брыжеечной артерии
 - 4) ☐ Тромбоз артерии червеобразного отростка.
 - 5) ☐ Тромбофлебит подкожных вен нижних конечностей
-

73. К развитию какого осложнения острого аппендицита наиболее склонны пожилые пациенты?

- 1) ☒ Аппендикулярный инфильтрат.
 - 2) ☐ Межкишечный абсцесс
 - 3) ☐ Поддиафрагмальный абсцесс.
 - 4) ☐ Тазовый абсцесс
 - 5) ☐ Пилефлебит
-

Раздел: **1. Острый аппендицит 2**
Модуль: **1**
Тема: **1. Острый аппендицит**

1. Показаниями к тампонаде брюшной полости при выполнении операции по поводу острого аппендицита являются:

- 1) ☒ Невозможность полного удаления червеобразного отростка или его частей.
- 2) ☒ Неуверенность в надёжном гемостазе.
- 3) ☒ Аппендикулярный инфильтрат.
- 4) ☒ Наличие фибрина на куполе слепой кишки.
- 5) ☐ Наличие выпота в брюшной полости при флегмонозном аппендиците.

2. Осложнениями острого аппендицита являются:

- 1) ☒ Разлитой перитонит
- 2) ☒ Пилефлебит
- 3) ☒ Аппендикулярный инфильтрат.
- 4) ☒ Абсцессы брюшной полости.
- 5) ☐ 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?

- 1) ☒ Больному после операции не было придано положение Фовлера.
- 2) ☒ Не был тщательно осушен выпот в брюшной полости.
- 3) ☐ Больному после операции не было придано положение Тренделенбурга.
- 4) ☐ Выбран неправильный доступ, следовало произвести нижнесрединную лапаротомию.

5) ☐ Не была произведена тампонада брюшной полости.

4. Характерными признаками правостороннего поддиафрагмального абсцесса, развившегося после операции аппендэктомии, являются:

1) ☒ Боли в правой половине грудной клетки и верхних отделов живота, усиливающиеся на вдохе.

2) ☒ Увеличение перкуторных размеров печени.

3) ☒ Выбухание нижних межрёберных промежутков справа.

4) ☒ Гектическая температура.

5) ☐ 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:

1) ☒ Антибактериальная терапия.

2) ☒ Назначение тёплых микроклизм с ромашкой.

3) ☐ Лапароскопическое дренирование малого таза

4) ☐ Оперативное лечение.

5) ☐ Приём солевого слабительного 2 раза в день.

6. При осложнении острого аппендицита аппендикулярным инфильтратом показано консервативное лечение потому, что:

1) ☒ Воспалительный инфильтрат часто успешно рассасывается.

2) ☒ При попытке произвести аппендэктомию возможна перфорация слепой кишки.

3) ☒ При попытке разрушить инфильтрат возможна перфорация тонкой кишки и перитонит.

4) ☐ Во всех случаях наступает выздоровление.

- 5) ☐ После рассасывания инфильтрата рецидива острого аппендицита не наступает.
-

7. Укажите мероприятия, направленные на профилактику формирования абсцессов брюшной полости после аппендэктомии

- 1) ☒ Придание пациенту положения Фовлера
- 2) ☒ Дренирование брюшной полости
- 3) ☐ Придание пациенту положения Тренделенбурга
- 4) ☐ Новокаиновая блокада брыжейки червеобразного отростка при флегмонозном аппендиците.
- 5) ☐ Тампонирование брюшной полости
-

8. Пациент оперирован по поводу гангренозного аппендицита. Укажите мероприятия, направленные на профилактику формирования абсцессов брюшной полости после аппендэктомии.

- 1) ☒ Антибактериальная терапия.
- 2) ☒ Придание пациенту положения Фовлера
- 3) ☒ Дренирование брюшной полости
- 4) ☐ Придание пациенту положения Тренделенбурга
- 5) ☐ 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?

- 1) ☒ Выполнить УЗИ брюшной полости
- 2) ☒ Выполнить КТ брюшной полости с контрастированием
- 3) ☐ Гастроскопию.
- 4) ☐ Выполнить колоноскопию.
-

5) ☐ 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?

1) ☒ Выполнить УЗИ брюшной полости

2) ☒ Выполнить КТ брюшной полости с контрастированием

3) ☒ Выполнить рентгенографию легких.

4) ☐ Назначить стимуляцию кишечника и антибиотики группы аминогликозидов.

5) ☐ Произвести пальцевое ректальное исследование

11. Пациент оперирован по поводу гангренозного аппендицита. Укажите мероприятия, направленные на профилактику развития пилефлебита.

1) ☒ Антибактериальная терапия.

2) ☒ Радикальное удаление всех некротических тканей

3) ☐ Тампонирование брюшной полости

4) ☐ Придание пациенту положения Тренделенбурга

5) ☐ 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:

1) ☒ Эластическое бинтование нижних конечностей.

2) ☒ Применение антикоагулянтов.

3) ☒ Ранняя активизация больного.

4) ☐ Строгий постельный режим в течение 2-3 дней.

5) ☐ Введение тромболитических препаратов.

13. При подозрении на острый аппендицит в диагностически неясных случаях нужно избрать следующую тактику:

1) ☒ В поликлинических условиях пациент должен быть направлен на консультацию к хирургу

2) ☒ При осмотре пациента на работе он должен быть направлен в хирургический стационар

3) ☒ При невозможности использовать в стационаре дополнительные методы исследования или их неэффективности, а также при появлении перитонеальных симптомов показана экстренная операция

4) ☒ В хирургическом отделении в первые часы заболевания могут быть использованы дополнительные методы обследования, включая лапароскопию

5) ☐ 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:

1) ☒ Аппендикулярный инфильтрат

2) ☒ Острый интерстициальный (отёчный) панкреатит

3) ☐ Острый катаральный аппендицит

4) ☐ Острый калькулезный гангренозный холецистит

5) ☒ 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?

1) ☒ Больному после операции не было придано положение Фовлера

2) ☒ Не был тщательно осушен выпот в брюшной полости

- 3) ☐ Не была произведена тампонада брюшной полости.
-
- 4) ☐ Выбран неправильный доступ, следовало произвести нижнесрединную лапаротомию
-
- 5) ☐ Больному после операции не было придано положение Тренделенбурга
-

16. Характерными признаками правостороннего поддиафрагмального абсцесса, развившегося после операции аппендэктомии, являются:

- 1) ☒ Боли в правой половине грудной клетки и верхних отделов живота, усиливающиеся на вдохе
-
- 2) ☒ Выбухание нижних межрёберных промежутков справа
-
- 3) ☒ Гектическая температура
-
- 4) ☒ Увеличение перкуторных размеров печени
-
- 5) ☐ Низкое стояние правого купола диафрагмы
-

17. Для острого флегмонозного аппендицита характерны следующие клинические симптомы:

- 1) ☒ Симптом Бартомье-Михельсона
-
- 2) ☒ Симптом Кохера-Волковича.
-
- 3) ☒ Симптом Щёткина-Блюмберга
-
- 4) ☐ Симптом Цеге-Мантейфеля
-
- 5) ☐ Симптом Мюсси-Георгиевского
-

18. Клиническими особенностями острого аппендицита у пожилых больных являются:

- 1) ☒ Возможность развития первично-гангренозной формы
-
- 2) ☒ Слабая выраженность симптомов раздражения брюшины
-
- 3) ☐ Неоднократный жидкий стул
-

4) ☐ Многократная рвота

5) ☐ 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

1) ☒ Эластическое бинтование нижних конечностей

2) ☒ Ранняя активизация больного

3) ☐ Строгий постельный режим в течение 2-3 дней

4) ☐ Введение тромболитических препаратов

5) ☐ Согревающие компрессы на икроножные мышцы

20. Укажите признаки, характерные для клинической картины острого аппендицита у больных старческого возраста

1) ☒ Боли в животе часто носят умеренный характер

2) ☒ Симптомы мышечной защиты и раздражения брюшины выражены слабо

3) ☒ Заболеванию часто протекает на фоне задержки стула

4) ☐ Аппендикулярный инфильтрат не развивается

5) ☐ Как правило, отмечается высокий лейкоцитоз в крови и гипертермия

21. Укажите инструментальные методы исследования, используемые для распознавания абсцессов брюшной полости

1) ☒ Ультразвуковое сканирование брюшной полости

2) ☒ Компьютерная томография брюшной полости

3) ☒ Обзорная рентгенография брюшной полости

4) ☐ Колоноскопия

5) ☐ Лапароскопия

22. Для перфоративного аппендицита характерны следующие симптомы:

1) ☒ Внезапное усиление болей в животе

2) ☒ Положительный симптом Щёткина-Блюмберга

3) ☐ Наличие свободного газа в брюшной полости

4) ☐ Схваткообразные боли в животе

5) ☐ Положительный симптом «шума плеска»

23. Для дифференциальной диагностики острого аппендицита от правосторонней почечной колики Вы предпримете:

1) ☒ Срочное исследование мочи

2) ☒ Хромоцистоскопию или экскреторную урографию

3) ☒ Введение спазмолитиков

4) ☐ Ангиографию почечных артерий

5) ☐ Введение наркотических обезболивающих препаратов

24. При осложнении острого аппендицита аппендикулярным инфильтратом показано консервативное лечение потому, что:

1) ☒ При попытке произвести аппендэктомию возможна перфорация слепой кишки

2) ☒ При попытке разрушить инфильтрат возможна перфорация тонкой кишки и перитонит

3) ☒ Воспалительный инфильтрат часто успешно рассасывается

4) ☐ После рассасывания инфильтрата рецидива острого аппендицита не наступает

5) ☐ Во всех случаях наступает выздоровление

25. К наиболее информативным методам диагностики острого аппендицита относят

- 1) ☒ УЗИ органов брюшной полости
- 2) ☒ Компьютерную томографию органов брюшной полости
- 3) ☒ Лапароскопию
- 4) ☐ Колоноскопию
- 5) ☐ Обзорную рентгенографию органов брюшной полости
-

26. Укажите симптомы, характерные для острого аппендицита

- 1) ☒ Симптом Ровзинга
- 2) ☒ Симптом Кохера-Волковича
- 3) ☒ Симптом Ситковского
- 4) ☐ Симптом Ортнера
- 5) ☐ Симптом Мондора
-

27. Больному, перенёсшему аппендикулярный инфильтрат или периаппендикулярный абсцесс, следует рекомендовать следующую дальнейшую лечебную тактику:

- 1) ☒ Рекомендовать больному плановую аппендэктомию через 4-6 месяцев после стихания острого воспалительного процесса
- 2) ☒ Провести дообследование, в объёме колоноскопии, компьютерной томографии органов брюшной полости
- 3) ☐ Произвести больному аппендэктомию только в случае повторного приступа острого аппендицита
- 4) ☐ В течение 3-х месяцев проводить поддерживающую антибактериальную терапию, направленную на предупреждение повторных приступов острого аппендицита
-

- 5) ☐ 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

- 1) ☒ Перевести пациента в хирургический стационар
- 2) ☒ Выполнить экстренную операцию
- 3) ☐ Проводить кардиальную и противовоспалительную терапию, динамическое наблюдение за больным, включая контроль лейкоцитов крови
- 4) ☐ 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 язвы 12-перстной кишки?

- 1) ☒ Эзофагогастродуоденоскопия
- 2) ☒ Обзорная рентгенография органов брюшной полости
- 3) ☒ Лапароскопия
- 4) ☐ Рентгенографию органов брюшной полости с барием
- 5) ☐ УЗИ органов малого таза
-

30. При проведении дифференциального диагноза между острым флегмонозным аппендицитом и апоплексией яичника необходимо учитывать следующие признаки, характерные для аппендицита:

- 1) ☐ Иррадиация боли в крестец и промежность
- 2) ☐ Симптом Куленкампа
- 3) ☒ Симптом Кохера-Волковича
-

4) ☐ Головокружение или обморочное состояние

5) ☒ Симптом Щёткина-Блюмберга

31. К типичным симптомам острого флегмонозного аппендицита относят следующие:

1) ☒ Симптом Щёткина-Блюмберга

2) ☒ Симптом Воскресенского

3) ☒ Симптом Ровзинга

4) ☒ Симптом Кохера-Волковича

5) ☐ Симптом Ортнера

32. К осложнениям острого аппендицита относят:

1) ☒ Аппендикулярный инфильтрат

2) ☒ Пилефлебит

3) ☐ Паранефрит

4) ☐ Воспаление дивертикула Меккеля

5) ☐ Аднексит

33. Показаниями к тампонаде брюшной полости при выполнении операции по поводу острого аппендицита являются:

1) ☒ Невозможность полного удаления червеобразного отростка или его частей.

2) ☒ Неуверенность в надёжном гемостазе.

3) ☒ Аппендикулярный инфильтрат.

4) ☒ Наличие фибрина на куполе слепой кишки.

- 5) ☐ Наличие выпота в брюшной полости при флегмонозном аппендиците.
-

34. Осложнениями острого аппендицита являются:

- 1) ☒ Разлитой перитонит
- 2) ☒ Пилефлебит
- 3) ☒ Аппендикулярный инфильтрат.
- 4) ☒ Абсцессы брюшной полости.
- 5) ☐ 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?

- 1) ☒ Больному после операции не было придано положение Фовлера.
- 2) ☒ Не был тщательно осушен выпот в брюшной полости.
- 3) ☐ Больному после операции не было придано положение Тренделенбурга.
- 4) ☐ Выбран неправильный доступ, следовало произвести нижнесрединную лапаротомию.
- 5) ☐ Не была произведена тампонада брюшной полости.
-

36. Характерными признаками правостороннего поддиафрагмального абсцесса, развившегося после операции аппендэктомии, являются:

- 1) ☒ Боли в правой половине грудной клетки и верхних отделов живота, усиливающиеся на вдохе.
- 2) ☒ Увеличение перкуторных размеров печени.
- 3) ☒ Выбухание нижних межрёберных промежутков справа.
- 4) ☒ Гектическая температура.
-

5) ☐ 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:

1) ☒ Антибактериальная терапия.

2) ☒ Назначение тёплых микроклизм с ромашкой.

3) ☐ Лапароскопическое дренирование малого таза

4) ☐ Оперативное лечение.

5) ☐ Приём солевого слабительного 2 раза в день.

38. При осложнении острого аппендицита аппендикулярным инфильтратом показано консервативное лечение потому, что:

1) ☒ Воспалительный инфильтрат часто успешно рассасывается.

2) ☒ При попытке произвести аппендэктомию возможна перфорация слепой кишки.

3) ☒ При попытке разрушить инфильтрат возможна перфорация тонкой кишки и перитонит.

4) ☐ Во всех случаях наступает выздоровление.

5) ☐ После рассасывания инфильтрата рецидива острого аппендицита не наступает.

39. Укажите мероприятия, направленные на профилактику формирования абсцессов брюшной полости после аппендэктомии

1) ☒ Придание пациенту положения Фовлера

2) ☒ Дренирование брюшной полости

3) ☐ Придание пациенту положения Тренделенбурга

4) ☐ Новокаиновая блокада брыжейки червеобразного отростка при флегмонозном аппендиците.

5) ☐ Тампонирование брюшной полости

40. Пациент оперирован по поводу гангренозного аппендицита. Укажите мероприятия, направленные на профилактику формирования абсцессов брюшной полости после аппендэктомии.

1) ☒ Антибактериальная терапия.

2) ☒ Придание пациенту положения Фовлера

3) ☒ Дренирование брюшной полости

4) ☐ Придание пациенту положения Тренделенбурга

5) ☐ 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?

1) ☒ Выполнить УЗИ брюшной полости

2) ☒ Выполнить КТ брюшной полости с контрастированием

3) ☐ Гастроскопию.

4) ☐ Выполнить колоноскопию.

5) ☐ 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 в правом подреберье, кашель. Что целесообразно предпринять в первую очередь в данной ситуации?

1) ☒ Выполнить УЗИ брюшной полости

2) ☒ Выполнить КТ брюшной полости с контрастированием

3) ☒ Выполнить рентгенографию легких.

4) ☐ Назначить стимуляцию кишечника и антибиотики группы аминогликозидов.

5) ☐ Произвести пальцевое ректальное исследование

43. Пациент оперирован по поводу гангренозного аппендицита. Укажите мероприятия, направленные на профилактику развития пилефлебита.

1) ☒ Антибактериальная терапия.

2) ☒ Радикальное удаление всех некротических тканей

3) ☐ Тампонирование брюшной полости

4) ☐ Придание пациенту положения Тренделенбурга

5) ☐ 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:

1) ☒ Эластическое бинтование нижних конечностей.

2) ☒ Применение антикоагулянтов.

3) ☒ Ранняя активизация больного.

4) ☐ Строгий постельный режим в течение 2-3 дней.

5) ☐ Введение тромболитических препаратов.

Раздел: **2. Острый холецистит 1**

Модуль: **1**

Тема: **2. Острый холецистит**

1. В этиологии развития острого калькулезного холецистита ведущую роль играет:

- 1) ☒ Нарушение эвакуации желчи из желчного пузыря
- 2) ☐ Раздражающее действие желчных кислот
- 3) ☐ Гидролиз липидов в полости пузыря
- 4) ☐ Повышение литогенности желчи
- 5) ☐ Ишемия стенки желчного пузыря

2. Острый холецистит чаще всего может осложниться пенетрацией желчного пузыря в просвет следующего органа:

- 1) ☒ Двенадцатиперстная кишка
- 2) ☐ Желудок
- 3) ☐ Тонкая кишка
- 4) ☐ Печеночный угол толстой кишки
- 5) ☐ Почка

3. Наиболее информативным неинвазивным методом исследования для подтверждения диагноза острого холецистита является:

- 1) ☒ Ультрасонография
- 2) ☐ Холецистография
- 3) ☐ Компьютерная томография
- 4) ☐ Билисцинтиграфия
- 5) ☐ Лапароскопия

4. В ходе операции по поводу острого деструктивного холецистита обнаружен воспалительный инфильтрат в области шейки пузыря. Выберите хирургическую тактику:

- 1) ☒ Холецистостомия от дна
- 2) ☐ Холецистэктомия
- 3) ☐ Атипичная холецистэктомия
- 4) ☐ Холецистэктомия от шейки
- 5) ☐ Ограничиться введением тампона

5. Для удаления резидуальных камней холедоха предпочтительным способом является:

- 1) ☒ Эндоскопическая папилотомия, литоэкстракция
- 2) ☐ Назначение медикаментозных средств
- 3) ☐ Открытое хирургическое вмешательство
- 4) ☐ Ультразвуковая литотрипсия
- 5) ☐ Применение контактных растворителей

6. Из возможных последствий холедохолитиаза непосредственную угрозу для жизни представляет:

- 1) ☒ Холангит
- 2) ☐ Портальная гипертензия
- 3) ☐ Стеноз фатерова соска
- 4) ☐ Вторичный билиарный цирроз
- 5) ☐ 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 x 9/л со сдвигом формулы влево. Билирубин, печеночные трансаминазы и щелочная фосфатаза повышены, уровень амилазы нормальный. Назовите наиболее вероятную причину указанных явлений:

- 1) ☒ Гнойный холангит
- 2) ☐ Абсцесс печени
- 3) ☐ Печеночная недостаточность
- 4) ☐ Острый деструктивный холецистит
- 5) ☐ Острый панкреатит

8. Развитие первичного гангренозного холецистита обусловлено:

- 1) ☒ Тромбоз пузырной артерии
- 2) ☐ Забросом активного панкреатического сока в желчный пузырь
- 3) ☐ Паразитарными заболеваниями желчного пузыря
- 4) ☐ Внедрением в стенку желчного пузыря патогенной микрофлоры
- 5) ☐ Холедохолитиазом

9. Симптом острого холецистита является:

- 1) ☒ Симптом Ортнера-Грекова
- 2) ☐ Коупа
- 3) ☐ Образцова
- 4) ☐ Курвуазья
- 5) ☐ Ситковского

10. Показанием для срочной операции при остром деструктивном холецистите является:

- 1) ☒ Нарастание общей интоксикации и появление симптомов раздражения брюшины
-
- 2) ☐ Желтуха
-
- 3) ☐ Рвота
-
- 4) ☐ Болевой синдром
-
- 5) ☐ Изменение характера болей на схваткообразный
-

11. Наиболее часто применяемым видом дренирования внепеченочных желчных протоков является:

- 1) ☒ дренирование через культю пузырного протока
-
- 2) ☐ дренирование по Спасокукоцкому
-
- 3) ☐ дренирование по Долиотти
-
- 4) ☐ дренирование по Пенроуз-Микуличу
-
- 5) ☐ Дренирование по Ларю
-

12. Выберите необходимые методы обследования для дифференциальной диагностики острого холецистита и кишечной непроходимости

- 1) ☒ Обзорная рентгенография органов брюшной полости и ультрасонография органов брюшной полости
-
- 2) ☐ Эндоскопическая эзофагогастродуоденоскопия и ретроградная панкреатикохолангиография
-
- 3) ☐ Радиоизотопная билисцинтиграфия и артериальная мезентерикография.
-
- 4) ☐ Ультрасонография органов брюшной полости и биохимический анализ крови
-
- 5) ☐ Гепатобилисцинтиграфия и компьютерная томография брюшной полости
-

13. Показанием к оставлению марлевого тампона в брюшной полости при операции по поводу острого деструктивного холецистита является:

- 1) ☒ Невозможность остановки паренхиматозного кровотечения из ложа желчного пузыря
-

- 2) ☐ Холедохолитиаз
-
- 3) ☐ Местный перитонит
-
- 4) ☐ Острый панкреатит
-
- 5) ☐ Гнойный холангит
-

14. Для какого из перечисленных заболеваний характерно развитие синдрома Курвуазье:

- 1) ☒ Опухоль (рак) головки поджелудочной железы
-
- 2) ☐ Опухоль кардиального отдела желудка
-
- 3) ☐ Острый калькулезный холецистит
-
- 4) ☐ Рак тела поджелудочной железы
-
- 5) ☐ Острая обтурация просвета пузырного протока
-

15. Правый и левый печёночные протоки образуют

- 1) ☐ желчный пузырь
-
- 2) ☒ общий печёночный проток
-
- 3) ☐ общий желчный проток
-
- 4) ☐ пузырный проток
-
- 5) ☐ большой сосочек двенадцатиперстной кишки
-

16. При слиянии общего печёночного протока и пузырного протока образуется

- 1) ☐ желчный пузырь
-
- 2) ☒ общий желчный проток
-
- 3) ☐ большой сосочек двенадцатиперстной кишки
-

4) ☐ правый печеночный проток

5) ☐ левый печеночный проток

17. Пбций желчный и главный панкреатический протоки обычно имеют следующее взаимоотношение:

1) ☐ на всём протяжении идут параллельно

2) ☐ раздельно впадают в двенадцатиперстную кишку

3) ☒ сливаются, образуя ампулу дуоденального сосочка

4) ☐ анатомической связи не имеют

5) ☐ это синонимы одного анатомического образования

18. Нормальный диаметр общего желчного протока не превышает

1) ☐ 2 миллиметра

2) ☐ 5 миллиметров

3) ☒ 8 миллиметров

4) ☐ 15 миллиметров

5) ☐ 20 миллиметров

19. Емкость желчного пузыря в среднем составляет

1) ☐ 1 - 10 миллилитров

2) ☒ 40 - 70 миллилитров

3) ☐ 150 - 300 миллилитров

4) ☐ 500 - 700 миллилитров

20. Кровоснабжение желчного пузыря осуществляет

- 1) ☐ верхняя мезогастральная артерия
- 2) ☐ селезеночная артерия
- 3) ☐ левая желудочная артерия
- 4) ☐ правая желудочная артерия
- 5) ☒ пузырная артерия

21. Концентрация основных компонентов желчи (желчных кислот, пигментов, холестерина, кальция) в желчном пузыре по сравнению с их концентрацией во внутрипеченочных желчных протоках

- 1) ☒ повышается
- 2) ☐ понижается
- 3) ☐ остаётся неизменной
- 4) ☐ меняется разнонаправлено
- 5) ☐ в рф не изучалась

22. У здорового человека среднесуточное поступление желчи в кишечник составляет

- 1) ☐ 10 миллилитров
- 2) ☐ 100 миллилитров
- 3) ☒ 1000 миллилитров
- 4) ☐ 5000 миллилитров
- 5) ☐ 10000 миллилитров

23. Частота встречаемости желчнокаменной болезни среди населения европейских стран составляет

- 1) ☐ 1 - 2 %
-
- 2) ☐ 2 - 5 %
-
- 3) ☒ 10 - 20 %
-
- 4) ☐ 30 - 50 %
-
- 5) ☐ 50 - 70 %
-

24. Основным местом образования желчных камней является

- 1) ☐ гепатоцит
-
- 2) ☐ внутripечёночные протоки
-
- 3) ☐ общий печёночный проток
-
- 4) ☒ желчный пузырь
-
- 5) ☐ общий желчный проток
-

25. основной причиной желчного камнеобразования считают

- 1) ☐ гиперхолестеринемию
-
- 2) ☒ повышение концентрации холестерина при уменьшении концентрации фосфолипидов и желчных кислот желчи
-
- 3) ☐ повышение концентрации билирубина, фосфолипидов и желчных кислот желчи
-
- 4) ☐ повышение концентрации фосфолипидов и желчных кислот желчи
-
- 5) ☐ уменьшение концентрации билирубина при повышении концентрации фосфолипидов и желчных кислот желчи
-

26. Причиной возникновения болевого приступа (желчной колики) при желчнокаменной болезни является

- 1) ☐ гиперпродукция желчи печенью
-

- 2) ☐ инфицирование желчи
 - 3) ☐ рефлюкс дуоденального содержимого в желчные пути
 - 4) ☐ тромбоэмболия пузырной артерии
 - 5) ☒ ущемление камня в шейке желчного пузыря
-

27. Боли, обусловленные желчнокаменной болезнью, как правило, локализуются в

- 1) ☒ правом подреберье
 - 2) ☐ эпигастрии
 - 3) ☐ левом подреберье
 - 4) ☐ правой поясничной области
 - 5) ☐ за грудиной
-

28. Температура тела при желчной колике

- 1) ☒ остаётся нормальной
 - 2) ☐ понижается
 - 3) ☐ повышается до 38°C
 - 4) ☐ носит гектический характер
 - 5) ☐ имеет неустойчивый характер
-

29. При пальпаторном исследовании брюшной полости у пациента с желчной коликой в правом подреберье обычно выявляется

- 1) ☐ симптом щеткина-блумберга
 - 2) ☐ симптом раздольского
-

- 3) ☒ выраженное защитное напряжение мышц передней брюшной стенки отсутствует
-
- 4) ☐ шум плеска
-
- 5) ☐ флюктуация
-

30. Скрининговым методом при диспансерном обследовании населения с целью диагностики желчнокаменной болезни следует считать

- 1) ☐ пероральную холецистографию
-
- 2) ☐ внутривенную холецистохолангиографию
-
- 3) ☒ ультразвуковое исследование брюшной полости
-
- 4) ☐ компьютерную томографию
-
- 5) ☐ термографию
-

31. Наибольшей достоверностью при диагностике холецистолитиаза обладает

- 1) ☐ пероральная холецистография
-
- 2) ☐ внутривенная холецистохолангиография
-
- 3) ☐ инфузионная холецистохолангиография
-
- 4) ☒ ультразвуковое исследование брюшной полости
-
- 5) ☐ термография
-

32. Методом выбора при лечении желчнокаменной болезни следует считать

- 1) ☐ диетотерапию
-
- 2) ☐ курортолечение
-
- 3) ☐ литолитическую терапию
-

- 4) ☐ литотрипсию
- 5) ☒ хирургический метод
-

33. Методом выбора хирургического лечения желчнокаменной болезни следует считать

- 1) ☐ холецистостомию
- 2) ☐ холецистолитотомию
- 3) ☐ холецистоэнтеростомию
- 4) ☒ холецистэктомию
- 5) ☐ все перечисленные методы равнозначны
-

34. Нормальными величинами содержания общего билирубина в плазме крови являются

- 1) ☐ 0,1 -1,2 мкмоль/л
- 2) ☐ 2,2 -5,6 мкмоль/л
- 3) ☒ 8,5 - 20,5 мкмоль/л
- 4) ☐ 22,5 - 34,5 мкмоль/л
- 5) ☐ 35,5 - 45,5 мкмоль/л
-

35. Характерным для механической желтухи считается повышение в крови

- 1) ☐ количества лейкоцитов
- 2) ☐ сывороточного железа
- 3) ☐ протромбина
- 4) ☒ щелочной фосфатазы
- 5) ☐ мочевины
-

36. Для диагностики неосложнённой желчнокаменной болезни следует отдать предпочтение следующим методам:

- 1) ☐ Эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии
- 2) ☐ Лапароскопии
- 3) ☒ Ультрасонографии
- 4) ☐ Чрескожной чреспеченочной холангиографии
- 5) ☐ Компьютерной томографии брюшной полости

37. К осложнениям острого холецистита относят всё, кроме:

- 1) ☒ Варикозного расширения вен пищевода
- 2) ☐ Механической желтухи
- 3) ☐ Холангита
- 4) ☐ Подпечёчного абсцесса
- 5) ☐ Перитонита

38. Больному с гангренозным холециститом показано:

- 1) ☒ Экстренная операция
- 2) ☐ Отсроченная операция
- 3) ☐ Консервативное лечение
- 4) ☐ Операция при отсутствии эффекта от консервативной терапии
- 5) ☐ Принятие решения зависит от возраста больного

39. Для острого катарального холецистита характерно все, кроме:

- 1) ☒ Слоистая стенка желчного пузыря при УЗИ органов брюшной полости
 - 2) ☐ Тошноты и рвоты
 - 3) ☐ Болезненность в правом подреберье
 - 4) ☐ Отрицательный симптом Щёткина-Блюмберга
 - 5) ☐ 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 развиться у больной?

- 1) ☒ Гнойный холангит
 - 2) ☐ Перфорация желчного пузыря
 - 3) ☐ Подпечёчный абсцесс
 - 4) ☐ Эмпиема желчного пузыря
 - 5) ☐ Стеноз большого дуоденального соска
-

41. Больному с острым флегмонозным холециститом, неотягощённому сопутствующими заболеваниями, при неэффективности инфузионно-медикаментозной терапии в течение суток показана:

- 1) ☒ Лапароскопическая холецистэктомия
 - 2) ☐ Лапаротомия
 - 3) ☐ Оперативное вмешательство через 5-7 суток
 - 4) ☐ Включение в консервативную терапию антибиотиков
 - 5) ☐ Отсроченное оперативное вмешательство в холодном периоде
-

42. Наиболее опасным осложнением флегмонозного холецистита является:

- 1) ☒ Разлитой перитонит
-

- 2) ☐ Цирроз печени
 - 3) ☐ Острый панкреатит
 - 4) ☐ Рубцовая стриктура холедоха
 - 5) ☐ Правосторонний плеврит
-

43. При выборе сроков оперативного вмешательства у больного с острым деструктивным холециститом определяющими факторами будут следующие факторы, кроме:

- 1) ☒ Количества конкрементов в желчном пузыре
 - 2) ☐ Наличие двойного контура стенки желчного пузыря по данным УЗИ
 - 3) ☐ Перитонита
 - 4) ☐ Перфорации желчного пузыря
 - 5) ☐ Количества лейкоцитов в крови
-

44. Какое тактическое решение хирурга во время операции у больной с острым холециститом является ошибочным?

- 1) ☒ Диаметр общего желчного протока даёт полную информацию о наличии в нём конкрементов
 - 2) ☐ Предпочтительно выделение желчного пузыря «от шейки»
 - 3) ☐ Расширение общего желчного протока более 2 см является показанием к его ревизии
 - 4) ☐ Перфорация желчного пузыря во время его выделения при лапароскопической холецистэктомии не является показанием к выполнению лапаротомии
 - 5) ☐ Пузырная артерия и проток клипируются отдельно
-

45. Наиболее малотравматичным способом операции холецистэктомии у больной с желчнокаменной болезнью является:

- 1) ☒ Лапароскопическая холецистэктомия
-

2) ☐ Холецистэктомия из лапаротомного доступа по Федорову

3) ☐ Холецистэктомия из лапаротомного доступа по Кохеру

4) ☐ Холецистэктомия «от дна»

5) ☐ Холецистэктомия «от шейки»

46. Симптому Мюсси-Георгиевского соответствует:

1) ☒ Болезненность при надавливании между ножками правой кивательной мышцы

2) ☐ Болезненность при поколачивании по краю правой реберной дуги

3) ☐ Болезненность в области пересечения правой прямой мышцы живота с реберной дугой

4) ☐ Болезненность при пальпации мягких тканей правого подреберья

5) ☐ Усиление болей во время вдоха при пальпации в точке желчного пузыря

47. Основной метод обследования больных с острым катаральным холециститом:

1) ☒ УЗИ желчного пузыря

2) ☐ Эндоскопическая ретроградная холангиография

3) ☐ Компьютерная томография брюшной полости

4) ☐ Лапароскопия

5) ☐ Чрескожная пункция желчного пузыря и посев желчи на стерильность

48. Для острого катарального холецистита характерно всё, кроме:

1) ☒ Обязательно наличие конкрементов в желчном пузыре

2) ☐ При стихании воспалительных явлений и сохранении обтурации пузырного протока возможно развитие водянки желчного пузыря

- 3) ☐ Возможно выздоровление
-
- 4) ☐ Симптомы раздражения брюшины отсутствуют
-
- 5) ☐ Заболевание начинается с приступа болей в правом подреберье
-

49. Для первичного гангренозного холецистита характерно всё, кроме:

- 1) ☒ Заболевание неоднократно рецидивирует
-
- 2) ☐ Выраженные признаки интоксикации
-
- 3) ☐ Высоковероятен тромбоз пузырной артерии
-
- 4) ☐ Возникает в пожилом возрасте
-
- 5) ☐ Тахикардия более 100 ударов в минуту
-

50. Укажите НЕверное утверждение, кающееся гнойного холангита:

- 1) ☒ Признаки холангита манифестируют в первые часы воспаления желчного пузыря
-
- 2) ☐ Возникает при наличии камней в желчных протоках
-
- 3) ☐ Причиной развития может служить стриктура Фатерова соска
-
- 4) ☐ Может возникнуть при переходе воспалительной инфильтрации на внепечёночные желчные протоки
-
- 5) ☐ Характерна фебрильная температура с ознобами
-

51. Наиболее частым интраоперационным осложнением экстренной холецистэктомии является повреждение:

- 1) ☒ Внепечёночных желчных протоков
-
- 2) ☐ Общей печёночной артерии
-
- 3) ☐ 12-перстной кишки
-

4) ☐ Поджелудочной железы

5) ☐ Воротной вены

52. Показанием к папиллосфинктеротомии является:

1) ☒ Вклинённый конкремент дистальной части холедоха

2) ☐ Холецистолитиаз

3) ☐ Атония желчного пузыря

4) ☐ Непроходимость вирсунгова протока

5) ☐ Гектическая температура

53. Какое заболевание чаще всего сопровождает острый холецистит:

1) ☒ Острый панкреатит

2) ☐ Спаечная кишечная непроходимость

3) ☐ Правосторонний паранефрит

4) ☐ Правосторонняя плевропневмония

5) ☐ Острый гепатит

54. Противопоказанием к выполнению лапароскопической холецистэктомии является:

1) ☒ Выраженный спаечный процесс в брюшной полости

2) ☐ Пожилой возраст больного

3) ☐ Гангренозный холецистит

4) ☐ Местный перитонит

5) ☐ Избыточный вес больного

Раздел: **2. Острый холецистит 2**

Модуль: **1**

Тема: **2. Острый холецистит**

1. Какие интраоперационные осложнения возможны при холецистэктомии?

- 1) ☒ Ранение печёночной артерии
- 2) ☒ Полное пересечение общего желчного протока
- 3) ☒ Кровотечение из пузырной артерии
- 4) ☒ Пристеночное ранение холедоха
- 5) ☒ Ранение воротной вены

2. Диагноз острого холецистита наиболее достоверен при наличии данных:

- 1) ☒ Лапароскопии
- 2) ☒ Ультразвукового исследования органов брюшной полости
- 3) ☐ Биохимического анализа крови
- 4) ☐ Показателей внутрибрюшного давления
- 5) ☐ Чрескожной чреспечёночной пункции желчных протоков

3. Проведение интраоперационной холангиографии показано в следующих случаях:

- 1) ☐ При наличии мелких камней в желчном пузыре
- 2) ☒ При подозрении на рубцовый стеноз большого дуоденального сосочка
- 3) ☒ При расширении гепатикохоледоха
- 4) ☐ При механической желтухе в анамнезе
- 5) ☒ При механической желтухе в момент операции

4. Экстракорпоральная литотрипсия у больной с желчнокаменной болезнью возможна при наличии:

- 1) ☐ Множества конкрементов в желчном пузыре
- 2) ☒ Двух камней в желчном пузыре диаметром 1,8 см
- 3) ☐ Одиночного камня, занимающего почти весь просвет желчного пузыря
- 4) ☐ Атоничного желчного пузыря и проходимого пузырного проток
- 5) ☒ Сохраненной сократительной функции желчного пузыря

5. У больного клиническая картина механической желтухи. Укажите заболевания, которые могут вызывать этот синдром:

- 1) ☒ ЖКБ, холедохолитиаз, ущемлённый камень большого дуоденального соска
- 2) ☒ Панкреонекроз со сдавлением терминального отдела общего желчного протока
- 3) ☒ ЖКБ, холедохолитиаз , ущемлённый камень терминального отдела холедоха
- 4) ☐ Острый деструктивный холецистит
- 5) ☐ Острый отёчный панкреатит

6. Развитие механической желтухи у больного с желчнокаменной болезнью может быть обусловлено:

- 1) ☒ Холедохолитиазом
- 2) ☒ «Вколоченным» камнем большого дуоденального соска
- 3) ☒ Литиазом печёчных протоков
- 4) ☐ Обтурацией шейки желчного пузыря камнем
- 5) ☐ Образованием внутреннего билиодигестивного свища

7. Дренирование подпечёчного пространства после холецистэктомии производят с целью:

- 1) ☒ Эвакуации выпота из брюшной полости
 - 2) ☒ Контроля за гемостазом в зоне оперативного вмешательства
 - 3) ☐ Декомпрессии желчных протоков
 - 4) ☐ Профилактики послеоперационного холангита
 - 5) ☒ Контроля за желчеистечением из подпечёночного пространства
-

8. Характерными признаками механической желтухи, вызванной обтурацией дистального отдела общего желчного протока, являются:

- 1) ☒ Повышение в крови уровня общего билирубина с преобладанием прямой его фракции
 - 2) ☐ Высокий уровень в крови общего билирубина с преобладанием его непрямой фракции
 - 3) ☒ Высокий уровень щелочной фосфатазы в крови
 - 4) ☒ Умеренное повышение в крови уровня аланиновой и аспарагиновой трансфераз
 - 5) ☐ Характерно с первых дней заболевания резкое повышение в крови уровня аланиновой и аспарагиновой трансфераз
-

9. Какой методы диагностики информативны при механической желтухе:

- 1) ☒ Исследование билирубина и цитолитических ферментов печени
 - 2) ☐ Инфузионная холангиография
 - 3) ☒ Компьютерная томография брюшной полости
 - 4) ☒ Ретроградная холангиопанкреатография
 - 5) ☒ Чрезкожной чрезпечёночная холангиография
-

10. Развитие механической желтухи у больного с желчнокаменной болезнью может быть обусловлено:

- 1) ☒ Холедохолитиазом
-

- 2) ☒ «Вколоченным» камнем большого дуоденального соска
-
- 3) ☒ Литиазом печёночных протоков
-
- 4) ☐ Обтурацией шейки желчного пузыря камнем
-
- 5) ☐ Хронической язвой 12-перстной кишки
-

11. Патогномоничными симптомами острого холецистита являются:

- 1) ☒ Симптом Ортнера
-
- 2) ☒ Симптом Кера
-
- 3) ☐ Симптом Бартомье - Михельсона
-
- 4) ☐ Симптом Кохера
-
- 5) ☐ Симптом Ситковского
-

12. Для гнойного холангита характерно:

- 1) ☒ Лихорадка
-
- 2) ☒ Озноб
-
- 3) ☒ Желтуха
-
- 4) ☐ Жидкий стул
-
- 5) ☐ Многократная рвота
-

13. Для синдрома Миризи характерно:

- 1) ☒ Формирование патологического соустья желчного пузыря с холедохом
-
- 2) ☒ Сморщенный желчный пузырь
-
- 3) ☐ Паренхиматозная желтуха
-

- 4) ☐ Стеноз фатерова соска
-
- 5) ☐ Портальная гипертензия
-

14. Для клинической картины острого гангренозного холецистита характерны следующие симптомы:

- 1) ☒ Уменьшение болей в животе
-
- 2) ☒ Симптом Щеткина - Блюмберга в правом подреберье
-
- 3) ☐ Рвота застойным кишечным содержимым
-
- 4) ☐ Симптом Бартоломье - Михельсона
-
- 5) ☐ Отсутствие печеночной тупости
-

15. Преимущество выполнения холецистэктомии от шейки обусловлено:

- 1) ☒ Созданием условий для бескровного удаления желчного пузыря
-
- 2) ☒ Предотвращением миграции конкрементов из желчного пузыря в холедох
-
- 3) ☐ Возможностью воздержаться от холедохотомии
-
- 4) ☐ Быстротой выполнения операции
-
- 5) ☐ Возможностью воздержаться от интраоперационной холангиографии
-

16. Течение острого холецистита в пожилом и старческом возрасте характеризуется:

- 1) ☒ Стертой клинической картиной с преобладанием признаков интоксикации
-
- 2) ☒ Частым развитием первично-гангренозной формы
-
- 3) ☐ Быстрым купированием болевого синдрома
-
- 4) ☐ Слабой выраженностью симптомов интоксикации
-
- 5) ☐ Отсутствием рвоты
-

17. Показанием к экстренной операции у больных с острым деструктивным холециститом является:

- 1) ☒ Гангренозно-перфоративный холецистит
- 2) ☒ Разлитой перитонит
- 3) ☐ Пожилой и старческий возраст
- 4) ☐ Регрессия симптомов интоксикации
- 5) ☐ Дуоденостаз

18. Для гангренозного холецистита характерны следующие симптомы:

- 1) ☒ Симптом Щёткина-Блюмберга в правом подреберье
- 2) ☒ Тахикардия
- 3) ☒ Уменьшение болей
- 4) ☐ Отсутствие печёночной тупости
- 5) ☐ Симптом Бартомье-Михельсона

19. Диагноз острого холецистита можно поставить на основании:

- 1) ☒ Ультразвукового сканирования желчного пузыря и поджелудочной железы
- 2) ☒ Анамнеза
- 3) ☒ Жалоб больного
- 4) ☐ Инфузионной холангиографии
- 5) ☐ Ретроградной панкреатохолангиографии

20. Преимуществом выполнения холецистэктомии «от шейки» является:

- 1) ☒ Удаётся избежать миграции камней из желчного пузыря в холедох

- 2) ☒ Создаются условия для бескровного удаления желчного пузыря
 - 3) ☒ Прерывается путь поступления гнойной желчи в холедох
 - 4) ☐ Позволяет воздержаться от холедохотомии
 - 5) ☐ Исключает необходимость в интраоперационной холангиографии
-

21. Острый холецистит может развиваться вследствие:

- 1) ☒ Поступления в желчный пузырь инфицированной желчи
 - 2) ☒ Застоя желчи в желчном пузыре
 - 3) ☒ Наличия камней в желчном пузыре
 - 4) ☐ Дуодено-гастрального рефлюкса
 - 5) ☒ Тромбоза пузырной артерии
-

22. В комплекс консервативного лечения острого холецистита необходимо включать:

- 1) ☐ Препараты, стимулирующие моторику 12-перстной кишки
 - 2) ☒ Спазмолитики
 - 3) ☒ Проведение дезинтоксикационной терапии
 - 4) ☐ Назначение наркотических анальгетиков
 - 5) ☐ Противоязвенные препараты
-

23. Во время выполнения холецистэктомии могут возникнуть следующие осложнения:

- 1) ☒ Пристеночное ранение холедоха
 - 2) ☒ Ранение печёночной артерии
 - 3) ☒ Оставление конкрементов в гепатихоледохе
-

- 4) ☒ Кровотечение из пузырной артерии
- 5) ☐ Кровотечение из левой желудочной артерии
-

24. Симптом Щёткина-Блюмберга при остром холецистите указывает на:

- 1) ☒ Перфорацию желчного пузыря
- 2) ☒ Деструкцию стенки желчного пузыря
- 3) ☒ Развитие местного или разлитого перитонита
- 4) ☐ Развитие острого панкреатита
- 5) ☐ Присоединение гнойного холангита
-

25. Течение острого холецистита в пожилом и старческом возрасте характеризуется:

- 1) ☒ Стёртой клинической картиной с преобладанием признаков интоксикации
- 2) ☒ Нередко развивается первично-гангренозная форма
- 3) ☒ Быстрым развитием осложнённых форм
- 4) ☐ Часто abortивным течением с быстрым купированием при консервативном лечении
- 5) ☐ Преобладанием болевого синдрома и слабой выраженностью интоксикации
-

26. При физикальном обследовании больного с острым холециститом можно выявить следующие клинические симптомы

- 1) ☒ Болезненность при пальпации в правом подреберье
- 2) ☒ Симптом «мышечной защиты» в правом подреберье
- 3) ☒ Нередко увеличенный при пальпации желчный пузырь
- 4) ☐ Отсутствие пульсации брюшной аорты в эпигастральной области
-

5) ☐ Снижение или исчезновение «печеночной тупости» при перкуссии

27. Экстренная операция при остром холецистите производится в следующих случаях:

1) ☒ При осложнении заболевания распространённым перитонитом

2) ☒ При перфорации воспалённого желчного пузыря

3) ☒ При деструкции стенки желчного пузыря у больных пожилого и старческого возраста

4) ☒ При отсутствии эффекта от консервативной терапии

5) ☐ При формировании инфильтрата в правом подреберье

28. Какие наиболее вероятные этиологические факторы приводят к развитию острого холецистита?

1) ☒ Проникновение патогенной микрофлоры в желчные пути

2) ☒ Холецистолитиаз

3) ☐ Травма живота

4) ☐ Хроническая язва малой кривизны желудка

5) ☐ Внутривнутрипечёночное расположение желчного пузыря

29. Выполнение холецистэктомии в экстренном порядке показано при:

1) ☐ Остром катаральном холецистите

2) ☒ Наличии признаков распространённого перитонита

3) ☐ Появлении признаков механической желтухи

4) ☒ Первичном гангренозном холецистите

5) ☐ Развитии острого гепатита

30. К радикальным методам лечения острого холецистита относят:

- 1) ☒ Лапароскопическую холецистэктомию
- 2) ☒ Холецистэктомию из мини-доступа
- 3) ☒ Холецистэктомию лапаротомным доступом
- 4) ☐ Лапароскопическую холецистостомию
- 5) ☐ Транскутанное дренирование желчного пузыря

31. Для механической желтухи характерно:

- 1) ☒ Наличие желчнокаменной болезни в анамнезе
- 2) ☒ Выраженный кожный зуд
- 3) ☒ Гипербилирубинемия за счёт прямой фракции
- 4) ☐ Спленомегалия
- 5) ☐ Значительное повышение печёночных ферментов

32. Для гнойного холангита характерно:

- 1) ☒ Гектическая лихорадка с ознобами
- 2) ☒ Болевой синдром в правом подреберье
- 3) ☒ Развитие синдрома желтухи в зависимости от степени обтурации
- 4) ☐ Симптом Щёткина-Блюмберга
- 5) ☐ Возможно самопроизвольное выздоровление

33. Для острого флегмонозного калькулезного холецистита характерно:

- 1) ☒ Лейкоцитоз со сдвигом формулы влево

2) ☒ Тахикардия до 100 ударов в минуту

3) ☒ Положительный симптом Ортнера

4) ☐ Толщина стенки желчного пузыря 2-3 мм по данным УЗИ

5) ☐ Признаки механической желтухи

34. Для острого холецистита характерны симптомы:

1) ☒ Мюсси-Георгиевского

2) ☒ Ортнера

3) ☐ «Шум плеска»

4) ☐ Ровзинга

5) ☐ Кохера-Волковича

35. Для водянки желчного пузыря характерно:

1) ☒ Развивается вследствие обтурации пузырного протока

2) ☒ В желчном пузыре находится слизеподобное содержимое

3) ☒ Возможно длительное латентное существование увеличенного пузыря после приступа желчной колики

4) ☐ Эффективно лечение желчегонными препаратами

5) ☐ Отмечаются признаки билирубинемии

Раздел: **3. Острый панкреатит 1**

Модуль: **1**

Тема: **3. Острый панкреатит**

1. Для острого панкреатита средней степени тяжести характерно:

- 1) ☒ наличие транзиторных признаков полиорганной недостаточности < 48 часов
- 2) ☐ наличие транзиторных признаков полиорганной недостаточности > 48 часов
- 3) ☐ отсутствие признаков полиорганной недостаточности
- 4) ☐ наличие признаков функциональной параретической кишечной непроходимости
- 5) ☐ наличие перитонеального синдрома

2. Для панкреатита тяжелой степени тяжести характерно:

- 1) ☒ наличие транзиторных признаков полиорганной недостаточности > 48 часов
- 2) ☐ наличие транзиторных признаков полиорганной недостаточности < 48 часов
- 3) ☐ наличие признаков функциональной параретической кишечной непроходимости
- 4) ☐ наличие фебрильной лихорадки
- 5) ☐ многократная рвота, не приносящая облегчения

3. Ультразвуковыми признаками острого панкреатита средней степени тяжести являются:

- 1) ☒ инфильтрат, абсцесс, или полоска свободной жидкости вблизи органа
- 2) ☐ инфильтрат
- 3) ☐ вздутие поперечной ободочной кишки
- 4) ☐ увеличение размеров желчного пузыря
- 5) ☐ наличие свободной жидкости в брюшной полости
- 6) ☐ выраженный пневматоз кишечника

4. Одной из наиболее частых причин развития острого панкреатита является:

- 1) ☒ злоупотребление спиртными напитками, и погрешность в диете
- 2) ☐ дислипидемия
- 3) ☐ дискинезия желчных путей
- 4) ☐ гипертриглицеридемия
- 5) ☐ абдоминальная травма

5. Причиной развития деструктивного панкреатита часто является:

- 1) ☒ желчно-каменная болезнь
- 2) ☐ дислипидемия
- 3) ☐ дискинезия желчных путей
- 4) ☐ гипертриглицеридемия
- 5) ☐ абдоминальная травма
- 6) ☐ нейтрофилы, макрофаги, мононуклеарные клетки, интерлейкины 1,6,8

6. Третичными факторами агрессии в патогенезе острого панкреатита являются:

- 1) ☒ нейтрофилы, макрофаги, мононуклеарные клетки, интерлейкины 1,6,8
- 2) ☐ химотрипсин, липаза, трипсин, макрофаги
- 3) ☐ химотрипсин, липаза, трипсин, фосфолипаза A2, эластаза
- 4) ☐ фактор некроза опухоли, фосфолипаза A2, нейтрофилы
- 5) ☐ активация калликреин-брадикининовой системы

7. Острый панкреатит это:

- 1) ☒ асептическое воспаление поджелудочной железы
 - 2) ☐ инфекционное воспаление поджелудочной железы
 - 3) ☐ септическое воспаление поджелудочной железы
 - 4) ☐ аллергическое поражение поджелудочной железы
 - 5) ☐ аутоиммунное воспаление поджелудочной железы
-

8. Для ранней фазы острого панкреатита средней или тяжелой степени тяжести характерно:

- 1) ☒ формирование очагов некроза и развитие эндотоксикоза
 - 2) ☐ секвестрация очагов некроза в поджелудочной железе
 - 3) ☐ асептическая секвестрация очагов некроза
 - 4) ☐ септическая секвестрация очагов некроза
 - 5) ☐ формирование постнекротической кисты
-

9. Вторичными факторами агрессии в патогенезе острого панкреатита являются:

- 1) ☒ брадикинин, гистамин, серотонин
 - 2) ☐ нейтрофилы, макрофаги, мононуклеарные клетки, интерлейкины 1,6,8
 - 3) ☐ цитокины, ферменты, транслокация кишечной флоры
 - 4) ☐ химотрипсин, липаза, трипсин, макрофаги
 - 5) ☐ фактор некроза опухоли, фосфолипаза A2, нейтрофилы
-

10. Для поздней фазы развития острого панкреатита средней или тяжелой степени тяжести характерно:

- 1) ☒ асептическая секвестрация очагов некроза
 - 2) ☐ формирование очагов некроза
-

- 3) ☐ наличие инфильтрата вблизи органа
-
- 4) ☐ наличие свободной жидкости в брюшной полости
-
- 5) ☐ наличие жидкости в сальниковой сумке
-

11. С целью выявления деструкции паренхимы поджелудочной железы при остром панкреатите показано выполнение следующего инструментального метода:

- 1) ☒ компьютерной томографии брюшной полости с контрастированием
-
- 2) ☐ компьютерной томографии брюшной полости без контрастирования
-
- 3) ☐ лапароскопии
-
- 4) ☐ магнитно-резонансной томографии брюшной полости
-
- 5) ☐ ультразвуковое исследование брюшной полости
-

12. Ультразвуковым признаком билиарного панкреатита является:

- 1) ☒ расширение внепеченочных желчных путей, конкременты в желчном пузыре или гепатикохоledoхе
-
- 2) ☐ расширение воротной вены
-
- 3) ☐ деформация желчного пузыря
-
- 4) ☐ увеличение размеров поджелудочной железы
-
- 5) ☐ увеличение размеров желчного пузыря
-

13. С целью выявления, либо исключения очагов некроза в поджелудочной железе следует выполнить:

- 1) ☒ КТ с внутривенным контрастированием
-
- 2) ☐ лапароскопию
-
- 3) ☐ УЗИ органов брюшной полости
-

4) ☐ Гастроскопию

5) ☐ РПХГ

14. Эндоскопическим признаком панкреатита билиарного генеза является:

1) ☒ отсутствие поступления желчи в 12ую кишку во время исследования и выявление фиксированного конкремента в фатеровом соске

2) ☐ симптом «манной крупы» на стенке 12ой кишки

3) ☐ признаки компрессии 12 ой кишки извне

4) ☐ выбухание БДС при его осмотре во время дуоденоскопии

5) ☐ наличие дивертикула в области фатерова соска

15. Признаком инфицирования очагов деструкции поджелудочной железы является:

1) ☒ выявление пузырьков воздуха в зоне деструкции паренхимы поджелудочной железы при компьютерной томографии

2) ☐ наличие лейкоцитоза

3) ☐ появление лихорадки у пациента

4) ☐ наличие признаков полиорганной недостаточности

5) ☐ повышение СОЭ

16. Основанием для установки факта инфицирования панкреонекроза является:

1) ☒ положительный бак посев при тонкоигольной аспирационной биопсии

2) ☐ появление лихорадки

3) ☐ нарастание уровня лейкоцитов в крови

4) ☐ прогрессирующий эндотоксикоз

- 5) ☐ сохранение признаков полиорганной недостаточности, несмотря на проведение консервативной терапии
-

17. Основным методом лечения больных с острым панкреатитом является:

- 1) ☒ консервативная терапия
- 2) ☐ хирургическое лечение
- 3) ☐ диетотерапия
- 4) ☐ физиотерапия
- 5) ☐ антибактериальная терапия
-

18. Хирургическая операция при остром панкреатите в ранней фазе заболевания показана:

- 1) ☒ при наличии перитонеального синдрома
- 2) ☐ при выраженном болевом синдроме в эпигастрии
- 3) ☐ при раннем формировании очагов некроза в поджелудочной железе
- 4) ☐ отсутствие эффекта от проведенной консервативной терапии
- 5) ☐ при наличии свободной жидкости в брюшной полости
-

19. При выявлении абсцесса в поджелудочной железе следует прибегнуть к:

- 1) ☒ миниинвазивному вмешательству (пункции и дренированию абсцесса под УЗИ контролем)
- 2) ☐ лапароскопической операции
- 3) ☐ проведению антибактериальной терапии
- 4) ☐ лапаротомии, дренирование абсцесса
- 5) ☐ динамическому наблюдению
-

20. Механизмом инфицирования очагов некроза в поджелудочной железе является:

- 1) ☒ транслокация кишечной флоры в зону некроза
- 2) ☐ ранее энтеральное питание
- 3) ☐ поздняя антибактериальная терапия
- 4) ☐ неадекватная антибактериальная терапия
- 5) ☐ снижение иммунитета у больного

21. Клиническими признаками инфицирования острого деструктивного панкреатита являются:

- 1) ☒ нарастание явлений полиорганной недостаточности, лихорадка, повышение уровня лейкоцитов в крови на 3-й неделе заболевания
- 2) ☐ наличие тяжелого пареза кишечника
- 3) ☐ уменьшение явлений полиорганной недостаточности
- 4) ☐ гипотония
- 5) ☐ олигоанурия

22. Для острого панкреатита легкой степени тяжести характерно:

- 1) ☒ увеличение размеров поджелудочной железы, гипермилаземия
- 2) ☐ наличие свободной жидкости в брюшной полости и увеличение размеров поджелудочной железы
- 3) ☐ увеличение размеров поджелудочной железы, наличие транзиторных признаков полиорганной недостаточности
- 4) ☐ наличие очагов некроза в поджелудочной железе
- 5) ☐ увеличение размеров поджелудочной железы, наличие инфильтрата, свободной жидкости

23. У больного, перенесшего полгода назад панкреонекроз, появилось опухолевидное образование в

эпигастрии и левом подреберье, плотное, малоблезненное, 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?

- 1) ☒ Псевдокиста поджелудочной железы
- 2) ☐ Опухоль поджелудочной железы
- 3) ☐ Панкреатогенный абсцесс
- 4) ☐ Опухоль желудка
- 5) ☐ Опухоль поперечной ободочной кишки

24. Для клинической картины панкреонекроза не характерен следующий признак:

- 1) ☒ Схваткообразные боли в животе
- 2) ☐ Опоясывающие боли в животе
- 3) ☐ Многократная рвота
- 4) ☐ Коллапс
- 5) ☐ Тахикардия

25. Осложнениями панкреонекроза может быть все ниже перечисленное, кроме:

- 1) ☒ Холедохолитиаз
- 2) ☐ Псевдокисты поджелудочной железы
- 3) ☐ Механической желтухи
- 4) ☐ Некротических скоплений сальниковой сумки
- 5) ☐ Перитонита

26. У больной 65 лет, страдающей желчнокаменной болезнью, 1 сутки назад, после погрешности в диете появились опоясывающие боли в верхних отделах живота, многократная 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?

- 1) ☒ Острый панкреатит
- 2) ☐ Острая тонкокишечная непроходимость
- 3) ☐ Деструктивный холецистит
- 4) ☐ Перфоративная язва желудка, перитонит
- 5) ☐ Инфаркт кишечника

27. Осложнениями острого панкреатита может быть все нижеперечисленное, кроме:

- 1) ☒ Мезентериального тромбоза, инфаркта кишечника
- 2) ☐ Печеночно-почечной недостаточности
- 3) ☐ Псевдокисты поджелудочной железы
- 4) ☐ Перитонита
- 5) ☐ 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.

- 1) ☒ Инфицированное некротическое скопление сальниковой сумки (панкреатогенный абсцесс)
- 2) ☐ Холангит
- 3) ☐ Экссудативный плеврит

4) ☐ Псевдокиста поджелудочной железы

5) ☐ Абсцесс печени

29. При панкреонекрозе применяются все операции, кроме:

1) ☒ Панкреатодуоденальной резекции

2) ☐ Дренажирования жидкостных скоплений под УЗИ контролем

3) ☐ Оментобурсостомии

4) ☐ Некресекестрэктомии

5) ☐ Транслюминарного дренирования жидкостных скоплений

30. К морфологическим формам острого панкреатита относятся все нижеперечисленные, кроме:

1) ☒ Псевдотуморозного панкреатита

2) ☐ Отечного панкреатита

3) ☐ Жирового панкреонекроза

4) ☐ Геморрагического панкреонекроза

5) ☐ Смешанного панкреонекроза

31. К осложнениям острого панкреатита относится все перечисленное, кроме:

1) ☒ Липоматоза поджелудочной железы

2) ☐ Наружного панкреатического свища

3) ☐ Эрозивного кровотечения

4) ☐ Перитонита

5) ☐ 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?

- 1) ☒ Острый панкреатит
- 2) ☐ Кишечная непроходимость с развитием некроза кишки
- 3) ☐ Деструктивный холецистит с печеночно-почечной недостаточностью
- 4) ☐ Перфоративная дуоденальная язва, печеночная недостаточность
- 5) ☐ Мезентереальный тромбоз

33. Показанием к операции при панкреонекрозе является:

- 1) ☒ Панкреатогенный перитонит
- 2) ☐ Панкреатогенный шок
- 3) ☐ Уровень гипермилаземии свыше 2000 ед/л
- 4) ☐ Наличие пареза кишечника
- 5) ☐ 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?

- 1) ☒ Показана санационная лапароскопия, дренирование брюшной, консервативная терапия
- 2) ☐ Показана лапаротомия, некрэктомия, дренирование сальниковой сумки и брюшной полости
- 3) ☐ Показана лапаротомия, некрэктомия, тампонада сальниковой сумки и дренирование брюшной полости
- 4) ☐ Показана резекция хвоста поджелудочной железы, дренирование сальниковой сумки и брюшной полости
- 5) ☐ Следует отказаться от хирургического вмешательства, проводить консервативную терапию

35. Эталонным методом в оценке тяжести и распространенности изменений в забрюшинном пространстве при панкреонекрозе является:

- 1) ☒ КТ брюшной полости с в/в болюсным усилением
- 2) ☐ Видеолапароскопия
- 3) ☐ УЗИ органов брюшной полости
- 4) ☐ ЭНДО-УЗИ
- 5) ☐ 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?

- 1) ☒ Панкреонекроз, панкреатогенный перитонит
- 2) ☐ Туберкулезный перитонит
- 3) ☐ Болезнь Крона
- 4) ☐ Мезентериальный тромбоз
- 5) ☐ Липоматоз поджелудочной железы

37. Наиболее часто инфицирование панкреонекроза происходит у пациентов в следующие сроки:

- 1) ☒ Через 2-3 недели от начала заболевания
- 2) ☐ В первую неделю от начала заболевания
- 3) ☐ Через 1 месяц от начала заболевания
- 4) ☐ Через 2 месяца от начала заболевания
- 5) ☐ Вероятность инфицирования не зависит от сроков заболевания

38. К обязательным методам лечения стерильного панкреонекроза в первую неделю заболевания относится все, кроме:

- 1) ☒ Антибиотикопрофилактики
- 2) ☐ Гипосекреторной терапии
- 3) ☐ Инфузионной терапии
- 4) ☐ Голода
- 5) ☐ 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?

- 1) ☒ Инфицированное отграниченное некротическое скопление сальниковой сумки (панкреатогенный абсцесс)
- 2) ☐ Псевдокиста поджелудочной железы
- 3) ☐ Парапанкреатический инфильтрат
- 4) ☐ Желудочно-толстокишечный свищ
- 5) ☐ Передний паранефрит

40. К триаде Мондора при остром панкреатите относятся:

- 1) ☒ Боль в верхних отделах живота, рвота, метеоризм
- 2) ☐ Гектическая лихорадка, боли в животе, высыпания на коже
- 3) ☐ Пятна на боковых поверхностях туловища, боли в животе, метеоризм
- 4) ☐ Боли в животе, отсутствие стула, каллекреиновое лицо
- 5) ☐ Каллекреиновое лицо, пятна на боковых поверхностях туловища, метеоризм

41. Симптом Воскресенского при остром панкреатите - это:

- 1) ☒ Отсутствие пульсации брюшного отдела аорты при пальпации в эпигастрии
- 2) ☐ Цианоз в виде фиолетовых пятен на боковых поверхностях живота
- 3) ☐ Болезненная резистентность передней брюшной стенки в проекции поджелудочной железы
- 4) ☐ Ослабление или отсутствие кишечных шумов при аускультации
- 5) ☐ Выраженная болезненность при пальпации левого реберно-позвоночного угла в поясничной области

42. Симптом Грея-Тернера при остром панкреатите - это:

- 1) ☒ Цианоз в виде фиолетовых пятен на боковых поверхностях живота
- 2) ☐ Ослабление или отсутствие кишечных шумов при аускультации
- 3) ☐ Появление парестезий при поверхностной пальпации в эпигастрии
- 4) ☐ Рвота, не приносящая облегчения
- 5) ☐ 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:

- 1) ☒ Пункция и дренирование жидкостных скоплений под УЗИ контролем
- 2) ☐ Люмботомия, некрэктомия, вскрытие жидкостных скоплений
- 3) ☐ Лапаротомия, абдоминализация поджелудочной железы, некрэктомия, вскрытие жидкостных скоплений
- 4) ☐ Видеолапароскопия, некрэктомия, вскрытие жидкостных скоплений
- 5) ☐ Продолжение консервативного лечения

44. Высокая летальность у пациентов с тяжелыми формами панкреонекроза в I фазу заболевания

обусловлена развитием:

-
- 1) ☒ Асептического панкреатогенного шока
-
- 2) ☐ Инфекционно-токсического шока
-
- 3) ☐ Перитонита
-
- 4) ☐ Острой почечной недостаточности
-
- 5) ☐ Острых жидкостных скоплений в забрюшинном пространстве
-

Раздел: **3. Острый панкреатит 2**

Модуль: **1**

Тема: **3. Острый панкреатит**

1. Основными принципами лечения тяжелых форм острого панкреатита являются:

- 1) ☒ Отказ от ранних хирургических вмешательств
- 2) ☒ Использованием по показаниям минимально инвазивных хирургических вмешательств
- 3) ☒ Проведение патогенетически обоснованной консервативной терапии
- 4) ☐ Выполнение некрсеквестрэктомий в кратчайшие сроки от начала заболевания
- 5) ☐ Использование традиционных широких лапаротомных доступов для лучшей санации забрюшинного пространства

2. Основными тремя критериями для установления диагноза острого панкреатита являются:

- 1) ☒ Типичная клиническая картина
- 2) ☒ Характерные данные УЗИ
- 3) ☒ Гиперамилаземия или гиперлипаземия, превышающая норму минимум в 3 раза
- 4) ☐ Тонкокишечные уровни по данным обзорной рентгенографии брюшной полости
- 5) ☐ Лейкоцитоз свыше $15 \times 10^9/\text{л}$

3. Среди причин развития острого панкреатита 80% приходится на долю двух этиологических факторов:

- 1) ☒ Билиарная патология
- 2) ☒ Токсическое поражение
- 3) ☐ Травма поджелудочной железы
- 4) ☐ Аутоимунные заболевания
- 5) ☐ Генетические заболевания

4. При стерильном панкреонекрозе могут наблюдаться следующие клинические признаки:

- 1) ☒ Частая рвота желудочным содержимым
- 2) ☒ Амелаземия
- 3) ☒ Симптом Грея-Тернера
- 4) ☐ Гектическая лихорадка
- 5) ☐ Симптом Ортнера

5. Основными признаками, подтверждающими инфицирование при панкреонекрозе, являются:

- 1) ☒ Выявление пузырьков газа в забрюшинном пространстве по данным КТ
- 2) ☒ Положительный результат тонкоигльной аспирационной биопсии зон некроза
- 3) ☐ Пальпируемый инфильтрат в эпигастральной области
- 4) ☐ Выявление жидкостных скоплений в забрюшинном пространстве по данным УЗИ
- 5) ☐ Выявление участков стеатонекроза на брюшине по данным лапароскопии

6. К осложнениям панкреонекроза относятся:

- 1) ☒ Перитонит
- 2) ☒ Псевдокисты поджелудочной железы
- 3) ☒ Механическая желтуха
- 4) ☐ Липоматоз поджелудочной железы
- 5) ☐ Холедохолитиаз

7. К лечебным мероприятиям, применяемым при раннем лечении стерильных форм тяжелого панкреонекроза, относятся:

- 1) ☒ Инфузионная терапия
 - 2) ☒ Гемодиализ
 - 3) ☒ Анальгетическая терапия
 - 4) ☐ Терапия стероидными гормонами
 - 5) ☐ Применение антибиотиков широкого спектра действия
-

8. Для отграниченного инфицированного некротического скопления (панкреатогенного абсцесса) характерны следующие клинические признаки:

- 1) ☒ Гектическая лихорадка
 - 2) ☒ Пальпируемый инфильтрат в верхних отделах живота
 - 3) ☒ Формирование на 3-й неделе заболевания
 - 4) ☐ Гиперамилаземия
 - 5) ☐ Положительный симптом Мейо-Робсона
-

9. Синдром желтухи при панкреонекрозе может быть обусловлен следующими причинами:

- 1) ☒ Сдавлением терминального отдела холедоха увеличенной головкой поджелудочной железы
 - 2) ☒ Печено-клеточной недостаточностью
 - 3) ☒ Ущемленным камнем Фатерова сосочка
 - 4) ☐ Развитием ферментативного холецистита
 - 5) ☐ Гиперферментемией
-

10. Укажите признаки панкреонекроза, выявляемые в первые несколько суток от начала заболевания при выполнении диагностической лапароскопии?

- 1) ☒ Геморрагический выпот
-

- 2) ☒ Пятна стеатонекроза на брюшине
 - 3) ☒ Выбухание желудочно-ободочной связки
 - 4) ☐ Кровь в брюшной полости
 - 5) ☐ Гнойный экссудат
-

11. При отечном панкреатите могут наблюдаться следующие клинические признаки:

- 1) ☒ Рвота желудочным содержимым
 - 2) ☒ Симптом Мэйо-Робсона
 - 3) ☒ Гиперамилаземия
 - 4) ☐ Пальпируемый инфильтрат в эпигастральной области
 - 5) ☐ Анурия
-

12. Назовите наиболее вероятные причины смерти больных с панкреонекрозом через 3 недели от начала заболевания:

- 1) ☒ Гнойно-септические осложнения
 - 2) ☒ Аррозивное кровотечение
 - 3) ☐ Гипогликемическая кома
 - 4) ☐ Панкреатогенный шок
 - 5) ☐ Парез кишечника
-

13. В диагностике острого панкреатита используются следующие методы:

- 1) ☒ Компьютерная томография органов брюшной полости
 - 2) ☒ УЗИ органов брюшной полости
-

3) ☐ Рентгенография желудка

4) ☐ Портоспленогграфия

5) ☐ Внутривенная хала ангиография

14. При панкреонекрозе применяют следующие вмешательства:

1) ☒ Дренирующие вмешательства под контролем УЗИ

2) ☒ Транслуминарные дренирующие вмешательства

3) ☒ Некрэквестрэктомии

4) ☐ Панкреатодуоденальная резекция

5) ☐ Продольная панкреатико-еюностомия

15. При остром панкреатите наблюдаются следующие изменения в анализах крови:

1) ☒ Гипермелаземия

2) ☒ Гипергликемия

3) ☒ Гипокальциемия

4) ☐ Гиперкальциемия

5) ☐ Гипотриглицеридемия

16. При отечной форме острого панкреатита могут наблюдаться:

1) ☒ Повторная рвота

2) ☒ Симптом Мэйо-Робсона

3) ☐ Симптом Щеткина-Блюмберга

4) ☐ Притупление в отлогих местах живота

5) ☐ Коллапс

17. Характерными осложнениями тотального панкреонекроза в острую фазу заболевания являются:

1) ☒ Полиорганная недостаточность

2) ☒ Панкреатогенный шок

3) ☒ Панкреатогенный перитонит

4) ☐ Ложная киста поджелудочной железы

5) ☐ Кишечные свищи

18. Показанием к хирургическим вмешательствам при стерильном панкреонекрозе в I фазу заболевания являются:

1) ☒ Панкреатогенный перитонит

2) ☒ Ущемленный камень большого дуоденального сосочка

3) ☐ Панкреатогенный шок

4) ☐ Полиорганная недостаточность

5) ☐ Паренхиматозная желтуха

19. Вероятность развития инфицированных форм панкреонекроза зависит от следующих факторов:

1) ☒ Обширность некротического поражения поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки

2) ☒ Длительность заболевания

3) ☐ Наличие гипергликемии

4) ☐ Возраст больного

5) ☐ Наличие гипермилаземии

20. Основными направлениями патогенетической терапии острого панкреатита являются:

- 1) ☒ Ликвидация гиповолемии
- 2) ☒ Методы экстракорпоральной детоксикации
- 3) ☒ Адекватная аналгезия
- 4) ☐ Антибиотикотерапия
- 5) ☐ Максимально длительный отказ от энтерального питания

21. Для панкреатита легкой степени тяжести характерно:

- 1) ☒ развитие отечного (интерстициального) панкреатита
- 2) ☒ отсутствие местных проявлений воспаления (инфильтрата, эксудата, некроза)
- 3) ☐ формирование очагов некроза
- 4) ☐ транзиторные явления полиорганной недостаточности < 48
- 5) ☐ наличие постнекротической кисты

22. Лапароскопическими признаками острого панкреатита являются:

- 1) ☒ отек брыжейки поперечноободочной кишки, участки стеатонекроза
- 2) ☒ геморрагический выпот в брюшной полости
- 3) ☐ увеличение лимфатических узлов корня брыжейки тонкого кишечника
- 4) ☐ парез тонкого кишечника, наложение фибрина на стенке 12-ти перстной кишки
- 5) ☐ увеличение размеров желчного пузыря, наложение фибрина на его стенке.

23. Наиболее информативными ранними лабораторными тестами в диагностике острого панкреатита являются:

- 1) ☒ повышение уровня панкреатической амилазы
 - 2) ☒ повышение уровня липазы в крови
 - 3) ☐ повышение уровня глюкозы мочи
 - 4) ☐ лейкоцитоз более $14 \times 10^9/\text{л}$
 - 5) ☐ повышение уровня трансаминаз крови
-

24. Пациенты с острым панкреатитом тяжелой степени тяжести должны госпитализироваться в:

- 1) ☒ отделение реанимации
 - 2) ☒ палате интенсивной терапии
 - 3) ☐ хирургическое отделение
 - 4) ☐ терапевтическое отделение
 - 5) ☐ сразу должны поддаваться в операционную
-

25. Профилактикой инфицирования очагов некроза при остром панкреатите является:

- 1) ☒ раннее энтеральное питание
 - 2) ☒ борьба с парезом кишечника
 - 3) ☒ проведение антибактериальной терапии
 - 4) ☐ проведение кишечного лаважа
 - 5) ☐ проведение плазмафереза
-

26. Антибактериальная терапия при остром панкреатите показана:

- 1) ☒ при положительном бак посеве в отделяемом полученном при тонкоигльной аспирации из зон некроза поджелудочной железы
-

2) ☒ при выявление парапанкреатического инфильтрата

3) ☐ при нарастание уровня лейкоцитов в крови

4) ☐ при лихорадке больного

5) ☐ с профилактической целью

Раздел: **4. Острая кишечная непроходимость 1**
Модуль: **1**
Тема: **4. Острая кишечная непроходимость**

1. Рентгенологическим признаком кишечной непроходимости является:

- 1) ☒ Чаши Клойбера
- 2) ☐ Симптом Валя
- 3) ☐ Симптом Грекова
- 4) ☐ Симптом Цеге-Мантейфеля
- 5) ☐ Наличие газа под правым куполом диафрагмы

2. Показанием к операции по поводу острой кишечной непроходимости является все, кроме

- 1) ☒ Сохраненного пассажа контраста по кишке
- 2) ☐ Перитонита
- 3) ☐ Нарушение пассажа контраста по кишке
- 4) ☐ Инвагинации
- 5) ☐ Ущемление

3. Предрасполагающими факторами механической кишечной непроходимости являются все, кроме

- 1) ☒ Хронический колит
- 2) ☐ Спаечного процесса в брюшной полости
- 3) ☐ Грыжи передней брюшной стенки
- 4) ☐ Долихосигмы
- 5) ☐ Подвижная слепая кишки

4. При толстокишечной непроходимости, обусловленной заворотом сигмовидной кишки с ее некрозом наиболее оправданной операцией будет:

- 1) ☒ Обструктивная резекция сигмовидной кишки с формированием одноствольной колостомы
- 2) ☐ Резекция сигмовидной кишки с анастомозом «конец-в конец»
- 3) ☐ Деторсия кишки и мезосигмопликация по Гаген-Торну
- 4) ☐ Деторсия кишки и сигмопексия
- 5) ☐ Деторсия кишки и илиостомия

5. У больного 52 лет, страдающего раком слепой кишки, осложненным кишечной непроходимостью целесообразно произвести операцию:

- 1) ☒ Правостороннюю гемиколэктомию с наложением илиотрансверзоанастомоза
- 2) ☐ Трансверзостомию
- 3) ☐ Левостороннюю гемиколэктомию
- 4) ☐ Операцию Гартмана
- 5) ☐ Одноствольную илеостомию

6. Кровоснабжение в стенке кишки может сохраняться в течение нескольких суток при:

- 1) ☒ Обтурации
- 2) ☐ Инвагинации
- 3) ☐ Завороте
- 4) ☐ Узлообразовании
- 5) ☐ 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?

- 1) ☒ Резекция сигмовидной кишки, одноствольная колостомия
- 2) ☐ Двухствольная сигмостомия
- 3) ☐ Резекция сигмовидной кишки с анастомозом «бок-в бок»
- 4) ☐ Резекция сигмовидной кишки с анастомозом «конец-в конец»
- 5) ☐ Тотальная колэктомия, илиоректоанастомоз

8. Для дифференциальной диагностики острой кишечной непроходимости от прободной язвы желудка в первую очередь следует использовать:

- 1) ☒ Обзорную рентгенографию брюшной полости
- 2) ☐ Пневмогастрографию
- 3) ☐ Гастроскопию
- 4) ☐ УЗИ органов брюшной полости
- 5) ☐ 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?

- 1) ☒ Заворот сигмовидной кишки
- 2) ☐ Илиоцекальная инвагинация
- 3) ☐ Заворот тонкой кишки
- 4) ☐ Обтурация опухолью восходящей ободочной кишки
- 5) ☐ Обтурация подвздошной кишки желчным камнем

10. В большинстве случаев, толстокишечная непроходимость обусловлена

- 1) ☒ Опухолью толстой кишки
- 2) ☐ Спайками в брюшной полости
- 3) ☐ Пупочной грыжей
- 4) ☐ Дивертикулитом
- 5) ☐ Синдромом Меллори-Вейса

11. Чаще всего завороту подвержены:

- 1) ☒ Сигмовидная кишка
- 2) ☐ 12-ти перстная кишки
- 3) ☐ Слепая кишка
- 4) ☐ Большой сальник
- 5) ☐ Желудок

12. Инвагинация чаще всего встречается в:

- 1) ☒ Илиоцекальном переходе
- 2) ☐ Нисходящей ободочной кишке
- 3) ☐ 12-ти перстной кишке
- 4) ☐ Сигмовидной кишке
- 5) ☐ Пилорoduоденальной зоне

13. «Шум плеска» при острой кишечной непроходимости объясняется

- 1) ☒ Скоплением жидкости и газа в приводящих петлях кишечника

- 2) ☐ Скоплением жидкости и газа в отводящих петлях кишечника
-
- 3) ☐ Скоплением газа в желудке
-
- 4) ☐ Скоплением жидкости в брюшной полости
-
- 5) ☐ Усиленной перистальтикой кишечника
-

14. При подготовке больного с механической кишечной непроходимостью к операции противопоказано одно из перечисленных мероприятий

- 1) ☒ Стимуляция кишечника
-
- 2) ☐ Очистительная клизма
-
- 3) ☐ Желудочный зонд
-
- 4) ☐ Установка мочевого катетера
-
- 5) ☐ Введение спазмолитиков
-

15. Заворот тонкой кишки относится к одному из следующих видов кишечной непроходимости

- 1) ☒ Странгуляционная
-
- 2) ☐ Обтурационная
-
- 3) ☐ Смешанная
-
- 4) ☐ Паралитическая
-
- 5) ☐ Спастическая
-

16. При каком виде непроходимости явления дегидратации развиваются наиболее быстро?

- 1) ☒ Завороте тонкой кишки
-
- 2) ☐ Завороте сигмовидной кишки
-

3) ☐ Обтурационной толстокишечной непроходимости

4) ☐ Парезе кишечника

5) ☐ Спастической непроходимости

17. Причиной непроходимости ободочной кишки обтурационного характера чаще всего является:

1) ☒ Злокачественная опухоль

2) ☐ Инородное тело

3) ☐ Желчный камень

4) ☐ Спаечный процесс

5) ☐ Гельминты

18. Для заворота тонкой кишки характерно всё, кроме:

1) ☒ Симптома Цеге-Мантейфеля

2) ☐ Асимметрии живота

3) ☐ «Шума плеска»

4) ☐ Многократной рвоты

5) ☐ Сильных болей в животе

19. Наиболее информативным методом ранней диагностики острой тонкокишечной непроходимости является один из следующих:

1) ☒ Обзорная рентгеноскопия брюшной полости

2) ☐ Лапароскопия

3) ☐ Ирригоскопия

4) ☐ УЗИ брюшной полости

5) ☐ Колоноскопия

20. 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 мезогастрии пальпируется плотноэластическое образование, округлой формы. На высоте схваткообразных болей выслушивается усиленная, резонирующая перистальтика. Определяется «шум плеска».

1) ☒ Заворот тонкой кишки, острая странгуляционная кишечная непроходимость

2) ☐ Опухоль нисходящей ободочной кишки, острая obturationalная кишечная непроходимость

3) ☐ Разрыв аневризмы брюшного отдела аорты

4) ☐ Гангренозный холецистит, возможно, с перфорацией

5) ☐ Геморрагический панкреонекроз

21. Появление симптома «шума плеска» при острой кишечной непроходимости объясняется:

1) ☒ Скоплением жидкости и газа в приводящей петле кишечника

2) ☐ Появлением выпота в брюшной полости

3) ☐ Скоплением жидкости и газа в отводящей петле кишечника

4) ☐ Наличием свободного газа в брюшной полости

5) ☐ 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:

- 1) ☒ Необходимо выполнить резекцию тонкой кишки с наложением анастомоза, назоинтестинальную интубацию
 - 2) ☐ Следует ограничиться назоинтестинальной интубацией и лапаростомией
 - 3) ☐ Целесообразно наложить илеотрансверзоанастомоз «бок в бок»
 - 4) ☐ Операцию следует закончить лапаростомией, от резекции кишки воздержаться
-

23. Заворот тонкой кишки относится к одному из следующих видов кишечной непроходимости:

- 1) ☒ Странгуляционная
 - 2) ☐ Обтурационная
 - 3) ☐ Смешанная
 - 4) ☐ Спастическая
 - 5) ☐ Идиопатическая
-

24. Ретроградное ущемление тонкой кишки относится к одной из нижеперечисленных форм кишечной непроходимости:

- 1) ☒ Странгуляционная
 - 2) ☐ Спастическая
 - 3) ☐ Обтурационная
 - 4) ☐ Инвагинация
 - 5) ☐ 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:

- 1) ☒ Правостороннюю гемиколэктомию с наложением илеотрансверзоанастомоза
-

- 2) ☐ Цекостомию
- 3) ☐ Резекцию слепой кишки и восходящей ободочной кишки, илеостомию
- 4) ☐ Операцию Гартмана
- 5) ☐ 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?

- 1) ☒ Заворот сигмовидной кишки
- 2) ☐ Илеоцекальная инвагинация
- 3) ☐ Обтурация опухолью восходящей ободочной кишки
- 4) ☐ Заворот тонкой кишки
- 5) ☐ Внутреннее ущемление подвздошной кишки

27. При обтурационной толстокишечной непроходимости наиболее оправдана следующая лечебная тактика:

- 1) ☒ Проведение в течение 2-3 часов консервативных мероприятий, направленных на разрешение непроходимости; при отсутствии эффекта от них – срочная операция.
- 2) ☐ Выполнение экстренного оперативного вмешательства, что позволяет предотвратить некроз и перфорацию кишки
- 3) ☐ Выполнение операции через 48-72 часа после обследования и установления причины кишечной непроходимости
- 4) ☐ Наложение двуствольной колостомы или энтеростомы через 24 часа, после получения результатов общеклинического обследования
- 5) ☐ 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?

- 1) ☒ Острая кишечная непроходимость, возможно, обтурационного характера
- 2) ☐ Панкреонекроз, динамическая кишечная непроходимость
- 3) ☐ Ущемлённый камень дуоденального сосочка, осложнённый острым панкреатитом и парезом кишечника
- 4) ☐ Перфоративная язва 12-перстной кишки с явлениями динамической кишечной непроходимости
- 5) ☐ Эмболия верхней брыжеечной артерии, инфаркт кишечника

29. 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». Выберите лечебную тактику в изложенной выше ситуации:

- 1) ☒ Экстренное оперативное вмешательство
- 2) ☐ Только консервативное лечение
- 3) ☐ Хирургическое лечение при неэффективности консервативных мероприятий, проводимых в течение 24-48 часов
- 4) ☐ Лапароскопическое дренирование брюшной полости
- 5) ☐ Регионарная инфузия спазмолитиков в чревную артерию

30. 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?

- 1) ☒ Правостороннюю гемиколэктомию с наложением илеотрансверзоанастомоза
- 2) ☐ Правостороннюю гемиколэктомию, илеостомию (без наложения илеотрансверзоанастомоза)
- 3) ☐ Наложение илеостомы

4) ☒ Наложение цекстомы

5) ☐ Операцию Гартмана

31. Больная 77 лет, перенёсшая 3 недели назад инфаркт миокарда, после которого сохраняются признаки недостаточности кровообращения, поступила в хирургическое отделение с субкомпенсированной острой обтурационной 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?

1) ☒ Эндоскопическое стентирование опухоли

2) ☐ Резекция сигмовидной кишки с наложением кишечного анастомоза

3) ☐ Операция Гартмана

4) ☐ Двустольная сигмостомия

5) ☐ Илиостомия

32. При каком виде кишечной непроходимости могут наблюдаться кровянистые выделения из прямой кишки?

1) ☒ Инвагинация

2) ☐ Спастическая

3) ☐ Паралитическая

4) ☐ Спаечная

5) ☐ Заворот тонкой кишки

33. Дегидратация организма наиболее быстро развивается при:

1) ☒ Завороте тонкой кишки

2) ☐ Завороте сигмовидной кишки

- 3) ☐ Опухоли прямой кишки с явлениями кишечной непроходимости
 - 4) ☐ Обтурационной толстокишечной непроходимости
 - 5) ☐ 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:

- 1) ☒ Операция Гартмана
 - 2) ☐ Резекция сигмовидной кишки с наложением кишечного анастомоза
 - 3) ☐ Гастростомия
 - 4) ☐ Двустольная еюностомия
 - 5) ☐ Одноствольная еюностомия
-

35. Звучные перистальтические шумы в раннем периоде заболевания характерны для:

- 1) ☒ Механической кишечной непроходимости
 - 2) ☐ Паралитической кишечной непроходимости
 - 3) ☐ Перфоративной язвы желудка
 - 4) ☐ Гангренозного холецистита
 - 5) ☐ Тромбоза мезентериальных вен
-

36. С помощью какого метода можно установить странгуляционный характер острой кишечной непроходимости?

- 1) ☒ Мультиспиральная КТ с внутривенным контрастным усилением
 - 2) ☐ Обзорная рентгеноскопия брюшной полости
 - 3) ☐ Интестиноскопия
-

4) ☐ Динамическое рентгеновское исследование с рентгеноконтрастным препаратом для определения его пассажа по ЖКТ

5) ☐ Ирригоскопия

Раздел: **4. Острая кишечная непроходимость 2**

Модуль: **1**

Тема: **4. Острая кишечная непроходимость**

1. Показаниями к экстренному оперативному вмешательству при острой обтурационной толстокишечной непроходимости являются:

- 1) ☒ Неэффективность консервативной терапии в течении 3-4 часов
- 2) ☒ Появление положительного симптома Щёткина-Блюмберга
- 3) ☐ Исчезновение схваткообразных болей в животе
- 4) ☐ Исчезновение симптома «шума плеска»
- 5) ☐ Выявление более 3-х «чаш Клойбера» при обзорной рентгенографии брюшной полости

2. Укажите виды кишечной непроходимости, при которых наиболее быстро развивается некроз кишки:

- 1) ☒ Заворот тонкой кишки
- 2) ☒ Узлообразование
- 3) ☒ Ущемление кишки в грыжевых воротах
- 4) ☐ Деформация просвета кишки спайками по типу «двустволки»
- 5) ☐ Обтурация просвета тощей кишки желчным камнем

3. Для острой высокой тонкокишечной непроходимости характерны следующие признаки:

- 1) ☒ Многократная рвота
- 2) ☒ Сильные постоянные боли в мезогастральной области
- 3) ☒ Положительный симптом «шума плеска»
- 4) ☐ Резкое вздутие всего живота
- 5) ☐ Боли в животе схваткообразного характера

4. Показаниями к экстренному оперативному вмешательству при острой obturационной толстокишечной непроходимости являются:

- 1) ☒ Неэффективность проводимой консервативной терапии в течение 2-3 часов
- 2) ☒ Появление симптома Щёткина-Блюмберга
- 3) ☐ Исчезновение симптома «шума плеска»
- 4) ☐ Появление кровавистых выделений из прямой кишки
- 5) ☐ 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:

- 1) ☒ Отхождение кала и газов
- 2) ☒ Уменьшение вздутия живота
- 3) ☒ Исчезновение болей
- 4) ☐ Удлинение интервалов между приступами болей
- 5) ☐ 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 obtурирующая 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 объёме:

- 1) ☒ Обструктивная резекция сигмовидной кишки, одноствольная колостомия (операция Гартмана).
- 2) ☒ Назоинтестинальная интубация
- 3) ☐ Мезосигмопликация по Гаген-Торну
- 4) ☐ Обходной илеосигмоанастомоз «бок в бок»

5) ☐ Субтотальная колэктомия, энтеростомия

7. Для obtурационной тонкокишечной непроходимости при обзорной рентгенографии брюшной полости характерны следующие рентгенологические признаки:

1) ☒ Чаши Клойбера

2) ☒ Крипты Керкрингера («симптом перистости»)

3) ☒ Уровни жидкости

4) ☐ Свободный газ под правым куполом диафрагмы

5) ☐ Ограничение подвижности правого купола диафрагмы

8. Дегидратация при острой кишечной непроходимости развивается вследствие:

1) ☒ Рвоты

2) ☒ Секвестрации жидкости в просвете кишечника

3) ☐ Усиления диуреза

4) ☐ Усиления потоотделения

5) ☐ Секвестрации жидкости в плевральных полостях

9. При завороте сигмовидной кишки с выраженными явлениями кишечной непроходимости выполняют следующие операции:

1) ☒ Операция типа Гартмана

2) ☒ Деторзия кишки и мезосигмопликация по Гаген-Торну

3) ☐ Операция Нобля

4) ☐ Резекция сигмовидной кишки с анастомозом «конец в конец»

5) ☐ Деторзия кишки и илеостомия

10. Характерными симптомами кишечной непроходимости, вызванной тонкотолстокишечной инвагинацией являются:

- 1) ☒ Схваткообразные боли в животе
- 2) ☒ Наличие пальпируемого опухолевидного образования в правой подвздошной области
- 3) ☒ Кровянистые выделения из прямой кишки
- 4) ☐ Положительный симптом Цеге-Мантейфеля
- 5) ☐ Частые позывы на стул

11. В раннем периоде острой тонкокишечной непроходимости в организме больного развивается:

- 1) ☒ Дегидратация
- 2) ☒ Повышение гематокрита
- 3) ☒ Гипокалиемия
- 4) ☐ Гиперкалиемия
- 5) ☐ Снижение гематокрита

12. Для постановки диагноза «Острая кишечная непроходимость» решающими методами исследования будут:

- 1) ☒ Обзорная рентгеноскопия брюшной полости
- 2) ☒ Исследование пассажа рентгеноконтрастного препарата по желудочно-кишечному тракту
- 3) ☐ Эзофагогастродуоденоскопия
- 4) ☐ Лапароскопия
- 5) ☐ Микробиологическое исследование толстокишечного содержимого

13. Для obturационной толстокишечной непроходимости в первые сутки заболевания характерны

следующие симптомы:

- 1) ☒ Схваткообразные боли в животе
- 2) ☒ Симптом «шума плеска»
- 3) ☐ Постоянные боли в животе
- 4) ☐ Рвота типа кофейной гущи
- 5) ☐ «Каловая» рвота

14. Клиническими признаками острой странгуляционной тонкокишечной непроходимости являются:

- 1) ☒ Многократная рвота
- 2) ☐ Постоянные боли в животе
- 3) ☒ Положительный симптом «шума плеска»
- 4) ☐ Однократная рвота
- 5) ☒ Схваткообразные боли в животе

15. Решающими из безопасных методами исследования в постановке диагноза «острая кишечная непроходимость» и определения её вида являются:

- 1) ☒ Обзорная рентгеноскопия брюшной полости
- 2) ☒ Пассаж рентгеноконтрастного препарата по ЖКТ
- 3) ☒ МСКТ брюшной полости с внутривенным контрастным усилением
- 4) ☐ Лапароскопия
- 5) ☐ Гастродуоденоскопия

16. Причиной развития паралитической кишечной непроходимости может быть:

- 1) ☒ Перитонит
 - 2) ☒ Панкреонекроз
 - 3) ☒ Забрюшинная гематома
 - 4) ☐ Опухоль сигмовидной кишки
 - 5) ☐ Отравление солями тяжёлых металлов
-

17. Для тонкокишечной странгуляционной непроходимости характерны следующие признаки:

- 1) ☒ Многократная рвота
 - 2) ☒ Асимметрия живота
 - 3) ☒ Усиленная перистальтика кишечника в начале заболевания
 - 4) ☐ Симптом Обуховской больницы
 - 5) ☐ Симптом Цеге-Мантейфеля
-

18. Некроз кишки наиболее быстро развивается при следующих видах острой кишечной непроходимости:

- 1) ☒ Заворот тонкой кишки
 - 2) ☒ Ущемление кишки в грыжевых воротах
 - 3) ☐ Перегиб подвздошной кишки, вызванный спайками
 - 4) ☐ Обтурация просвета тощей кишки желчным камнем
 - 5) ☐ Обтурация толстой кишки опухолью
-

19. Укажите признаки, которые характерны для низкой обтурационной кишечной непроходимости:

- 1) ☒ Задержка стула и неотхождение газов
 - 2) ☒ Выраженный диффузный метеоризм
-

3) ☒ Симптом Обуховской больницы

4) ☐ Локальный метеоризм

5) ☐ Ранняя многократная рвота

20. Клиническая картина острой obturационной толстокишечной непроходимости характеризуется:

1) ☒ Схваткообразными болями в животе

2) ☒ Вздутием живота

3) ☒ Задержкой стула и неотхождением газов

4) ☐ «Ладьевидной» формой живота

5) ☐ Постоянными болями в животе

21. Показаниями к экстренному оперативному вмешательству при острой obturационной толстокишечной непроходимости являются:

1) ☒ Неэффективность консервативной терапии в течении 3-4 часов

2) ☒ Появление положительного симптома Щёткина-Блюмберга

3) ☐ Исчезновение схваткообразных болей в животе

4) ☐ Исчезновение симптома «шума плеска»

5) ☐ Выявление более 3-х «чаш Клойбера» при обзорной рентгенографии брюшной полости

22. Укажите виды кишечной непроходимости, при которых наиболее быстро развивается некроз кишки:

1) ☒ Заворот тонкой кишки

2) ☒ Узлообразование

3) ☒ Ущемление кишки в грыжевых воротах

4) ☐ Деформация просвета кишки спайками по типу «двустволки»

5) ☐ Обтурация просвета тощей кишки желчным камнем

23. Для острой высокой тонкокишечной непроходимости характерны следующие признаки:

1) ☒ Многократная рвота

2) ☒ Сильные постоянные боли в мезогастральной области

3) ☒ Положительный симптом «шума плеска»

4) ☐ Резкое вздутие всего живота

5) ☐ Боли в животе схваткообразного характера

24. Показаниями к экстренному оперативному вмешательству при острой обтурационной толстокишечной непроходимости являются:

1) ☒ Неэффективность проводимой консервативной терапии в течение 2-3 часов

2) ☒ Появление симптома Щёткина-Блюмберга

3) ☐ Исчезновение симптома «шума плеска»

4) ☐ Появление кровянистых выделений из прямой кишки

5) ☐ 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:

1) ☒ Отхождение кала и газов

2) ☒ Уменьшение вздутия живота

3) ☒ Исчезновение болей

4) ☐ Удлинение интервалов между приступами болей

5) ☐ 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:

1) ☒ Обструктивная резекция сигмовидной кишки, одностовольная колостомия (операция Гартмана).

2) ☒ Назоинтестинальная интубация

3) ☐ Мезосигмопликация по Гаген-Торну

4) ☐ Обходной илеосигмоанастомоз «бок в бок»

5) ☐ Субтотальная колэктомия, энтеростомия

27. Для обтурационной тонкокишечной непроходимости при обзорной рентгенографии брюшной полости характерны следующие рентгенологические признаки:

1) ☒ Чаши Клойбера

2) ☒ Крипты Керкрингера («симптом перистости»)

3) ☒ Уровни жидкости

4) ☐ Свободный газ под правым куполом диафрагмы

5) ☐ Ограничение подвижности правого купола диафрагмы

28. Дегидратация при острой кишечной непроходимости развивается вследствие:

1) ☒ Рвоты

2) ☒ Секвестрации жидкости в просвете кишечника

- 3) ☐ Усиления диуреза
 - 4) ☐ Усиления потоотделения
 - 5) ☐ Секвестрации жидкости в плевральных полостях
-

29. При завороте сигмовидной кишки с выраженными явлениями кишечной непроходимости выполняют следующие операции:

- 1) ☒ Операция типа Гартмана
 - 2) ☒ Деторзия кишки и мезосигмопликация по Гаген-Торну
 - 3) ☐ Операция Нобля
 - 4) ☐ Резекция сигмовидной кишки с анастомозом «конец в конец»
 - 5) ☐ Деторзия кишки и илеостомия
-

30. Характерными симптомами кишечной непроходимости, вызванной тонкотолстокишечной инвагинацией являются:

- 1) ☒ Схваткообразные боли в животе
 - 2) ☒ Наличие пальпируемого опухолевидного образования в правой подвздошной области
 - 3) ☒ Кровянистые выделения из прямой кишки
 - 4) ☐ Положительный симптом Цеге-Мантейфеля
 - 5) ☐ Частые позывы на стул
-

31. В раннем периоде острой тонкокишечной непроходимости в организме больного развивается:

- 1) ☒ Дегидратация
 - 2) ☒ Повышение гематокрита
 - 3) ☒ Гипокалиемия
-

- 4) ☐ Гиперкалиемия
- 5) ☐ Снижение гематокрита
-

32. Для постановки диагноза «Острая кишечная непроходимость» решающими методами исследования будут:

- 1) ☒ Обзорная рентгеноскопия брюшной полости
- 2) ☒ Исследование пассажа рентгеноконтрастного препарата по желудочно-кишечному тракту
- 3) ☐ Эзофагогастродуоденоскопия
- 4) ☐ Лапароскопия
- 5) ☐ Микробиологическое исследование толстокишечного содержимого
-

33. Для обтурационной толстокишечной непроходимости в первые сутки заболевания характерны следующие симптомы:

- 1) ☒ Схваткообразные боли в животе
- 2) ☒ Симптом «шума плеска»
- 3) ☐ Постоянные боли в животе
- 4) ☐ Рвота типа кофейной гущи
- 5) ☐ «Каловая» рвота
-

34. Клиническими признаками острой странгуляционной тонкокишечной непроходимости являются:

- 1) ☒ Многократная рвота
- 2) ☐ Постоянные боли в животе
- 3) ☒ Положительный симптом «шума плеска»
- 4) ☐ Однократная рвота
-

5) ☒ Схваткообразные боли в животе

35. Решающими из безопасных методами исследования в постановке диагноза «острая кишечная непроходимость» и определения её вида являются:

1) ☒ Обзорная рентгеноскопия брюшной полости

2) ☒ Пассаж рентгеноконтрастного препарата по ЖКТ

3) ☒ МСКТ брюшной полости с внутривенным контрастным усилением

4) ☐ Лапароскопия

5) ☐ Гастродуоденоскопия

36. При определении жизнеспособности кишки, подвергнувшейся странгуляции, необходимо ориентироваться на:

1) ☒ Цвет кишки

2) ☒ Наличие перистальтики в зоне странгуляции

3) ☒ Пульсацию терминальных артерий брыжейки

4) ☐ Наличие выпота в брюшной полости

5) ☐ Визуализацию странгуляционных борозд

37. Причиной развития паралитической кишечной непроходимости может быть:

1) ☒ Перитонит

2) ☒ Панкреонекроз

3) ☒ Забрюшинная гематома

4) ☐ Опухоль сигмовидной кишки

5) ☐ Отравление солями тяжёлых металлов

38. Для тонкокишечной странгуляционной непроходимости характерны следующие признаки:

- 1) ☒ Многократная рвота
- 2) ☒ Асимметрия живота
- 3) ☒ Усиленная перистальтика кишечника в начале заболевания
- 4) ☐ Симптом Обуховской больницы
- 5) ☐ Симптом Цеге-Мантейфеля

39. Некроз кишки наиболее быстро развивается при следующих видах острой кишечной непроходимости:

- 1) ☒ Заворот тонкой кишки
- 2) ☒ Ущемление кишки в грыжевых воротах
- 3) ☐ Перегиб подвздошной кишки, вызванный спайками
- 4) ☐ Обтурация просвета тощей кишки желчным камнем
- 5) ☐ Обтурация толстой кишки опухолью

40. Укажите признаки, которые характерны для низкой обтурационной кишечной непроходимости:

- 1) ☒ Задержка стула и неотхождение газов
- 2) ☒ Выраженный диффузный метеоризм
- 3) ☒ Симптом Обуховской больницы
- 4) ☐ Локальный метеоризм
- 5) ☐ Ранняя многократная рвота

41. Клиническая картина острой обтурационной толстокишечной непроходимости характеризуется:

- 1) ☒ Схваткообразными болями в животе

- 2) ☒ Вздутием живота
- 3) ☒ Задержкой стула и неотхождением газов
- 4) ☐ «Ладьевидной» формой живота
- 5) ☐ Постоянными болями в животе
- 6) ☒ Пульсация сосудов брыжейки
- 7) ☒ Состояние перистальтики
- 8) ☐ Наличие наложения фибрина на стенке кишки
- 9) ☐ Диаметр приводящего отдела кишки

42. Клиническими признаками кишечной непроходимости, вызванной тонко-толстокишечной инвагинацией являются:

- 1) ☒ Схваткообразные боли в животе
- 2) ☒ Наличие эластичного опухолевидного образования в правой подвздошной области
- 3) ☒ Кровянистые выделения из прямой кишки
- 4) ☐ Положительный симптом Обуховской больницы
- 5) ☐ Положительный симптом Цеге-Мантейфеля

43. Во время операции Вы устранили непроходимость тонкой кишки, вызванную спайками. Сдавленная петля кишки цианотична, слабо перистальтирует. Как нужно поступить?

- 1) ☒ Произвести новокаиновую блокаду корня брыжейки тонкой кишки
- 2) ☒ Произвести согревание указанной кишки салфетками с горячим физиологическим раствором
- 3) ☐ Произвести резекцию кишки с анастомозом «бок-в бок»
- 4) ☐ Произвести обструктивную резекцию кишки, лапаростомию
- 5) ☐ Выполнить назоинтестинальную интубацию

44. Экстренное оперативное вмешательство при острой механической кишечной непроходимости показано при:

- 1) ☒ Странгуляционной кишечной непроходимости
- 2) ☒ Наличии перитонита
- 3) ☐ Выраженных водно-электролитных нарушениях
- 4) ☐ Сохраняющихся схваткообразных болях в животе
- 5) ☐ Выявлении множественных горизонтальных уровней жидкости в кишечных петлях на рентгенограмме

45. Для обтурационной толстокишечной непроходимости через 24 часа с момента заболевания характерно:

- 1) ☒ Схваткообразные боли в животе
- 2) ☒ Симптом «шум плеска» в животе
- 3) ☐ Наличие признаков перитонита
- 4) ☐ Рвота «кофейной» гущей
- 5) ☐ Частый стул

Раздел: **5. Осложнение язвенной болезни 1**

Модуль: **1**

Тема: **5. Осложнение язвенной болезни**

1. Стандартная резекция желудка по поводу осложненной язвенной болезни предполагает:

- 1) ☐ Удаление проксимальных 2/3 органа
- 2) ☒ Удаление дистальных 2/3 органа
- 3) ☐ Удаление проксимальных 3/4 органа
- 4) ☐ Удаление дистальных 3/4 органа
- 5) ☐ Удаление 1/2 органа

2. От каких факторов не зависят клинические проявления прободной язвы:

- 1) ☒ Пола пациента
- 2) ☐ Времени, прошедшего с момента перфорации
- 3) ☐ Локализации язвы
- 4) ☐ Возможности прикрытия перфорации большим сальником
- 5) ☐ Предшествующих оперативных вмешательств на брюшной полости с развитием массивного спаечного процесса

3. Выберите осложнение язвенной болезни желудка, для которого характерно вынужденное положение больного:

- 1) ☐ Пенетрация в поджелудочную железу
- 2) ☒ Перфорация в свободную брюшную полость
- 3) ☐ Малигнизация с метастазированием
- 4) ☐ Продолжающееся кровотечение
- 5) ☐ Декомпенсированный пилородуоденальный стеноз

4. У больного 36 лет, не имеющего серьезных сопутствующих заболеваний, диагностирована прикрытая прободная язва. Выберите оптимальную тактику лечения:

- 1) ☒ Лапароскопия, ушивание перфоративной язвы
- 2) ☐ Лапаротомия, резекция 2/3 желудка по Бильрот-II
- 3) ☐ Лапаротомия, резекция желудка по Ру
- 4) ☐ Лапаротомия, трункулярная ваготомия
- 5) ☐ 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?

- 1) ☐ Антрумэктомия, трункулярная ваготомия
- 2) ☐ Пилоропластика по Финнею, селективная ваготомия
- 3) ☐ Резекция 2/3 желудка по Ру
- 4) ☒ Лапаротомия, ушивание перфорации, санация и дренирование брюшной полости.
- 5) ☐ Лапароскопическое ушивание перфорации, санация и дренирование брюшной полости

6. Пациенту, госпитализированному с продолжающимся желудочно-кишечным кровотечением язвенной этиологии, показано:

- 1) ☐ Экстренное оперативное вмешательство
- 2) ☐ Назначение антикоагулянтов
- 3) ☒ Эндоскопический комбинированный гемостаз, при неэффективности - операция
- 4) ☐ Назначение дезагрегантных средств
- 5) ☐ 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:

- 1) ☐ Резекция 2/3 желудка по Бильрот-II.
- 2) ☐ Антрумэктомия
- 3) ☐ Пилоропластика + трунккулярная ваготомия
- 4) ☒ Гастротомия, прошивание кровоточащей язвы
- 5) ☐ Перевязка желудочных артерий

8. Какой симптом не встречается при прободной язве:

- 1) ☐ Брадикардия
- 2) ☐ Тахикардия
- 3) ☐ Напряжение мышц живота
- 4) ☐ Симптом Щеткина-Блюмберга
- 5) ☒ Шум плеска

9. Какой симптом прободной язвы наблюдается только в первые часы заболевания:

- 1) ☒ Брадикардия
- 2) ☐ Тахикардия
- 3) ☐ Симптом Щёткина-Блюмберга
- 4) ☐ Исчезновение печёночной тупости
- 5) ☐ Лейкоцитоз

10. Какие операции не выполняют при прободной язве:

- 1) ☒ Гастрэктомию
 - 2) ☐ Резекцию 2/3 желудка
 - 3) ☐ Ушивание прободной язвы
 - 4) ☐ Иссечение язвы с пилоропластикой и ваготомией
 - 5) ☐ 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 омертвевшими краями, ушить которую не удаётся из-за прорезывания швов. Что должен сделать хирург в такой ситуации:

- 1) ☒ Тампонировать язву прядью сальника по Поликарпову
 - 2) ☐ Тампонировать прободную язву марлевыми тампонами, выведенными на переднюю брюшную стенку через лапаротомную рану
 - 3) ☐ Тампонировать прободную язву марлевыми тампонами, выведенными на переднюю брюшную стенку через контрапертуру
 - 4) ☐ Выполнить резекцию желудка
 - 5) ☐ Произвести гастростомию
-

12. Что позволяет прогнозировать угрозу рецидива язвенного кровотечения:

- 1) ☒ Данные эзофагогастродуоденоскопии
 - 2) ☐ Уровень гемоглобина
 - 3) ☐ Длительность язвенного анамнеза
 - 4) ☐ Результаты рентгеноскопии желудка
 - 5) ☐ Выраженность реакции кала на скрытую кровь
-

13. Что не характерно для язвенного желудочно-кишечного кровотечения:

- 1) ☒ Наличие свободной жидкости (крови) в брюшной полости
- 2) ☐ Тахикардия
- 3) ☐ Снижение АД
- 4) ☐ Снижение уровня гемоглобина
- 5) ☐ Снижение гематокрита

14. Что не характерно для язвенного желудочно-кишечного кровотечения:

- 1) ☒ Увеличение гематокрита
- 2) ☐ Рвота кровью
- 3) ☐ Рвота «кофейной гущей»
- 4) ☐ Мелена
- 5) ☐ Тахикардия

15. Какой из симптомов не наблюдается при прободной язве:

- 1) ☒ Рвота кровью
- 2) ☐ Брадикардия
- 3) ☐ Тахикардия
- 4) ☐ Симптом Щеткина-Блюмберга
- 5) ☐ Напряжение мышц передней брюшной стенки

16. Какой симптом не характерен для язвенного желудочно-кишечного кровотечения:

- 1) ☒ Симптом Щёткина-Блюмберга

2) ☐ Рвота кровью

3) ☐ Рвота «кофейной гущей»

4) ☐ Мелена

5) ☐ Тахикардия

17. Переливание крови при острой постгеморрагической анемии показано при уровне гемоглобина ниже:

1) ☒ 70 г/л

2) ☐ 80 г/л

3) ☐ 90 г/л

4) ☐ 85 г/л

5) ☐ 100 г/л

18. Приём каких препаратов не следует отменять при язвенном желудочно-кишечном кровотечении:

1) ☒ Блокаторы протонной помпы

2) ☐ Варфарин

3) ☐ Ацетилсалициловая кислота

4) ☐ Низкомолекулярные гепарины

5) ☐ Нефракционированный гепарин

19. В каком отделе ЖКТ наиболее часто локализуются перфоративные язвы

1) ☒ Передняя стенка пилоро-дуоденальной зоны

2) ☐ Дно желудка

3) ☐ Задняя стенка желудка

4) ☐ Задняя стенка двенадцатиперстной кишки

5) ☐ Кардиальный отдел желудка

20. Какой из факторов можно не принимать в расчет при определении тактики лечения прободной язвы:

1) ☒ Пол пациента

2) ☐ Срок, прошедший с момента перфорации

3) ☐ Наличие гемодинамических расстройств

4) ☐ Размеры язвы

5) ☐ Длительность язвенного анамнеза

21. При язвенной болезни 12-ти перстной кишки риск развития кровотечения наиболее велик при:

1) ☒ Пенетрации язвы в головку поджелудочной железы

2) ☐ Стенозе привратника

3) ☐ Перфорации язвы

4) ☐ Малигнизации

5) ☐ При проведении ЭГДС

22. Оптимальным вариантом операции при декомпенсированном пилородуоденальном стенозе язвенной этиологии является:

1) ☒ Резекция 2/3 желудка по Бильрот-2

2) ☐ Гастрэктомия

3) ☐ Селективная проксимальная ваготомия

4) ☐ Селективная проксимальная ваготомия в сочетании с пилоропластикой по Гейнике-Микуличу

5) ☐ 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:

1) ☒ Экстренная операция

2) ☐ Строго консервативное лечение

3) ☐ Операция в случае неэффективности консервативной терапии

4) ☐ Лечение по методу Тейлора

5) ☐ 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?

1) ☐ Экстренная операция - резекция 2/3 желудка

2) ☒ Консервативное лечение по методу Тейлора

3) ☐ Экстренная операция - стволовая ваготомия

4) ☐ Операция - гастростомия

5) ☐ Лапароскопическая санация брюшной полости

25. Больному, поступившему в клинику с декомпенсированным пилородуоденальным стенозом, выраженными водно-электролитными нарушениями и судорожным синдромом показана:

1) ☒ Резекция желудка в плановом порядке после коррекции водно-электролитных и белковых нарушений

2) ☐ Экстренная гастростомия

3) ☐ Экстренная резекция желудка

4) ☐ Гастродуоденостомия после подготовки в течение 3 часов

- 5) ☐ Срочное промывание желудка, коррекция водно-электролитных расстройств с последующей противоязвенной терапией в течение 4-6 месяцев
-

26. При проведении эндоскопического исследования нельзя выявить:

- 1) ☒ Синдром Золлингера-Эллисона
- 2) ☐ Декомпенсированный стеноз привратника
- 3) ☐ Синдром Меллори-Вейса
- 4) ☐ Атрофический гастрит
- 5) ☐ Язву задней стенки 12-перстной кишки
-

27. Укажите наиболее частую причину гастроинтестинальных кровотечений:

- 1) ☒ Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки
- 2) ☐ Атрофический гастрит
- 3) ☐ Синдром портальной гипертензии при циррозах печени
- 4) ☐ Длительный прием пероральных антикоагулянтов
- 5) ☐ 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:

- 1) ☒ Консервативное лечение. Контрольная ЭГДС через 24 часа.
- 2) ☐ Эндоскопическая РН-метрия
- 3) ☐ Экстренная операция
- 4) ☐ Эмболизация гастродуоденальных артерий
-

5) ☐ 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?

1) ☒ Лапароскопическое ушивание язвы

2) ☐ Гастроэнтеростомия

3) ☐ Резекция $\frac{3}{4}$ желудка

4) ☐ Гастрэктомия

5) ☐ Ушивание язвы по Поликарпову

30. При определении причины кровотечения в верхние отделы желудочно-кишечного тракта наиболее информативным исследованием будет

1) ☒ Эзофагогастродуоденоскопия

2) ☐ Рентгенологическое исследование желудка

3) ☐ Селективная ангиография

4) ☐ Релаксационная дуоденография

5) ☐ Лапароскопия

31. Основным рентгенологическим симптомом гастро-дуоденальной язвы будет:

1) ☒ Симптом «серпа» (свободный газ в брюшной полости)

2) ☐ Пневматизация кишечника

3) ☐ Чаши «Клойбера»

4) ☐ Конвергенция складок слизистой оболочки желудка

5) ☐ Крипты Керкрингера

32. Наиболее редким осложнением язвы 12-ти перстной кишки считается:

1) ☒ Малигнизация

2) ☐ Перфорация

3) ☐ Кровотечение

4) ☐ Рубцовая деформация кишки

5) ☐ Пенетрация

33. Первоочередным исследованием при подозрении на перфоративную язву желудка будет:

1) ☒ Обзорная рентгенография брюшной полости

2) ☐ ЭГДС

3) ☐ Диагностическая лапароскопия

4) ☐ УЗИ брюшной полости

5) ☐ МРТ

34. Источник гастродуоденального кровотечения устанавливается при проведении:

1) ☒ ЭГДС

2) ☐ Лапароскопии

3) ☐ УЗИ брюшной полости

4) ☐ Обзорной рентгенографии органов брюшной полости

5) ☐ Ангиографии

Раздел: **5. Осложнение язвенной болезни 2**

Модуль: **1**

Тема: **5. Осложнение язвенной болезни**

1. Язва 12-ти перстной кишки может осложниться:

- 1) ☒ Перфорацией
- 2) ☐ Малигнизацией
- 3) ☒ Пенетрацией
- 4) ☒ Пилородуоденальным стенозом
- 5) ☒ Кровотечением

2. При каких осложнениях язвенной болезни желудка и 12-ти перстной кишки необходимо экстренное оперативное лечение:

- 1) ☒ Перфорация
- 2) ☐ Пенетрация
- 3) ☒ Продолжающееся кровотечение
- 4) ☐ Декомпенсированный пилородуоденальный стеноз
- 5) ☐ Состоявшееся кровотечение

3. Пенетрация язвы желудка или 12-ти перстной кишки может привести к:

- 1) ☐ Абсцессам брюшной полости
- 2) ☐ Пилефлебиту
- 3) ☒ Острому панкреатиту
- 4) ☒ Кровотечению
- 5) ☐ Перитониту

4. Симптомы перфоративной гастродуоденальной язвы являются:

- 1) ☒ Кинжальная боль
- 2) ☒ Усиление болей в животе при кашле
- 3) ☐ Триада Мондора
- 4) ☒ Исчезновение «печеночной тупости»
- 5) ☒ Доскообразный живот

5. Лечение перфоративной гастродуоденальной язвы по методу Тейлора включает в себя:

- 1) ☒ Активное назогастральное дренирование
- 2) ☐ Лапароскопическое ушивание перфорации
- 3) ☒ Антибактериальную терапию
- 4) ☒ Дезинтоксикационную терапию
- 5) ☐ Щадящую диету

6. Какие методы диагностики вы назначите, подозревая перфорацию язвы желудка или 12-ти перстной кишки?

- 1) ☐ Рентгеноскопию желудка с бариевой взвесью
- 2) ☒ Обзорную рентгенографию брюшной полости
- 3) ☐ Эзофагогастродуоденоскопию
- 4) ☒ Ультразвуковое сканирование брюшной полости
- 5) ☒ Лапароскопию

7. От каких факторов зависит выбор метода лечения прободной язвы:

- 1) ☒ Длительности язвенного анамнеза
 - 2) ☒ Выраженности перитонита
 - 3) ☒ Размеров и локализации язвы
 - 4) ☐ Наличия или отсутствия лейкоцитоза
 - 5) ☐ Количества свободного газа в брюшной полости
-

8. Укажите обстоятельства, которые влияют на выбор варианта хирургического вмешательства при прободной язве желудка:

- 1) ☒ Степень выраженности перитонита
 - 2) ☒ Сроки от начала заболевания
 - 3) ☒ Квалификация хирурга
 - 4) ☒ Тяжесть состояния больного
 - 5) ☒ Размеры и локализация язвы
-

9. Методами эндоскопического гемостаза являются:

- 1) ☒ Электрокоагуляция.
 - 2) ☒ Клипирование кровоточащего сосуда
 - 3) ☒ Субмукозное введение гемостатиков
 - 4) ☐ Прошивание кровоточащего сосуда
 - 5) ☒ Аргонплазменная коагуляция
-

10. Клинические признаки желудочно-кишечного кровотечения:

- 1) ☒ Тахикардия
-

- 2) ☒ Мелена
 - 3) ☒ Артериальная гипотензия
 - 4) ☐ Артериальная гипертензия
 - 5) ☐ Полиурия
-

11. В схему лечения язвенного кровотечения входят:

- 1) ☒ Ингибиторы протонной помпы
 - 2) ☒ Антагонисты H_2 -гистаминовых рецепторов
 - 3) ☒ Обволакивающие средства
 - 4) ☒ Диета Мейленграхта
 - 5) ☐ Нитраты
-

12. При острой постгеморрагической анемии с падением гемоглобина до 56 г/л необходимо назначить:

- 1) ☒ Переливание эритроцитарной массы
 - 2) ☐ Переливание тромбоцитарной массы
 - 3) ☐ Переливание кристаллоидных растворов
 - 4) ☐ Варфарин
 - 5) ☒ Препараты железа
-

13. Какие методы диагностики вы назначите, подозревая кровотечение из язвы желудка или 12-ти перстной кишки?

- 1) ☐ Рентгеноскопию желудка с бариевой взвесью
 - 2) ☐ Обзорную рентгенографию брюшной полости
-

- 3) ☒ Эзофагогастродуоденоскопию
-
- 4) ☐ Ультразвуковое сканирование брюшной полости
-
- 5) ☒ Общий анализ крови
-

14. При каких осложнениях язвенной болезни желудка и 12-ти перстной кишки нет необходимости в экстренном оперативном лечении:

- 1) ☐ Перфорация
-
- 2) ☒ Пенетрация
-
- 3) ☐ Продолжающееся кровотечение
-
- 4) ☒ Декомпенсированный пилородуоденальный стеноз
-
- 5) ☒ Состоявшееся кровотечение
-

15. Риск желудочно-кишечного кровотечения повышают следующие препараты:

- 1) ☒ Антиагреганты
-
- 2) ☒ Антикоагулянты
-
- 3) ☒ Ацетилсалициловая кислота
-
- 4) ☒ Тромболитики
-
- 5) ☐ Спазмолитики
-

16. Язва желудка может осложниться:

- 1) ☒ Перфорацией
-
- 2) ☒ Малигнизацией
-
- 3) ☒ Пенетрацией
-

4) ☒ Пилородуоденальным стенозом

5) ☒ Кровотечением

17. Какие симптомы прободной язвы наблюдаются в первые часы заболевания

1) ☒ Кинжальные боли в животе

2) ☒ Симптом Щёткина-Блюмберга

3) ☒ Брадикардия

4) ☐ Гиперлейкоцитоз

5) ☐ Анемия

18. Наиболее информативными дополнительными методами диагностики при прободной язве желудка будут:

1) ☒ Пневмогастрография

2) ☒ Диагностическая лапароскопия

3) ☒ КТ брюшной полости

4) ☐ УЗИ органов брюшной полости

5) ☐ Ангиография

19. Среди осложнений язвенной болезни укажите те, при которых всегда требуется экстренная операция:

1) ☒ Перфорация

2) ☒ Продолжающееся желудочно-кишечное кровотечение

3) ☐ Пенетрация в поджелудочную железу

4) ☐ Декомпенсированный пилородуоденальный стеноз

5) ☐ Малигнизация язвы желудка

20. Для перфорации язвы желудка в свободную брюшную полость и сроком заболевания 4 часа характерны следующие клинические признаки:

1) ☒ «Кинжальная» боль в животе

2) ☒ Исчезновение печеночной тупости

3) ☒ Доскообразное напряжение мышц передней брюшной стенки

4) ☐ Рвота съеденной накануне пищей

5) ☐ Симптом «шум плеска»

21. При перфоративной язве желудка, в случае отказа больного от операции, показаны:

1) ☒ Длительная аспирация желудочного содержимого через назогастральный зонд

2) ☒ Инфузионная терапия

3) ☒ Антибактериальная терапия

4) ☐ Установка зонда Блэкмора

5) ☐ Промывание желудка холодной водой

22. При рецидиве язвенного кровотечения показано:

1) ☒ Экстренная эндоскопическая остановка гемостаза

2) ☒ Экстренное оперативное лечение, при неэффективности эндоскопического гемостаза

3) ☐ Метод Тейлора

4) ☐ Интенсивная противоязвенная терапия

5) ☐ Оперативное лечение в плановом порядке

23. Признаками пенетрации язвы 12-ти перстной кишки являются:

-
- 1) ☒ Появление симптомов, характерных для повреждения соседних органов
-
- 2) ☒ Упорный болевой синдром
-
- 3) ☐ Снижение аппетита
-
- 4) ☐ Снижение массы тела
-
- 5) ☐ Анемия
-

Раздел: **6. Наружные брюшные грыжи 1**
Модуль: **1**
Тема: **6. Наружные брюшные грыжи**

1. При паховой грыже выполняются все виды операций, кроме:

- 1) ☒ Операция Мейо
- 2) ☐ Операция Постемпского
- 3) ☐ Операция Лихтенштейна
- 4) ☐ Операция Бассини
- 5) ☐ Операция Жерара-Спасокукоцкого

2. Какая операция выполняется по поводу бедренной грыжи?

- 1) ☒ Операция Бассини
- 2) ☐ Операция Постемпского
- 3) ☐ Операция Сапежко
- 4) ☐ Операция Лихтенштейна
- 5) ☐ Операция Грекова

3. Какая операция выполняется при пупочной грыже?

- 1) ☒ Операция Мейо
- 2) ☐ Операция Бассини
- 3) ☐ Операция Белоконева
- 4) ☐ Операция Лихтенштейна
- 5) ☐ Операция Постемпского

4. Характерным интраоперационным признаком косой паховой грыжи является:

- 1) ☒ Нахождение грыжевого мешка в элементах семенного канатика
- 2) ☐ Нахождение грыжевого мешка вне элементов семенного канатика
- 3) ☐ Двухсторонний характер грыжи
- 4) ☐ Невправимость грыжи
- 5) ☐ Вправимость грыжи

5. Характерным интраоперационным признаком прямой паховой грыжи является:

- 1) ☒ Нахождение грыжевого мешка вне элементов семенного канатика
- 2) ☐ Нахождение грыжевого мешка в элементах семенного канатика
- 3) ☐ Двухсторонний характер грыжи
- 4) ☐ Невправимость грыжи
- 5) ☐ Вправимость грыжи

6. Абсолютными противопоказаниями к плановому оперативному лечению грыжи являются все, кроме

- 1) ☒ Пожилой возраст пациента
- 2) ☐ Сахарный диабет в стадии декомпенсации
- 3) ☐ Острый инфаркт миокарда
- 4) ☐ ОНМК
- 5) ☐ Напряженный асцит

7. Укажите основной отличительный признак скользящей грыжи:

- 1) ☒ Одной из стенок грыжевого мешка является стенка органа, частично покрытая брюшиной

- 2) ☐ Выходит между мышцами.
 - 3) ☐ Не имеет грыжевого мешка
 - 4) ☐ Стенками грыжевого мешка является париетальная брюшина.
 - 5) ☐ Скользящая грыжа не может быть ущемленной
-

8. Ущемлённую бедренную грыжу необходимо дифференцировать от следующих заболеваний, кроме:

- 1) ☒ Острая задержка мочи
 - 2) ☐ Ущемлённая паховая грыжа.
 - 3) ☐ Тромбофлебит большой подкожной вены бедра с вовлечением приустьевых узлов
 - 4) ☐ Разрыв сухожилия мышцы, приводящей бедро
 - 5) ☐ Паховый лимфаденит.
-

9. Флегмоны грыжевого мешка - это?

- 1) ☒ Гнойное воспаление грыжи и окружающих ее тканей, на фоне некроза кишки при длительном ущемлении
 - 2) ☐ Длительно существующая невправимая грыжа
 - 3) ☐ Липома передней брюшной стенки с некрозом
 - 4) ☐ Фурункул передней брюшной стенки в области грыжи
 - 5) ☐ Гнойный лимфаденит при бедренной грыже
-

10. Что такое грыжевой мешок?

- 1) ☒ Париетальный листок брюшины, выходящий через грыжевые ворота
 - 2) ☐ Кожа, подкожно-жировая клетчатка и париетальный листок брюшины
-

3) ☐ Листок висцеральной брюшины

4) ☐ Поперечная фасция

5) ☐ Оболочка семенного канатика

11. Что такое грыжевые ворота?

1) ☒ Отверстие в мышечно-апонеротическом слое в передней брюшной стенке

2) ☐ Отверстие в париетальной брюшине передней брюшной стенки

3) ☐ Дефект широкой фасции бедра

4) ☐ Рана передней брюшной стенки

5) ☐ Винслово отверстие

12. Причина формирования невправимой грыжи?

1) ☒ Спаечный процесс в грыжевом мешке

2) ☐ Большие размеры грыжевого мешка

3) ☐ Воспалительные заболевания органов брюшной полости

4) ☐ Широкие грыжевые ворота

5) ☐ Преклонный возраст пациента

13. Лапароскопическая герниопластика показана во всех случаях, кроме:

1) ☒ Выраженный спаечный процесс в брюшной полости при наличии односторонней паховой грыжи

2) ☐ Отказ пациента от «открытой» операции

3) ☐ Рецидивная паховая грыжа

4) ☐ Послеоперационная вентральная грыжа больших размеров

5) ☐ Двусторонняя паховая грыжа

14. Местом выхода бедренной грыжи является:

1) ☒ Сосудистая лакуна

2) ☐ Бедренный канал

3) ☐ Пупочное кольцо

4) ☐ Полулунная линия живота

5) ☐ Паховый канал

15. Операция Грекова выполняется при:

1) ☒ Ущемленной пупочной грыже, осложненной флегмоной грыжевого мешка

2) ☐ Вправимой пупочной грыже

3) ☐ Бедренной грыже

4) ☐ Грыже спигелевой линии живота

5) ☐ Ущемленной паховой грыже

16. Что такое грыжа?

1) ☒ Заболевание, при котором внутренние органы вместе с париетальным листком брюшины выходят из брюшной полости в подкожно-жировую клетчатку.

2) ☐ Дефект в париетальной брюшине и мышечно-апоневротическом слое передней брюшной стенки, через который внутренние органы выходят из брюшной полости.

3) ☐ Опухолевидное образование, расположенное в типичных местах локализации грыж (паховая область живота, пупочная область и т.п.)

4) ☐ Выход не покрытого париетальной брюшиной органа или его части через естественные отверстия

- 5) ☐ Конгломерат петель кишечника, пальпируемый через переднюю брюшную стенку
-

17. Какие факторы образования грыж не относятся к предрасполагающим?

- 1) ☒ Повышение внутрибрюшного давления
- 2) ☐ Телосложение
- 3) ☐ Возраст
- 4) ☐ Наследственные факторы
- 5) ☐ Пол
-

18. Что такое грыжевое содержимое?

- 1) ☒ Органы брюшной полости, находящиеся в грыжевом мешке
- 2) ☐ Дно грыжевого мешка
- 3) ☐ Parietalная брюшина
- 4) ☐ Сосуды, нервы
- 5) ☐ Содержимое петли кишки, находящейся в грыжевом мешке
-

19. Что такое каловое ущемление?

- 1) ☒ Сдавление в грыжевых воротах стенки отводящей петли толстой кишки, плотными каловыми массами, находящимися в приводящей петле толстой кишки
- 2) ☐ Обнаружение в грыжевом мешке при ущемленной грыже дивертикула Меккеля
- 3) ☐ Ущемление тонкой кишки, при котором в грыжевом мешке находятся две или более петель кишки
- 4) ☐ Ущемление одной стенки кишки
- 5) ☐ Перекрут петли кишки в грыжевом мешке
-

20. Что не является этапом операции при ущемленной грыже?

- 1) ☒ Интраоперационная ревизия всех органов брюшной полости
- 2) ☐ Доступ к грыжевому мешку
- 3) ☐ Вскрытие грыжевого мешка и фиксация ущемленного органа
- 4) ☐ Рассечение ущемляющего кольца
- 5) ☐ Резекция нежизнеспособного ущемленного органа

21. При каком осложнении грыжи показано выполнение планового оперативного вмешательства?

- 1) ☒ Невправимость грыжи
- 2) ☐ Флегмона грыжевого мешка
- 3) ☐ Эластическое ущемление грыжи
- 4) ☐ Каловое ущемление грыжи
- 5) ☐ Кишечная непроходимость в грыжевом мешке

22. Причина развития врожденной паховой грыжи?

- 1) ☒ Незаращение влагалищного отростка брюшины после опущения яичка в мошонку
- 2) ☐ Травма ребенка в родах
- 3) ☐ Формирование послеоперационной грыжи после операции по поводу врожденного крипторхизма
- 4) ☐ Наличие врожденной паховой грыжи у матери
- 5) ☐ Наличие врожденной паховой грыжи у отца

23. Операция Лихтенштейна - это?

- 1) ☒ Укрепление задней стенки пахового канала полипропиленовой сеткой

- 2) ☐ Сшивание верхней и нижней стенок пахового канала позади семенного канатика
 - 3) ☐ Ликвидация пахового канала
 - 4) ☐ Сшивание верхней и нижней стенок пахового канала позади семенного канатика
 - 5) ☐ Рассечение паховой связки
-

24. Что не является стенкой пахового канала?

- 1) ☒ Кожа и подкожно-жировая клетчатка
 - 2) ☐ Апоневроз наружной косой мышцы живота
 - 3) ☐ Пупартова связка
 - 4) ☐ Поперечная фасция живота
 - 5) ☐ Свободно свисающие края поперечной и внутренней косой мышц живота
-

25. Какой элемент не является стенкой бедренного кольца?

- 1) ☒ Апоневроз наружной косой мышцы
 - 2) ☐ Пупартова связка
 - 3) ☐ Лакунарная связка
 - 4) ☐ Бедренная вена
 - 5) ☐ Гребенчатая связка
-

26. Укажите правильное тактическое решение при самопроизвольно вправившейся ущемлённой паховой грыже:

- 1) ☒ Наблюдение за больным в стационаре
 - 2) ☐ Экстренное грыжесечение
-

- 3) ☐ Экстренная срединная лапаротомия
 - 4) ☐ Медикаментозная стимуляция кишечника
 - 5) ☐ Экстренная колоноскопия
-

27. Симптом «кашлевого толчка» - это:

- 1) ☒ Ощущение толчка во время кашля при пальпации грыжевых ворот
 - 2) ☐ Западение грыжевого выпячивания при его пальпации во время кашля
 - 3) ☐ Самопроизвольное вправление грыжи после серии кашлевых движений
 - 4) ☐ Появление болезненности в области грыжи при кашле больного
 - 5) ☐ 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.

- 1) ☒ Ложное ущемление
 - 2) ☐ Эластическое ущемление
 - 3) ☐ Пристеночное ущемление
 - 4) ☐ Ретроградное ущемление
 - 5) ☐ Каловое ущемление
-

29. Рихтеровским ущемлением называется:

- 1) ☒ Пристеночное ущемление кишки
 - 2) ☐ Ущемление сигмовидной кишки и её брыжейки
 - 3) ☐ Ущемление желудка в диафрагмальной грыже
-

4) ☐ Ущемление начального отдела тощей кишки

5) ☐ 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:

1) ☒ Экстренная операция - паховое грыжесечение

2) ☐ Назначить спазмолитики и стимуляцию кишечника, наркотические анальгетики не использовать

3) ☐ Показано вправление грыжи после введения спазмолитиков и наркотических анальгетиков

4) ☐ Операция только при появлении признаков перитонита

5) ☐ 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?

1) ☒ Выполнить срединную лапаротомию

2) ☐ Выполнить герниолапаротомию

3) ☐ Выполнить пластику грыжевых ворот и назначить массивную антибактериальную терапию

4) ☐ Выполнить грыжесечение, от пластики пахового канала воздержаться

5) ☐ Произвести ревизию прилежащих петель кишечника через грыжевые ворота

32. Невправимая наружная брюшная грыжа - это осложнение, характеризующееся:

1) ☒ Образованием спаек между внутренними органами и грыжевым мешком

2) ☐ Сдавлением внутренних органов в грыжевом мешке с развитием их атрофии

3) ☐ Некрозом грыжевого мешка

- 4) ☐ Сдавлением в грыжевом мешке внутренних органов с нарушением кровоснабжения и развитием некроза
- 5) ☐ Увеличением грыжи в течение длительного времени
-

33. Ущемление дивертикула Меккеля в паховой грыже называется:

- 1) ☒ Грыжа Литтре
- 2) ☐ Грыжа Рихтера
- 3) ☐ Грыжа Клоке
- 4) ☐ Грыжа Гессельбаха
- 5) ☐ Грыжа Ложье
-

34. 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.

- 1) ☒ Экстренная операция по методу Грекова
- 2) ☐ Экстренная операция – рассечение опухолевидного образования и его дренирование марлевыми тампонами
- 3) ☐ Обкалывание опухолевидного образования и мягких тканей вокруг него раствором антибиотиков и выполнение операции только в случае абсцедирования
- 4) ☐ Противовоспалительная и антибактериальная терапия
- 5) ☐ Срочная колоноскопия
-

35. Основным признаком скользящей паховой грыжи является:

- 1) ☒ Одной из стенок грыжевого мешка является забрюшинно расположенный орган
-

- 2) ☐ Одновременное нахождение в грыжевом мешке двух и более органов брюшной полости
 - 3) ☐ Участие в образовании грыжевого мешка «влагалищного» отростка брюшины
 - 4) ☐ Участие в образовании грыжевого мешка оболочек яичка
 - 5) ☐ 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?

- 1) ☒ Наблюдение за больным в условиях хирургического стационара
 - 2) ☐ Экстренное грыжесечение
 - 3) ☐ Больной может быть отпущен домой с рекомендацией планового оперативного лечения через 2 месяца
 - 4) ☐ Экстренная срединная лапаротомия, ревизия кишечника и грыжесечение
 - 5) ☐ Экстренная лапароскопия
-

37. Грыжевым мешком врождённой паховой грыжи является:

- 1) ☒ Влагалищный отросток брюшины
 - 2) ☐ Прямокишечно-маточное углубление
 - 3) ☐ Брыжейка кишки
 - 4) ☐ Висцеральная брюшина
 - 5) ☐ Поперечная фасция и предбрюшинная жировая клетчатка
-

38. Операцией выбора при двухсторонней паховой грыже является:

- 1) ☒ Лапароскопическая трансабдоминальная преперитонеальная герниопластика (TAPP)
 - 2) ☐ Операция Бассини
-

- 3) ☐ Операция Сапежко
-
- 4) ☐ Операция Мейо
-
- 5) ☐ Операция Винкельмана
-

39. Основным отличием эндоскопической тотальной экстраперитонеальной герниопластики (ТЕР пластики) от лапароскопической трансабдоминальной преперитонеальной герниопластики (ТАРР пластики) является:

- 1) ☒ Не требуется вход в брюшную полость
-
- 2) ☐ Операция выполняется под общим обезболиванием
-
- 3) ☐ Вмешательство может быть выполнено только при двусторонних паховых грыжах
-
- 4) ☐ Необходимы навыки лапароскопической хирургии и использование специального инструментария
-
- 5) ☐ Использование аллотрансплантата является обязательным
-

40. Нижней стенкой пахового канала является:

- 1) ☒ Паховая связка
-
- 2) ☐ Поперечная фасция
-
- 3) ☐ Нижний край наружной косой мышцы живота
-
- 4) ☐ Жимбернатова связка
-
- 5) ☐ Край подвздошной кости
-

41. Наличие яичка в грыжевом мешке характерно для грыжи:

- 1) ☒ Врождённой
-
- 2) ☐ Скользящей
-
- 3) ☐ Ущемлённой
-

- 4) ☐ Бедренной
- 5) ☐ Косой паховой
-

42. Прямую паховую грыжу характеризует слабость стенки пахового канала:

- 1) ☒ Задней
- 2) ☐ Передней
- 3) ☐ Верхней
- 4) ☐ Нижней
- 5) ☐ Всех стенок
-

43. Чаще всего в образовании скользящей грыжи участвуют:

- 1) ☒ Мочевой пузырь
- 2) ☐ Тощая кишка
- 3) ☐ Подвздошная кишка
- 4) ☐ Сигмовидная кишка
- 5) ☐ Большой сальник
-

44. Пахово-мошоночную грыжу следует дифференцировать со всеми следующими заболеваниями, кроме

- 1) ☒ Приустьевая аневризма большой подкожной вены
- 2) ☐ Варикоцеле
- 3) ☐ Опухоль семенного канатика
- 4) ☐ Гидроцеле
- 5) ☐ Опухоль яичка
-

45. Для ущемлённой грыжи не характерно наличие

-
- 1) ☒ Положительного симптома «кашлевого толчка»
-
- 2) ☐ Резких болей в области грыжевого выпячивания
-
- 3) ☐ Внезапного появления клинической симптоматики
-
- 4) ☐ Невправимости грыжи
-
- 5) ☐ Явлений острой кишечной непроходимости
-

Раздел: **6. Наружные брюшные грыжи 2**

Модуль: **1**

Тема: **6. Наружные брюшные грыжи**

1. Назовите признаки, характерные для прямой паховой грыжи:

- 1) ☒ Выходит через медиальную паховую ямку
- 2) ☒ Грыжевой мешок находится медиально от семенного канатика
- 3) ☒ Грыжа часто бывает двухсторонней
- 4) ☐ Выходит через латеральную паховую ямку
- 5) ☐ Грыжевой мешок находится в толще семенного канатика

2. Показаниями к экстренному оперативному вмешательству при самопроизвольном вправлении ущемлённой грыжи служат:

- 1) ☒ Появление перитонеальных симптомов
- 2) ☒ Сохраняющиеся признаки кишечной непроходимости
- 3) ☐ Повторное появление грыжевого выпячивания
- 4) ☐ Повышение температуры
- 5) ☐ Дизурические явления

3. При определении жизнеспособности ущемлённой петли кишки, в первую очередь необходимо ориентироваться на:

- 1) ☒ Цвет кишки
- 2) ☒ Наличие перистальтики
- 3) ☒ Пульсацию артерий брыжейки
- 4) ☐ Наличие выпота в брюшной полости
- 5) ☐ Наличие странгуляционной борозды

4. У больного 60 лет, страдающего аденомой предстательной железы, обнаружена невправимая прямая паховая грыжа. Количество остаточной мочи - 100,0 мл. Ваши рекомендации?

- 1) ☒ Выполнить УЗИ брюшной полости и предстательной железы
- 2) ☒ Рекомендовать консультацию уролога
- 3) ☐ Выполнить диафаноскопию и экскреторную урографию
- 4) ☐ Рекомендовать операцию грыжесечения на фоне катетеризации мочевого пузыря
- 5) ☐ Рекомендовать пожизненное ношение бандажа

5. Характерными признаками косой паховой грыжи являются:

- 1) ☒ Грыжевой мешок находится в толще семенного канатика
- 2) ☒ Грыжа может опускаться в мошонку
- 3) ☒ Грыжа может быть врождённой
- 4) ☐ Грыжевой мешок расположен медиально от семенного канатика
- 5) ☐ Грыжа часто бывает двухсторонней

6. Укажите способы пластики грыжевых ворот, применяемые при бедренной грыже:

- 1) ☒ Руджи-Парлавеччио
- 2) ☒ Бассини
- 3) ☒ Лапароскопическая герниопластика
- 4) ☐ Мейо
- 5) ☐ Сапезко

7. Укажите признаки ущемлённой грыжи:

- 1) ☒ Резкие боли в области грыжевого выпячивания
 - 2) ☒ Невправимость грыжи
 - 3) ☒ Плотная консистенция грыжевого выпячивания
 - 4) ☐ Отчётливо определяются болезненные края грыжевых ворот
 - 5) ☐ Положительный симптом «кашлевого толчка»
-

8. Противопоказаниями к плановому оперативному лечению грыжи являются:

- 1) ☒ Асцит
 - 2) ☒ Декомпенсированный сахарный диабет
 - 3) ☒ Острый инфаркт миокарда
 - 4) ☐ Общий атеросклероз
 - 5) ☐ Возраст больного старше 80 лет
-

9. Особенности лапароскопической трансабдоминальной преперитонеальной герниопластики (ТАРР пластики) являются:

- 1) ☒ Высокий косметический эффект
 - 2) ☒ Меньшая интенсивность болей в послеоперационном периоде по сравнению с открытыми методиками грыжесечения
 - 3) ☒ Возможность симультанных операций на органах брюшной полости
 - 4) ☐ Не требуется использование карбоксиперитонеума
 - 5) ☐ Выполняется под местной анестезией
-

10. По механизму развития выделяют следующие типы ущемления грыжи:

- 1) ☒ Эластическое
-

2) ☒ Каловое

3) ☐ Воспалительное

4) ☐ Опухолевое

5) ☐ Динамическое

11. Для ущемлённой вентральной грыжи характерны следующие признаки:

1) ☒ Отрицательный симптом «кашлевого толчка»

2) ☒ Напряжённость грыжевого выпячивания

3) ☒ Боли в области грыжи

4) ☐ Положительный симптом «кашлевого толчка»

5) ☐ Бледность кожных покровов над грыжей

12. При косой паховой грыже выполняют следующие операции:

1) ☒ Грыжесечение по Бассини

2) ☒ Грыжесечение по Лихтенштейну

3) ☒ Эндоскопическая тотальная экстраперитонеальная герниопластика (TEP пластика)

4) ☐ Грыжесечение по Сапежко

5) ☐ 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:

1) ☒ Наличие пульсации артерий брыжеечного края кишки

2) ☒ Наличие перистальтики кишки

- 3) ☐ Диаметр кишки менее 2 см
 - 4) ☐ Отсутствие газа в просвете кишки
 - 5) ☐ Отсутствие жидкости в просвете кишки
-

14. Основными признаками врождённой паховой грыжи являются:

- 1) ☒ Грыжа всегда косая
 - 2) ☒ На дне грыжевого мешка лежит яичко
 - 3) ☐ Вызывает позывы к частому мочеиспусканию
 - 4) ☐ Имеет склонность к частому ущемлению
 - 5) ☐ Грыжа всегда прямая
-

15. Отличие экстренной операции при ущемлённой грыже от планового грыжесечения в следующем:

- 1) ☒ Вначале вскрывается грыжевой мешок
 - 2) ☒ Может сопровождаться резекцией ущемлённых органов
 - 3) ☐ Вначале рассекается ущемляющее кольцо
 - 4) ☐ Операцию выполняют только под эндотрахеальным наркозом
 - 5) ☐ Пластику грыжевых ворот выполняют по Мейо
-

16. Ущемлённую бедренную грыжу необходимо дифференцировать с:

- 1) ☒ Тромбозом приустьёвого варикса большой подкожной вены
 - 2) ☒ Ущемлённой паховой грыжей
 - 3) ☒ Острым лимфаденитом
 - 4) ☐ Острым тромбофлебитом малой подкожной вены
-

5) ☐ Тазовым абсцессом

17. Элементами наружной грыжи живота являются:

1) ☒ Грыжевые ворота

2) ☒ Грыжевой мешок

3) ☒ Содержимое грыжи

4) ☒ Оболочки грыжи

5) ☐ Грыжевая вода

18. По происхождению различают грыжи:

1) ☒ Врождённые

2) ☒ Приобретённые

3) ☐ Вправимые

4) ☐ Невправимые

5) ☐ Грыжи с явлениями копростаз

19. Какие грыжи относятся к редким видам грыж?

1) ☒ Спигелиевой линии

2) ☒ Поясничные

3) ☒ Промежностные

4) ☐ Пупочные

5) ☐ Паховые

20. Осложнениями пахово-мошоночных грыж являются:

- 1) ☒ Ущемление
- 2) ☒ Невправимость
- 3) ☒ Воспаление
- 4) ☒ Копростаз
- 5) ☐ Дыхательная недостаточность

21. Какие грыжи по локализации относятся к редким формам?

- 1) ☒ Промежностные
- 2) ☒ Мечевидного отростка
- 3) ☐ Пупочная
- 4) ☐ Паховая
- 5) ☐ Бедренная

22. Симптомы ущемленной грыжи - это?

- 1) ☒ Невправимость грыжи
- 2) ☒ Боль в области грыжи
- 3) ☒ Отрицательный симптом кашлевого толчка
- 4) ☐ Увеличение грыжевого мешка в размерах
- 5) ☐ Положительный симптом кашлевого толчка

23. Что является составными частям грыжи?

- 1) ☒ Грыжевой мешок

- 2) ☒ Грыжевые ворота
 - 3) ☒ Грыжевое содержимое
 - 4) ☐ Грыжевая вода
 - 5) ☐ Апоневроз наружной косой мышцы живота
-

24. Части грыжевого мешка - это:

- 1) ☒ Шейка грыжевого мешка
 - 2) ☒ Тело грыжевого мешка
 - 3) ☒ Дно грыжевого мешка
 - 4) ☐ Грыжевое содержимое
 - 5) ☐ Грыжевые ворота
-

25. Способы восстановления жизнеспособности ущемленной петли кишки:

- 1) ☒ Отогревание ущемленной петли кишки горячими влажными марлевыми салфетками
 - 2) ☒ Блокада корня брыжейки ущемленной петли кишки раствором 0,25% Новокаина
 - 3) ☐ Охлаждение ущемленной петли льдом
 - 4) ☐ Блокада корня брыжейки ущемленной петли кишки раствором 0,1% Адреналина
 - 5) ☐ Блокада корня брыжейки ущемленной петли кишки растворами антибиотиков
-

Раздел: **1. Острая артериальная непроходимость 1**
Модуль: **2**
Тема: **1. Острая артериальная непроходимость**

1. Для острой ишемии конечности II-Б степени, развившейся вследствие эмболии бедренной артерии, характерны все перечисленные симптомы, кроме:

- 1) ☒ Мышечная контрактура в голеностопном суставе
- 2) ☐ Боли в конечности
- 3) ☐ "Мраморный рисунок" кожных покровов конечности
- 4) ☐ Похолодание конечности
- 5) ☐ Отсутствие активных движений в суставах конечности

2. Причиной острой окклюзии плечевой артерии может явиться любое заболевание, кроме:

- 1) ☒ Аневризмы брюшного отдела аорты
- 2) ☐ Митрального стеноза
- 3) ☐ Аневризмы сердца
- 4) ☐ Инфаркта миокарда
- 5) ☐ Тромбоэмболии плечевой артерии

3. Причиной острой окклюзии подключичной артерии может явиться любое заболевание, кроме:

- 1) ☒ Илео-фemorального флеботромбоза
- 2) ☐ Митрального стеноза
- 3) ☐ Аневризмы сердца
- 4) ☐ Инфаркта миокарда
- 5) ☐ Компрессионного сдавления подключичной артерии добавочным шейным ребром

4. При эмболии артерий нижней конечности, сопровождающейся острой ишемией, операция эмболтромбэктомия показана во всех случаях, кроме:

- 1) ☒ Тотальной контрактуры суставов пораженной конечности
- 2) ☐ Острого инфаркта миокарда
- 3) ☐ Острого ишемического инсульта
- 4) ☐ Пневмонии
- 5) ☐ Субфасциального отека голени

5. Больному поставлен следующий диагноз: - «Эмболия бифуркации аорты, отек легких». В данном случае показано выполнение:

- 1) ☒ Экстренная эмболэктомия из бифуркации аорты параллельно с реанимационными мероприятиями
- 2) ☐ Отсроченная эмболэктомия из бифуркации аорты после купирования отека лёгких
- 3) ☐ Эмболэктомия из лёгочных артерий и пликация нижней полой вены
- 4) ☐ Аорто-бедренное шунтирование после купирования отека лёгких
- 5) ☐ Имплантация кава-фильтра и тромболитическая терапия

6. При эмболии бедренной артерии, ишемии II-B степени, правильным методом лечения будет:

- 1) ☒ Экстренная операция – эмболэктомия
- 2) ☐ Тромболитическая терапия стрептазой
- 3) ☐ Чрескожная эндоваскулярная дилатация артерии
- 4) ☐ Антикоагулянтная терапия
- 5) ☐ Первичная ампутация конечности

7. Больному, страдающему митральным пороком сердца мерцательной аритмией, перенесшему сутки

назад эмболектomie из бедренной артерии, противопоказана:

- 1) ☒ Тромболитическая терапия.
- 2) ☐ Противовоспалительная терапия
- 3) ☐ Антикоагулянтная терапия.
- 4) ☐ Антибактериальная терапия.
- 5) ☐ Дезинтоксикационная терапия.

8. Для острой ишемии конечности II-Б степени, развившейся вследствие эмболии бедренной артерии, характерны все перечисленные симптомы, кроме:

- 1) ☒ Мышечная контрактура в голеностопном суставе
- 2) ☐ Боли в конечности
- 3) ☐ "Мраморный рисунок" кожных покровов конечности
- 4) ☐ Похолодание конечности
- 5) ☐ Отсутствие активных движений в суставах конечности

9. У больного 60 лет, ранее перенесшего инфаркт миокарда, за 6 часов до госпитализации внезапно появились боли в левой ноге, наблюдалось ее похолодание, активные движения в голеностопном суставе стали ограничены, пульсация артерий конечности определяется тотчас ниже паховой связки, дистальнее не определяется. Поставьте правильный диагноз.

- 1) ☒ Эмболия левой бедренной артерии, ишемия II-ой степени
- 2) ☐ Эмболия левой подколенной артерии, ишемия I-ой степени
- 3) ☐ Эмболия левой подвздошной артерии, ишемия II-ой степени
- 4) ☐ Острый илио-фemorальный венозный тромбоз
- 5) ☐ Начинаяющаяся венозная гангрена

10. Какое из оперативных вмешательств наиболее предпочтительно при эмболии бифуркации бедренной артерии:

- 1) ☒ Экстренная эмболэктомия из бедренной артерии
- 2) ☐ Отсроченная эмболэктомия из бедренной артерии
- 3) ☐ Пликация нижней полой вены
- 4) ☐ Аорто-бедренное шунтирование
- 5) ☐ Бедренно-подколенное шунтирование

11. При эмболии правой общей подвздошной артерии, сопровождающейся тотальной контрактурой конечности, оптимальным методом лечения будет:

- 1) ☒ Первичная ампутация конечности
- 2) ☐ Тромболитическая терапия
- 3) ☐ Экстренная эмболэктомия с последующей гемосорбцией
- 4) ☐ Антикоагулянтная терапия
- 5) ☐ Введение миорелаксантов

12. У больного 65 лет, страдающего ИБС и мерцательной аритмией, внезапно появились боли в обеих нижних конечностях. При осмотре отмечается похолодание кожи обеих нижних конечностей. Кожные покровы нижних конечностей бледные, наблюдается мраморный рисунок. Пульсация обеих бедренных артерий не определяется. Поставьте диагноз.

- 1) ☒ Эмболия бифуркации аорты
- 2) ☐ Острый подвздошно-бедренный венозный тромбоз
- 3) ☐ Эмболия правой бедренной артерии
- 4) ☐ Острый тромбоз нижней полой вены
- 5) ☐ Синдром Лериша

13. Выберите оптимальный доступ для оперативного вмешательства у больного с эмболией бифуркации аорты

- 1) ☒ Двухсторонний бедренный доступ
- 2) ☐ Продольная стернотомия
- 3) ☐ Внебрюшинный доступ по Пирогову
- 4) ☐ Тораколапаротомия
- 5) ☐ Нижнесрединная лапаротомия

14. У больного 34 лет без сердечно-сосудистого анамнеза диагностировано нарушение кровообращения в правой плечевой артерии, ишемия IIб степени. Состояние больного удовлетворительное. Пульс 78 уд./мин. По результатам ЭКГ и эхокардиографии патологии не обнаружено. Укажите наиболее вероятную причину острой артериальной непроходимости:

- 1) ☒ Компрессионное сдавление подключичной артерии добавочным шейным ребром
- 2) ☐ Митральный стеноз
- 3) ☐ Неспецифический аортоартериит
- 4) ☐ Острый тромбоз глубоких вен голени
- 5) ☐ Аневризма сердца

15. При эмболии бедренной артерии, ишемии II-Б степени, правильным методом лечения будет:

- 1) ☒ Экстренная восстановительная операция - эмболтромбэктомия.
- 2) ☐ Тромболитическая терапия стрептазой
- 3) ☐ Антикоагулянтная терапия
- 4) ☐ Первичная ампутация конечности
- 5) ☐ Чрескожная эндоваскулярная дилатация артерии

16. Условия, способствующие развитию тромбоза сосудов все, кроме:

- 1) ☒ гемофилия
- 2) ☐ замедление тока крови
- 3) ☐ ускорение времени свертываемости крови
- 4) ☐ повреждение интимы сосуда
- 5) ☐ кататеризация сосуда

17. Причиной ишемической гангрены конечности может быть:

- 1) ☐ артериальный тромбоз
- 2) ☒ геморрагический васкулит
- 3) ☐ острый венозный тромбоз
- 4) ☐ варикотромбофлебит
- 5) ☐ жировая эмболия

18. Наиболее частой причиной острого тромбоза артерий нижних конечностей является:

- 1) ☐ облитерирующий тромбангит
- 2) ☒ облитерирующий атеросклероз
- 3) ☐ пункция и катетеризация артерии
- 4) ☐ экстравазальная компрессия артерии
- 5) ☐ полицитемия

19. Что из нижеперечисленных методов не оказывает влияния на возникновение тромбоза сосуда?

- 1) ☒ понижение свертываемости крови

- 2) ☐ замедление тока крови
 - 3) ☐ повышение свертываемости крови
 - 4) ☐ спазм сосуда
 - 5) ☐ поражение интимы сосуда
-

20. Причиной ишемической гангрены конечности может быть:

- 1) ☒ артериальная эмболия
 - 2) ☐ митральный стеноз
 - 3) ☐ встрый венозный тромбоз
 - 4) ☐ варикотромбофлебит
 - 5) ☐ жировая эмболия
-

21. Для острой ишемии конечности 2В степени, развившейся вследствие эмболии бедренной артерии, нехарактерно:

- 1) ☒ мышечная контрактура конечности
 - 2) ☐ боль в конечности
 - 3) ☐ «мраморный» рисунок кожных покровов
 - 4) ☐ похолодание конечности
 - 5) ☐ отсутствие активных движений в суставах конечности
-

22. Для острой ишемии конечности 1Б степени не характерны:

- 1) ☒ субфасциальный отёк
 - 2) ☐ чувство похолодания и анемения в конечности
-

3) ☐ парестезии

4) ☐ боли в покое

5) ☐ бледность кожи

23. Для острой ишемии конечности 3 Б степени, развившейся при эмболии бедренной артерии, характерны следующие признаки, кроме:

1) ☒ ограничение активных движений в суставах конечности

2) ☐ боль в конечности

3) ☐ похолодание конечности

4) ☐ резкая болезненность при попытке пассивных движений в суставах конечности

5) ☐ тотальная мышечная контрактура

24. Наиболее частой причиной эмболии артерий большого круга кровообращения является:

1) ☒ мерцательная аритмия

2) ☐ атеросклероз дуги аорты

3) ☐ тромбоз вен большого круга кровообращения

4) ☐ аневризмы аорты

5) ☐ аневризма сердца

25. В дифференциальной диагностике острого артериального тромбоза от эмболии важную роль играет следующий критерий:

1) ☒ мерцательная аритмия

2) ☐ пол пациента

3) ☐ возраст пациента

4) ☐ уровень отсутствия пульсации артерий конечности

5) ☐ отёк обеих конечностей

26. Больная 34 лет, страдающая ревматическим митральным стенозом, поступила в хирургический стационар с клинической картиной эмболии правой плечевой артерии (ишемия II-A степени) через 6 часов с момента заболевания. Укажите правильную тактику лечения больной:

1) ☒ Экстренная эмболэктомия из плечевой артерии.

2) ☐ Экстренная митральная комиссуротомия.

3) ☐ Комплексная антитромботическая терапия.

4) ☐ Тромболитическая терапия.

5) ☐ Митральная комиссуротомия в плановом порядке.

27. Больная, страдающая ИБС и мерцательной аритмией, жалуется на резкие боли в ногах, выраженную одышку, которые появились 7 часов назад. Состояние больной тяжелое, имеются признаки отека легких, артериальная гипертензия 190/110 мм рт. ст. Обе нижние конечности и ягодицы с выраженным мраморным рисунком, холодные на ощупь. Активные движения отсутствуют, пассивные сохранены. Определяется полная анестезия конечностей. Пульсация бедренных артерий отсутствует. Чем обусловлено данное состояние больной?

1) ☐ Острая левожелудочковая недостаточность

2) ☐ Тромбоэмболия легочных артерий

3) ☒ Эмболия бифуркации аорты

4) ☐ Острый тромбоз нижней полой вены

5) ☐ Синдром Лериша

28. Пациентка 34 лет, страдающая ревматическим митральным стенозом, поступила в хирургический стационар с клинической картиной эмболии левой подключичной артерии (ишемия II-B степени) через 6 часов с момента заболевания. Укажите правильную тактику лечения больной:

- 1) ☒ Экстренная эмболектomia из подключичной артерии
-
- 2) ☐ Имплантация кафа-филътра в нижнюю полую вену
-
- 3) ☐ Комплексная антитромботическая терапия.
-
- 4) ☐ Тромболитическая терапия.
-
- 5) ☐ Экстренная митральная комиссуротомия.
-

29. При эмболии бедренной артерии, ишемии 3-Б степени (тотальная контрактура конечности) методом выбора является

- 1) ☐ Экстренная эмболектomia
-
- 2) ☐ Тромболитическая терапия
-
- 3) ☐ Антикоагулянтная терапия
-
- 4) ☐ Симптоматическая терапия
-
- 5) ☒ Первичная ампутация конечности
-

30. Причиной эмболии плечевой артерии может явиться любое заболевание, кроме:

- 1) ☐ Митрального стеноза
-
- 2) ☐ Острого инфаркта миокарда
-
- 3) ☐ Аневризмы сердца
-
- 4) ☒ Аневризмы брюшного отдела аорты
-
- 5) ☐ Компрессионного сдавления подключичной артерии добавочным шейным ребром
-

31. О жизнеспособности ишемизированной конечности на почве артериальной эмболии можно судить по данным следующего метода:

- 1) ☐ Сфигмографии
-

- 2) ☐ Реовазографии
-
- 3) ☒ Сцинтиграфии с Tc99 (технецием)-пирофосфатом
-
- 4) ☐ Плетизмографии
-
- 5) ☐ Термографии
-

32. Наиболее совершенным инструментом для эмболэктомии из магистральной артерии является:

- 1) ☐ Сосудистое кольцо Вольмара
-
- 2) ☐ Вакуум-отсос
-
- 3) ☒ Баллонный катетер Фогарти
-
- 4) ☐ Корзинка Дормиа
-
- 5) ☐ Окончатые щипцы
-

33. Наиболее частой причиной эмболии артерий большого круга кровообращения является:

- 1) ☐ Синдром Лериша
-
- 2) ☒ Мерцательная аритмия
-
- 3) ☐ Тромбоз вен большого круга кровообращения
-
- 4) ☐ Аневризма аорты
-
- 5) ☐ Рудиментарное шейное ребро
-

34. Операция эмболтромбэктомия при острой непроходимости бифуркации аорты и артерий конечности при тяжёлой ишемии (2-Б) показана во всех случаях, кроме:

- 1) ☐ Сопутствующего острого инфаркта миокарда
-
- 2) ☐ Сопутствующего острого ишемического инсульта
-

- 3) ☐ Сопутствующей абсцедирующей пневмонии
-
- 4) ☒ Развития тотальной контрактуры поражённой конечности
-
- 5) ☐ Развития парестезий конечностей
-

35. При эмболектмии из бифуркации аорты наиболее часто применяется оперативный доступ:

- 1) ☐ Нижнесрединная лапаротомия
-
- 2) ☐ Забрюшинный по Робу
-
- 3) ☐ Односторонний бедренный
-
- 4) ☒ Двусторонний бедренный
-
- 5) ☐ Торакофренолапаротомия
-

36. В топической диагностике острой артериальной непроходимости наиболее информативным методом исследования является:

- 1) ☐ Сфигмография
-
- 2) ☐ Реовазография
-
- 3) ☒ Аорто-артериография
-
- 4) ☐ Плетизмография
-
- 5) ☐ Термография
-

37. При развитии эмболии подколенной артерии, ишемии 2-Б степени, у больного с геморрагическим инсультом необходима:

- 1) ☒ Экстренная эмболтромбэктомия
-
- 2) ☐ Тромболитическая терапия
-
- 3) ☐ Антикоагулянтная терапия
-

- 4) ☐ Симптоматическая терапия
- 5) ☐ Первичная ампутация конечности
-

38. Наиболее частой причиной острого тромбоза артерий нижних конечностей является:

- 1) ☐ Восходящий тромбофлебит большой подкожной вены
- 2) ☒ Облитерирующий атеросклероз
- 3) ☐ Пункция и катетеризация артерии
- 4) ☐ Экстравазальная компрессия артерии
- 5) ☐ Полицитемия
-

39. Для острой ишемии конечности 2-А степени, развившейся вследствие эмболии бедренной артерии, не характерно:

- 1) ☐ Боль в конечности
- 2) ☐ Бледность кожных покровов конечности
- 3) ☐ Похолодание конечности
- 4) ☐ Ограничение активных движений в голеностопном суставе
- 5) ☒ Мышечная контрактура в суставах конечности
-

40. При эмболии бедренной артерии, ишемии конечности 2-Б степени, методом выбора является:

- 1) ☐ Тромболитическая терапия стрептазой
- 2) ☐ Антикоагулянтная терапия
- 3) ☒ Экстренная эмболтромбэктомия
- 4) ☐ Первичная ампутация конечности
-

5) ☐ Чрескожная интраваскулярная дилатация артерии

41. При эмболии бедренной артерии и развившейся контрактуре конечности в голеностопном и коленном суставах методом выбора является:

1) ☐ Экстренная эмболэктомия с последующей гемосорбцией

2) ☐ Тромболитическая терапия

3) ☐ Антикоагулянтная терапия

4) ☐ Симптоматическая терапия

5) ☒ Первичная ампутация конечности

42. Операция эмбол-или тромбэктомия при острой непроходимости артерий конечности при тяжёлой ишемии показана во всех случаях, кроме:

1) ☐ При развитии острого инфаркта миокарда

2) ☒ При развитии тотальной контрактуры в суставах поражённой конечности

3) ☐ При остром ишемическом инсульте

4) ☐ В случае абсцедирующей пневмонии

5) ☐ При субфасциальном отёке голени

43. Больная, 34 лет, страдающая ревматическим митральным стенозом, поступила в хирургический стационар с признаками эмболии правой плечевой артерии через 6 часов с момента заболевания, ишемия конечности 2-А. Какое тактическое решение будет правильным?

1) ☐ Комплексная антитромботическая терапия

2) ☐ Тромболитическая терапия

3) ☒ Экстренная эмболэктомия из плечевой артерии

4) ☐ Экстренная митральная комиссуротомия

5) ☐ Митральная комиссуротомия в плановом порядке

44. При эмболии бедренной артерии и развившейся контрактуре конечности в голеностопном и коленном суставах методом выбора является:

- 1) ☐ Экстренная эмболэктомия
- 2) ☐ Тромболитическая терапия
- 3) ☐ Антикоагулянтная терапия
- 4) ☐ Симптоматическая терапия
- 5) ☒ Первичная ампутация конечности
-

45. Для острой ишемии конечности 3-Б степени, развившейся при эмболии бедренной артерии, характерен следующий клинический признак, отличающий её от других степеней ишемии:

- 1) ☐ Боль в конечности
- 2) ☐ Похолодание конечности
- 3) ☐ Отсутствие активных движений в суставах конечности
- 4) ☐ Резкая болезненность при попытке пассивных движений в суставах конечности
- 5) ☒ Тотальная мышечная контрактура
-

46. Для выполнения операции эмболэктомии из бифуркации аорты оптимальным оперативным доступом будет:

- 1) ☒ Двухсторонний бедренный доступ
- 2) ☐ Нижнесрединная лапаротомия
- 3) ☐ Торакофренолапаротомия
- 4) ☐ Односторонний бедренный доступ
-

5) ☐ Левосторонняя люмботомия.

Раздел: **1. Острая артериальная непроходимость 2**
Модуль: **2**
Тема: **1. Острая артериальная непроходимость**

1. Для острой окклюзии магистральных артерий конечности типично:

- 1) ☒ Бледность конечности
- 2) ☒ Боли в конечности
- 3) ☐ Выраженный отёк конечности
- 4) ☒ Парестезии конечности
- 5) ☒ Исчезновение пульса на дистальных артериях стопы

2. При отсутствии у больного с эмболией бедренной артерии какого-либо заболевания сердца в качестве причины эмболии можно заподозрить:

- 1) ☒ Аневризму аорты
- 2) ☒ Аневризму подвздошной артерии
- 3) ☒ Атероматоз аорты с пристеночным тромбом
- 4) ☐ Тромбоз верхней брыжеечной вены
- 5) ☐ Добавочное шейное ребро с сдавлением подключичной артерии

3. Для эмболии поверхностной бедренной артерии характерно:

- 1) ☐ Отсутствие пульсации общей бедренной артерии тотчас под пупартовой связкой
- 2) ☒ Отсутствие пульсации поверхностной бедренной артерии в Гунтеровом канале
- 3) ☒ Отсутствие пульсации подколенной артерии
- 4) ☒ Усиление (по сравнению с другой конечностью) пульсации общей бедренной артерии тотчас под пупартовой связкой
- 5) ☐ Усиление пульсации подколенной артерии

4. При решении вопроса о тактике лечения больного с тяжелой ишемией конечности неизвестного генеза оптимальным является следующее сочетание инструментальных методов исследования:

- 1) ☐ Сфигмография
- 2) ☒ Аортоартериография
- 3) ☐ Термография
- 4) ☒ Ультразвуковая доплерография
- 5) ☐ Окклюзионная плетизмография

5. Для острой ишемии конечности 1-Б степени, развившейся в результате эмболии бедренной артерии, характерны следующие признаки:

- 1) ☒ Чувство онемения и похолодания конечности
- 2) ☒ Парестезии
- 3) ☒ Боли в покое
- 4) ☐ Ограничение активных движений в суставах конечности
- 5) ☐ Субфасциальный мышечный отёк

6. В дифференциальной диагностике острого тромбоза бедренной артерии с острым илиофemorальным венозным тромбозом важную роль играют следующие критерии

- 1) ☐ Пол
- 2) ☐ Возраст
- 3) ☒ Наличие резкого отёка бедра и голени
- 4) ☒ Отсутствие пульсации артерий конечности
- 5) ☒ Похолодание конечности

7. В зоне острой ишемии при эмболии магистральных артерий нижней конечности наблюдаются следующие патологические процессы:

- 1) ☐ Метаболический алкалоз
- 2) ☒ Метаболический ацидоз
- 3) ☒ Деструкция миоцитов
- 4) ☐ Уменьшение вязкости крови
- 5) ☒ Гиперагрегация тромбоцитов.

8. Для острой ишемии конечности 3-Б степени, развившейся при эмболии бедренной артерии, характерны следующие признаки;

- 1) ☒ Боль в конечности
- 2) ☐ Сохранение активных движений в суставах конечности
- 3) ☒ Отсутствие активных движений в суставах конечности
- 4) ☒ Резкая болезненность при попытке пассивных движений в суставах конечности
- 5) ☒ Тотальная мышечная контрактура

9. В дифференциальной диагностике острых артериальных тромбозов от эмболии важную роль играют следующие критерии:

- 1) ☐ Пол
- 2) ☐ Масса тела
- 3) ☒ Отсутствие пульсации артерий конечности
- 4) ☒ Мерцательная аритмия
- 5) ☒ Перемежающаяся хромота

10. При проведении дифференциальной диагностики между острым подвздошно-бедренным венозным тромбозом и тромбоэмболией бедренной артерии необходимо учитывать следующие признаки:

- 1) ☒ Характер отёка
- 2) ☒ Окраску кожи
- 3) ☐ Массу тела
- 4) ☒ Наличие мышечной контрактуры
- 5) ☒ Пульсацию артерий стопы

11. Инфаркт кишечника вследствие эмболии верхней брыжеечной артерии обычно возникает у больных:

- 1) ☒ Страдающих митральным стенозом
- 2) ☒ Страдающих ИБС и мерцательной аритмией
- 3) ☒ Перенёсших инфаркт миокарда
- 4) ☐ Страдающих неспецифическим аорто-артериитом
- 5) ☐ Страдающих циррозом печени

12. При эмболии верхней брыжеечной артерии выполняют следующие виды оперативных вмешательств:

- 1) ☒ «Чистую» эмболэктомию на верхней брыжеечной артерии
- 2) ☒ Эмболэктомию в сочетании с резекцией тонкой кишки
- 3) ☐ Эмболэктомию в сочетании с резекцией левой половины толстой кишки
- 4) ☒ Резекцию участка подвздошной кишки и правой половины ободочной кишки
- 5) ☐ Тотальную резекцию тощей и подвздошной кишки, правой половины ободочной кишки

13. Для эмболии подколенной артерии характерны клинические признаки:

- 1) ☐ Отсутствие пульсации бедренной артерии
 - 2) ☐ Усиление венозного рисунка конечности
 - 3) ☒ Отсутствие пульсации артерий на стопе
 - 4) ☐ Боли в бедре
 - 5) ☒ Боли в голени
-

14. Больная, 70 лет, страдающая ИБС и мерцательной аритмией, жалуется на резкие боли в ногах, выраженную одышку, которые появились 7 часов назад. Состояние больной крайне тяжёлое, имеются признаки отёка лёгких; Обе нижние конечности и ягодицы с выраженным мраморным рисунком, холодные на ощупь. Активные движения отсутствуют, пассивные - сохранены. Определяется полная анестезия конечностей. Пульсация бедренных артерий отсутствует. Чем обусловлено данное состояние больной?

- 1) ☐ Тромбоэмболия лёгочных артерий
 - 2) ☒ Выраженная интоксикация, циркуляторный шок
 - 3) ☐ Острый тромбоз нижней полой вены
 - 4) ☐ Синдром Лериша
 - 5) ☒ Эмболия бифуркации аорты
-

15. При отсутствии у больного с эмболией бедренной артерии какого-либо заболевания сердца в качестве причины эмболии можно заподозрить:

- 1) ☒ Аневризму аорты
 - 2) ☒ Аневризму подвздошной артерии
 - 3) ☒ Атероматоз аорты с пристеночным тромбозом
 - 4) ☐ Тромбоз воротной вены
 - 5) ☐ Тромбоз почечной артерии
-

16. К современным высокотехнологичным способам реваскуляризации конечностей относятся все, кроме следующих:

- 1) ☒ Операция Опеля
- 2) ☒ Поясничная симпатэктомия
- 3) ☐ Роторная дезоблитерация
- 4) ☐ Баллонная ангиопластика
- 5) ☐ Стентирование артерий

17. В зоне острой ишемии при эмболии магистральных артерий нижней конечности наблюдаются следующие патологические процессы:

- 1) ☒ Метаболический ацидоз
- 2) ☒ Деструкция миоцитов.
- 3) ☐ Метаболический алкалоз
- 4) ☐ Уменьшение вязкости крови
- 5) ☐ Тромбоцитопения

18. Для эмболии бифуркации бедренной артерии характерны следующие клинические признаки:

- 1) ☒ Отсутствие пульсации бедренной артерии в гунтеровом канале
- 2) ☒ Отсутствие пульсации подколенной артерии
- 3) ☒ Усиление (по сравнению с контралатеральной конечностью) пульсации бедренной артерии тотчас ниже пупартовой связки
- 4) ☐ Резкий отек всей нижней конечности
- 5) ☐ Отсутствие пульсации бедренной артерии тотчас ниже пупартовой связки

19. Причинами тромбоза может быть все, кроме:

- 1) ☒ массивного кровотечения
- 2) ☒ дислипидемия
- 3) ☐ повреждение интимы
- 4) ☐ замедления кровотока и застоя
- 5) ☐ нарушения свёртывания крови

20. При отсутствии у больного с эмболией бедренной артерии какого-либо заболевания сердца в качестве причины эмболии можно заподозрить:

- 1) ☒ Аневризму аорты
- 2) ☒ Аневризму подвздошной артерии
- 3) ☒ Атероматоз аорты с пристеночным тромбом
- 4) ☐ Тромбоз верхней брыжеечной вены
- 5) ☐ Добавочное шейное ребро со сдавленной подключичной артерией

21. У больной 56 лет, страдающей ИБС и мерцательной аритмией, диагностирована эмболия правой подвздошной артерии. При исследовании системы гемостаза у этой больной можно ожидать следующие нарушения:

- 1) ☒ гиперкоагуляция
- 2) ☒ угнетение фибринолиза
- 3) ☒ гиперагрегация тромбоцитов
- 4) ☐ гипоагрегация тромбоцитов
- 5) ☐ гипокоагуляция

22. У больного 26 лет диагностирована тромбоэмболия левой плечевой артерии. При клиническом осмотре обращает на себя внимание сглаживание надключичных ямок, исчезновение пульса на правой лучевой артерии при поднятии и отведении руки в сторону (проба Айлена). Укажите наиболее вероятный источник тромбоэмболии:

- 1) ☒ Митральный стеноз, тромбоз ушка левого предсердия
- 2) ☒ Добавочное шейное ребро, постстенотическая аневризма подключичной артерии
- 3) ☐ Тромбоз верхней полой вены
- 4) ☐ Аневризма интрааренального отдела аорты
- 5) ☐ Синдром Педжета-Шреттера

23. Для острой ишемии конечности 2 Б степени характерно:

- 1) ☒ боль в конечности
- 2) ☒ «мраморный» рисунок кожных покровов
- 3) ☒ похолодание конечности
- 4) ☒ отсутствие активных движений в суставах конечности
- 5) ☐ мышечная контрактура

Раздел: **2. Хронические заболевания артерий 1**
Модуль: **2**
Тема: **2. Хронические заболевания артерий**

1. Назовите единственно верный и патогенетически обоснованный метод оперативного лечения синдрома Лериша?

- 1) ☒ Бифуркационное аорто-бедренное шунтирование
- 2) ☐ Поясничная симпатэктомия
- 3) ☐ Бедренно-подколенное шунтирование
- 4) ☐ Имплантация на голень большого сальника на сосудистой ножке
- 5) ☐ Одностороннее аорто-бедренное шунтирование

2. Поставьте правильный диагноз пациенту 74 лет, который предъявляет жалобы на боли в мышцах бедра и ягодицах, которые появляются при ходьбе на расстояние не более 50 м, а также на импотенцию. Болен в течение 6 лет. Состояние больного удовлетворительное. Кожные покровы ног бледные, прохладные на ощупь. Незначительное снижение чувствительности на стопах. Пульсация артерий не определяется на всем протяжении обеих нижних конечностей:

- 1) ☒ Синдром Лериша
- 2) ☐ Острая окклюзия нижней поллой вены
- 3) ☐ Тромбоз инфраренального отдела аорты
- 4) ☐ Атеросклеротическая окклюзия внутренних подвздошных артерий
- 5) ☐ Эмболия бифуркации аорты

3. Единственно верным и патогенетически обоснованным методом оперативного лечения пациента с синдромом Лериша и стенозом левой почечной артерии, осложненным вазоренальной гипертензией является следующий:

- 1) ☒ Бифуркационное аорто-бедренное шунтирование, пластика почечной артерии
- 2) ☐ Парциальное илеошунтирование и гипотензивная терапия

3) ☐ Бифуркационное аорто-бедренное шунтирование, нефрэктомия

4) ☐ Протезирование абдоминального отдела аорты и почечных артерий

5) ☐ Поясничная симпатэктомия

4. Выберите из указанных патологических состояний то, которое не характерно для синдрома Лериша:

1) ☒ Мигрирующий тромбофлебит нижних конечностей

2) ☐ Атрофия мышц нижних конечностей

3) ☐ Импотенция

4) ☐ Бледность кожных покровов

5) ☐ Боли в мышцах бёдер и ягодиц при ходьбе

5. Какие ангиографические признаки не выявляются при облитерирующем тромбангите?

1) ☒ Равномерное сужения артерий

2) ☐ Конической формы обрыв контрастирования артерии

3) ☐ Множественные мелкие, извитые, суженные коллатеральные артериальные ветви

4) ☐ Диффузный характер окклюзии

5) ☐ Изъеденность контура магистральных артерий

6. При ангиографии у пациента 75 лет, страдающего облитерирующим атеросклерозом сосудов выявлена окклюзия левой бедренной артерии в Гунтеровом канале протяженностью 25 см. Общая, частично поверхностная и глубокая артерии бедра проходимы. Через коллатерали контрастируются не измененная подколенная и артерии голени. Для восстановления кровотока в конечности следует произвести:

1) ☒ Бедренно-подколенное шунтирование

2) ☐ Пластику глубокой артерии бедра

- 3) ☐ Профундопластику и периаартериальную симпатэктомию
-
- 4) ☐ Оперативное лечение не показано, следует проводить консервативное лечение
-
- 5) ☐ Эндовазальную ангиопластику левой бедренной артерии
-

7. Наиболее обоснованным типом вмешательств при сегментарной окклюзии артерий конечности является:

- 1) ☒ Шунтирование
-
- 2) ☐ Пересадка большого сальника
-
- 3) ☐ Поясничная симпатэктомия
-
- 4) ☐ Баллонная ангиопластика
-
- 5) ☐ Реваскуляризирующая остеотрепанация
-

8. При протяженной атеросклеротической окклюзии поверхностной бедренной артерии в Гунтеровом канале методом выбора является:

- 1) ☒ Бедренно-подколенное шунтирование
-
- 2) ☐ Прямая эндартерэктомия из поверхностной бедренной артерии
-
- 3) ☐ Тромбэктомия катетером Фогарти с непрямой эндартерэктомией
-
- 4) ☐ Эндоваскулярная ангиопластика
-
- 5) ☐ Поясничная симпатэктомия
-

9. В случае влажной гангрены стопы у больного с облитерирующим атеросклерозом необходимо:

- 1) ☒ Срочно произвести ампутацию нижней конечности на уровне средней трети бедра
-
- 2) ☐ Выполнить широкие лампасные разрезы на стопе в пределах здоровых тканей
-
- 3) ☐ В экстренном порядке выполнить реконструктивную сосудистую операцию
-

4) ☐ Начать тромболитическую и массивную антибактериальную терапию

5) ☐ Попытаться перевести «влажную» гангрену в «сухую»

10. Заболеванию облитерирующим тромбангиитом подвержены преимущественно:

1) ☒ Мужчины до 40 лет

2) ☐ Женщины в возрасте до 35 лет

3) ☐ Мужчины в возрасте до 50 лет и женщины старше 45 лет

4) ☐ В равной степени мужчины и женщины старше 40 лет

5) ☐ Мужчины старше 60 лет

11. У больного 83 лет диагностирована атеросклеротическая окклюзия магистральных артерий (бедренной, подколенной, артерий голени) правой нижней конечности, начинающаяся гангрена стопы. Выберите оптимальный метод лечения:

1) ☒ Первичная ампутация конечности на уровне верхней трети бедра

2) ☐ Консервативное лечение

3) ☐ Поясничная симпатэктомия и ампутация стопы

4) ☐ Первичная ампутация конечности в нижней трети голени

5) ☐ Реконструктивная сосудистая операция

12. Больной 52 лет жалуется на снижение половой потенции и боли в мышцах бёдер при ходьбе. Для какого заболевания характерны эти симптомы?

1) ☒ Синдрома Лериша

2) ☐ Хроническая окклюзия нижней полой вены

3) ☐ Коарктация аорты

- 4) ☐ Аневризма брюшного отдела аорты
- 5) ☐ Хроническая постэмболическая окклюзия внутренних подвздошных артерий
-

13. Нехарактерным признаком для синдрома Лериша является:

- 1) ☒ Деформация коленных и голеностопных суставов
- 2) ☐ Снижение потенции
- 3) ☐ Нарушение сперматогенеза
- 4) ☐ Слабость и быстрая утомляемость нижних конечностей
- 5) ☐ Атрофия мышц нижних конечностей
-

14. При обследовании больного 57 лет, страдающего облитерирующим атеросклерозом сосудов нижних конечностей, выявлены ограниченные сегментарные стенозы левых наружной подвздошной и поверхностной бедренной артерий. Какой метод лечения будет предпочтителен в данном случае?

- 1) ☒ Эндоваскулярная баллонная ангиопластика
- 2) ☐ Консервативное лечение, направленное на расширение коллатерального русла
- 3) ☐ Боковая аутовенозная пластика наружной подвздошной и поверхностной бедренной артерий
- 4) ☐ Поясничная симпатэктомия
- 5) ☐ Левостороннее подвздошно-бедренное шунтирование
-

15. К патоморфологическим признакам облитерирующего тромбангиита относятся все, кроме:

- 1) ☒ Поражаются аорта и ее крупные ветви
- 2) ☐ Морфологические изменения развиваются в интима артерий
- 3) ☐ Поражаются сосуды дистального русла, включая микроциркуляторное звено
- 4) ☐ Тожественные изменения наблюдаются в венах нижних конечностей
-

5) ☐ Изменения артерий носят облитерирующий характер

16. Оптимальной операцией при хирургическом лечении синдрома Лериша является:

1) ☒ Бифуркационное аорто - бедренное шунтирование

2) ☐ Поясничная симпатэктомия

3) ☐ Бедренно - подколенное шунтирование

4) ☐ Одностороннее подвздошно-бедренное шунтирование

5) ☐ Имплантация на голень большого сальника на сосудистой ножке

17. Оптимальным методом лечения облитерирующего тромбангиита с окклюзией всех магистральных артерий голени и хронической артериальной недостаточностью нижних конечностей II-A стадии будет:

1) ☒ Консервативная терапия.

2) ☐ Первичная ампутация голени.

3) ☐ Бедренно-подколенное шунтирование.

4) ☐ Баллонная ангиопластика подколенной артерии

5) ☐ Резекция задних большеберцовых вен.

18. Пациент 57 лет жалуется на снижение половой потенции и боли, возникающие при ходьбе в мышцах бедра и ягодицах. Болен в течение 10 лет. Может пройти без остановки не более 70 метров. Состояние больного удовлетворительное. Пульсация бедренных артерий не определяется на обеих нижних конечностях. Укажите заболевание, которым обусловлена указанная клиническая картина:

1) ☒ Синдром Лериша

2) ☐ Атеросклеротическая окклюзия внутренних подвздошных артерий

3) ☐ Аневризма брюшного отдела аорты

4) ☐ Коарктация грудного отдела аорты

5) ☐ Атеросклеротическая окклюзия бедренных артерий обеих нижних конечностей

19. У больного с облитерирующим атеросклерозом при ангиографии выявлена окклюзия левой бедренной артерии в Гунтеровом канале протяженностью 15 см. Общая, частично поверхностная и глубокая артерии бедра проходимы. Через коллатерали контрастируются не измененная подколенная и артерии голени. Для восстановления кровотока в конечности следует произвести:

- 1) ☒ Бедренно-подколенное шунтирование с использованием аутовены
- 2) ☐ Пластику глубокой артерии бедра
- 3) ☐ Профундопластику и периапериартеральную симпатэктомию
- 4) ☐ Эндовазальную ангиопластику левой бедренной артерии
- 5) ☐ Оперативное лечение не показано, следует проводить консервативное лечение
-

20. У больного 65 лет, поступившего в клинику с жалобами на пульсирующее образование в брюшной полости, при ангиографическом исследовании обнаружено аневризматическое расширение инфраренального отдела аорты, распространяющееся на обе подвздошные артерии. Магистральные артерии нижних конечностей проходимы. Оптимальным методом лечения в этой клинической ситуации будет:

- 1) ☒ Плановая операция – резекция аневризмы аорты, двухстороннее аорто-бедренное протезирование
- 2) ☐ Гипотензивная терапия
- 3) ☐ Операция только в случае разрыва аневризмы
- 4) ☐ Экстренная операция - резекция аневризмы, двухстороннее аорто-бедренное шунтирование
- 5) ☐ Плановая операция - резекция инфраренального отдела аорты
-

21. У больного 56 лет диагностирован забрюшинный разрыв аневризмы инфраренального отдела аорты. АД 110/70 мм рт.ст. Ему показано:

- 1) ☒ Экстренная операция независимо от срока заболевания
- 2) ☐ Гемотрансфузия, нормализация показателей гемоглобина и мочевины крови, после чего - операция
-

- 3) ☐ Консервативная терапия для перевода заболевания в хроническую форму
-
- 4) ☐ При длительности заболевания не более 2-х часов - операция
-
- 5) ☐ Проведение управляемой гипотензии в реанимационном отделении и динамическое наблюдение
-

22. Ранними симптомами облитерирующего эндартериита являются все, кроме:

- 1) ☒ Некроз пальцев стопы
-
- 2) ☐ Трофические нарушения ногтей пальцев стоп
-
- 3) ☐ Ослабление волосяного покрова ног
-
- 4) ☐ Ослабление пульсации на подколенной артерии
-
- 5) ☐ Повышенная зябкость ног
-

23. Какой симптом не типичен для синдрома Лериша?

- 1) ☐ Нарушение сексуальной функции с исчезновением способности к эрекции и эякуляции
-
- 2) ☐ Нарушение сперматогенеза
-
- 3) ☐ Слабость и быстрая утомляемость нижних конечностей
-
- 4) ☐ Атрофия мышц нижних конечностей
-
- 5) ☒ Синяя пятнистая окраска подошвенных поверхностей
-

24. Чего нельзя ожидать при артериальной аневризме?

- 1) ☐ Разрыва
-
- 2) ☐ Сдавления соседних органов
-
- 3) ☐ Болей при остром разрыве
-
- 4) ☐ Артериальной тромбоэмболии
-

5) ☒ Спонтанного излечения

25. При быстро прогрессирующей влажной гангрене стопы на почве облитерирующего атеросклероза необходимо:

- 1) ☐ Произвести множественные разрезы кожи стопы
- 2) ☒ Срочно произвести ампутацию нижней конечности на уровне нижней трети бедра
- 3) ☐ Произвести шунтирование артерий
- 4) ☐ Продолжить мероприятия, направленные на перевод влажной гангрены в сухую
- 5) ☐ Проводить массивную антибиотикотерапию и тромболитическую терапию
-

26. Для облитерирующего атеросклероза артерий нижних конечностей характерно:

- 1) ☐ Летучие боли в суставах конечности
- 2) ☒ Перемежающаяся хромота
- 3) ☐ Молниеносный некроз стопы
- 4) ☐ Возникновение трофических язв в области коленных суставов
- 5) ☐ Сопутствующий тромбофлебит глубоких вен
-

27. Синдром Лериша - это:

- 1) ☐ Брахиоцефальный неспецифический артериит
- 2) ☒ Атеросклеротическая окклюзия бифуркации брюшной аорты
- 3) ☐ Капилляропатия дистальных отделов конечности
- 4) ☐ Окклюзия нижней полой вены
- 5) ☐ Мигрирующий тромбангиит
-

28. Для синдрома Лериша характерно все, кроме:

- 1) ☐ Похолодания нижних конечностей
- 2) ☐ Бледности кожных покровов
- 3) ☒ Мигрирующего тромбофлебита нижних конечностей
- 4) ☐ Болей в ягодицах при сидении
- 5) ☐ Импотенции

29. Для синдрома Такаясу не характерно:

- 1) ☐ Исчезновение пульса на верхних конечностях
- 2) ☒ Исчезновение пульса на нижних конечностях
- 3) ☐ «Писчий спазм»
- 4) ☐ Головокружение и головные боли
- 5) ☐ Ухудшение зрения вплоть до полной слепоты

30. При хирургическом лечении синдрома Лериша лучшим методом будет:

- 1) ☐ Поясничная симпатэктомия
- 2) ☐ Периартериальная симпатэктомия
- 3) ☒ Бифуркационное аорто-бедренное шунтирование
- 4) ☐ Одностороннее аорто-бедренное шунтирование
- 5) ☐ Тромбэктомия катетером Фогарти

31. При лечении больного со стенозом общей подвздошной артерии на протяжении 2 см, суживающим сосуд на 2/3 просвета, методом выбора является:

- 1) ☐ Бифуркационное аорто-бедренное шунтирование
- 2) ☐ Одностороннее подвздошно-бедренное шунтирование
- 3) ☐ Одностороннее бедренно-подколенное шунтирование
- 4) ☒ Чрезкожная интраваскулярная дилатация (ангиопластика катетером Грюнцига)
- 5) ☐ Поясничная симпатэктомия

32. При облитерирующем тромбангите с окклюзией всех магистральных артерий голени, но при хороших компенсаторных возможностях коллатералей, методом выбора будет:

- 1) ☒ Консервативная терапия
- 2) ☐ Первичная ампутация голени
- 3) ☐ Операция бедренно-подколенного шунтирования
- 4) ☐ Операция бедренно-тибиального шунтирования
- 5) ☐ Операция артериоэктомия

33. При обследовании больного 70 лет, страдающего облитерирующим атеросклерозом сосудов нижних конечностей, выявлены стенозы левой наружной подвздошной поверхностной бедренной артерий. Какой метод лечения будет предпочтителен в данном случае?

- 1) ☐ Консервативное лечение
- 2) ☒ Эндоваскулярная катетерная ангиопластика
- 3) ☐ Боковая аутовенозная пластика наружной подвздошной и поверхностной бедренной артерии
- 4) ☐ Левостороннее подвздошно-бедренное шунтирование
- 5) ☐ Поясничная симпатэктомия

34. У больного 48 лет с синдромом Лериша и стенозом почечной артерии с вазоренальной гипертензией, методом лечения будет:

- 1) ☐ Консервативная терапия
 - 2) ☐ Операция – бифуркационное аорто-бедренное шунтирование, нефрэктомия
 - 3) ☒ Операция – бифуркационное аорто-бедренное шунтирование, пластика почечной артерии
 - 4) ☐ Операция – бифуркационное аорто-подвздошное шунтирование
 - 5) ☐ Двусторонняя периаартериальная симпатэктомия
-

35. Заболеванию облитерирующим тромбангиитом подвержены преимущественно:

- 1) ☐ Женщины в возрасте 18-35 лет
 - 2) ☐ Мужчины в возрасте 18-35 лет
 - 3) ☒ В равной степени мужчины и женщины в возрасте до 40 лет
 - 4) ☐ В равной степени мужчины и женщины в возрасте старше 40 лет
 - 5) ☐ Мужчины старше 40 лет
-

36. Больным, перенёвшим операцию на аорте и артериях конечностей, в случае развития через год реокклюзии, для решения вопроса о возможности повторной операции, в первую очередь необходимо произвести:

- 1) ☐ Осциллографию
 - 2) ☐ Ревовазографию
 - 3) ☒ Артериографию
 - 4) ☐ Термографию
 - 5) ☐ Капилляроскопию
-

37. При сегментарной атеросклеротической окклюзии бедренной артерии, хронической ишемии конечности II Б стадии, методом выбора является:

- 1) ☐ Консервативное лечение
-
- 2) ☐ Поясничная симпатэктомия
-
- 3) ☒ Реконструктивная сосудистая операция
-
- 4) ☐ Тромбозектомия катетером Фогарти
-
- 5) ☐ Первичная ампутация конечности
-

Раздел: **2. Хронические заболевания артерий 2**
Модуль: **2**
Тема: **2. Хронические заболевания артерий**

1. Перечислите патологические процессы в артериях, которые встречаются при облитерирующем тромбангиите:

- 1) ☒ Нарушение местной нейро-рефлекторной регуляции
- 2) ☒ Ишемия артериальной стенки
- 3) ☒ Проплиферация соединительнотканых элементов стенки артерии
- 4) ☒ Тромбоз с облитерацией просвет артерии
- 5) ☐ Расслоение стенки артерии

2. Основными симптомами болезни Винивартера-Бюргера являются:

- 1) ☒ Острое начало
- 2) ☒ Ноющие боли по ходу подкожных вен
- 3) ☒ Мигрирующий тромбофлебит
- 4) ☐ Постепенное начало
- 5) ☐ Признаки дилатационной кардиомиопатии

3. Для решения вопроса о возможности оперативного вмешательства у больного с облитерирующим атеросклерозом артерий конечностей нужно произвести:

- 1) ☒ Ультразвуковое ангиосканирование
- 2) ☒ Аортоартериографию
- 3) ☐ Реовазографию нижних конечностей
- 4) ☐ Тредмил-тест
- 5) ☐ Термометрию

4. Для облитерирующего тромбангиита характерно:

- 1) ☒ Наличие «штопорообразных» коллатералей, выявляемых при ангиографии
- 2) ☒ Равномерное сужение просвета артерий голени при ультразвуком ангиосканировании
- 3) ☐ Признаки «расслоения» сосудистой стенки артерий голени при ультразвуковом ангиосканировании
- 4) ☐ Сочетанное поражение артерий голени и аорты
- 5) ☐ Наличие кальцинированных бляшек в различных отделах магистральных артерий конечностей

5. Какие исследования следует экстренно провести для уточнения диагноза “Забрюшинный разрыв аневризмы брюшного отдела аорты” и решения вопроса о характере лечения?

- 1) ☒ Ультразвуковое сканирование брюшной полости и забрюшинного пространства
- 2) ☒ Ангиографию брюшного отдела аорты и висцеральных ветвей
- 3) ☐ Гастродуоденоскопию
- 4) ☐ Колоноскопию
- 5) ☐ Обзорную рентгеноскопию брюшной полости

6. Для болезни Бюргера не характерно:

- 1) ☐ Острое начало
- 2) ☐ Ноющие боли по ходу подкожных вен
- 3) ☐ Мигрирующий тромбофлебит
- 4) ☒ Постепенное начало
- 5) ☒ Признаки дилатационной кардиомиопатии

7. Для синдрома Лериша характерно:

1) ☒ Отсутствие пульсации на обеих бедренных артериях

2) ☒ Высокая «перемежающая» хромота

3) ☒ Импотенция

4) ☐ Резкий отек обеих нижних конечностей

5) ☐ Контрактура нижней конечности

8. Для атеросклеротической окклюзии подколенной артерии характерно:

1) ☒ «Низкая» перемежающаяся хромота

2) ☒ Атрофия кожи дистальных отделов конечности

3) ☐ Усиленная пульсация бедренной артерии на стороне поражения

4) ☐ Увеличение волосяного покрова на дистальных отделах пораженной конечности

5) ☐ Компенсаторная гипертрофия мышц бёдер

9. При обследовании больного Вы заподозрили неосложненную аневризму брюшного отдела аорты. Какие диагностические методы могут дать наиболее полную информацию о характере заболевания?

1) ☒ Ультразвуковое сканирование брюшной полости и забрюшинного пространства

2) ☒ Аортография

3) ☐ Обзорная рентгеноскопия брюшной полости

4) ☐ Ретроградная илиокаваграфия

5) ☐ Лапароскопия

10. Для хронической артериальной недостаточности нижних конечностей характерно:

1) ☒ Деформация ногтей

- 2) ☒ Атрофия кожи
 - 3) ☒ Уменьшение волосяного покрова конечности
 - 4) ☐ Быстрое появление телеангиоэктазий
 - 5) ☐ Чувство жара в нижних конечностях
-

11. Что из перечисленного не характерно для облитерирующего эндартериита:

- 1) ☒ Варикозное расширение вен на пораженной конечности
 - 2) ☒ Пожилой возраст больного
 - 3) ☐ Ослабление периферической артериальной пульсации
 - 4) ☐ Трофические расстройства на пораженной конечности
 - 5) ☐ перемежающаяся хромота
-

12. Ангиографическими признаками облитерирующего атеросклероза сосудов нижних конечностей является все перечисленное, кроме:

- 1) ☒ Равномерного конического сужения магистральной артерии с ровными контурами и ее обрыва с плохо развитыми коллатеральными
 - 2) ☒ Мелких, штопорообразных, плохо развитых коллатералей
 - 3) ☐ Изъеденности контура артерии
 - 4) ☐ Неравномерного сужения магистральных сосудов
 - 5) ☐ Кальциноза артерии
-

13. Для решения вопроса о тактике лечения больного с тяжелой ишемией конечности неизвестного генеза оптимальным является следующее сочетание инструментальных методов исследования:

- 1) ☐ Сфигмография
-

2) ☒ Аорто-артериография

3) ☐ Термография

4) ☒ Ультразвуковая доплерография

5) ☐ Окклюзионная плетизмография

14. Хроническая артериальная ишемия нижних конечностей проявляется:

1) ☒ Уменьшением волосяного покрова конечности

2) ☒ Деформацией ногтей

3) ☒ Атрофией кожи

4) ☐ Пигментацией кожи

5) ☐ Резистентностью к холоду

15. Для выбора оптимального метода лечения хронической окклюзии аорты и артерий нижних конечностей абсолютно необходима информация, полученная при:

1) ☐ Сфигмографии

2) ☐ Осциллографии

3) ☐ Кожной термометрии

4) ☒ Аорто-артериографии

5) ☒ Ультразвуковой доплерографии

16. В отличие от синдрома Лериша, для атеросклеротической окклюзии подколенной артерии не характерны:

1) ☒ «Высокая» перемежающаяся хромота

2) ☐ Снижение кожной температуры конечности

3) ☐ Атрофия кожи дистальных отделов конечности

4) ☒ Импотенция

17. При проведении дифференциальной диагностики между облитерирующим атеросклерозом и тромбангиитом решающую роль играют:

1) ☐ Биохимический анализ крови

2) ☒ Данные реовазографии

3) ☒ Данные аорто-артериографии

4) ☐ Данные радионуклидного исследования с технецием пирофосфатом

5) ☐ Проба Гаккенбруха

18. Для синдрома Лериша характерны следующие клинические признаки:

1) ☐ Резкий отёк обеих нижних конечностей

2) ☒ Отсутствие пульсации на обеих бедренных артериях

3) ☐ Окклюзия висцеральных ветвей аорты

4) ☒ «Высокая» перемежающаяся хромота

5) ☒ Импотенция

19. При облитерирующем тромбангиите отмечаются следующие патологические изменения в артериях:

1) ☒ Нарушение местной нейро-рефлекторной регуляции

2) ☒ Спазм артерии

3) ☐ Истончение артериальной стенки

4) ☒ Проплиферация соединительнотканых элементов стенки сосуда

5) ☐ Тромбоз с облитерацией просвета сопутствующей вены

20. В дифференциальной диагностике хронических артериальных окклюзий с хронической венозной недостаточностью важную роль играют следующие критерии:

1) ☐ Пол

2) ☐ Возраст

3) ☒ Наличие отёка конечности

4) ☒ Ослабление или отсутствие пульсации артерий конечности

5) ☒ Перемежающаяся хромота

21. Наиболее информативными скрининг-методами диагностики патологии артерий нижних конечностей являются

1) ☐ Аорто-артериография нижних конечностей

2) ☒ Ультразвуковая доплерография

3) ☐ Реовазография

4) ☒ Ультразвуковое ангиосканирование

5) ☐ Термография

22. У больного 32 лет, страдающего облитерирующим тромбангиитом с явлениями хронической артериальной ишемии правой нижней конечности, при осмотре можно выявить следующие клинические признаки:

1) ☒ Жалобы на «низкую» перемежающуюся хромоту

2) ☒ Отсутствие пульса на артериях стопы

3) ☒ Снижение тактильной чувствительности на стопе

4) ☐ Усиление пульсации подколенной артерии по сравнению со здоровой конечностью

5) ☒ Исчезновение волосяного покрова голени

Раздел: **3. Острое нарушение мезентериального кровообращения 1**
Модуль: **2**
Тема: **3. Острое нарушение мезентериального кровообращения**

1. У больной 42 лет, страдающей митральным стенозом и мерцательной аритмией, 6 часов назад появились сильные боли в животе, была двухкратная рвота, жидкий стул. При осмотре состояние больной средней тяжести. Язык суховат. Живот мягкий во всех отделах, определяется выраженная болезненность в мезогастрии. Перитонеальных симптомов нет. Перистальтика кишечника ослаблена. Лейкоциты крови - 1910^9 /л. Какому заболеванию соответствует данная клиническая картина?

- 1) ☒ Острое нарушение мезентериального кровообращения
- 2) ☐ Острая странгуляционная кишечная непроходимость
- 3) ☐ Расслаивающая аневризма брюшного отдела аорты
- 4) ☐ Болезнь Бадда-Киари
- 5) ☐ Геморрагический панкреонекроз.

2. При эмболии устья верхней брыжеечной артерии обычно подвергаются ишемии:

- 1) ☒ Тонкая кишка и правая половина ободочной кишки
- 2) ☐ Двенадцатиперстная и тонкая кишка
- 3) ☐ Терминальный отдел тонкой кишки и все отделы ободочной кишки
- 4) ☐ Желудок и двенадцатиперстная кишка
- 5) ☐ Все отделы тонкой и ободочной кишки до сигмовидной

3. При обследовании больного с острым нарушением мезентериального кровообращения можно выявить следующие клинические симптомы:

- 1) ☒ Симптом Блинова (повышение АД на 60 – 80 мм рт. ст.)
- 2) ☐ Симптом Бартомье-Михельсона
- 3) ☐ Симптом Ровзинга

4) ☐ Симптом Курвуазье

5) ☐ Симптом Куленкампа

4. При подозрении на острый венозный мезентериальный тромбоз самым информативным методом диагностики будет являться:

1) ☒ Спиральная компьютерная томография органов брюшной полости с в/в болюсным усилением

2) ☐ Ирригоскопия;

3) ☐ Рентгенологический контроль за пассажем рентгеноконтрастного препарата по кишечнику

4) ☐ УЗИ органов брюшной полости

5) ☐ Рентгеноскопия органов брюшной полости

5. Сегментарный некроз подвздошной кишки может развиваться при тромботической или эмболической окклюзии:

1) ☒ III Сегмента верхней брыжеечной артерии

2) ☐ II сегмента верхней брыжеечной артерии

3) ☐ I сегмента верхней брыжеечной артерии

4) ☐ Нижней брыжеечной артерии

5) ☐ Чревного ствола

6. Операцией выбора при остром эмболическом поражении верхней брыжеечной артерии является:

1) ☒ Эмболектомия из верхней брыжеечной артерии при помощи катетера Фогарти

2) ☐ Аортomezентериальное шунтирование

3) ☐ Реимплантация устья артерии в аорту

4) ☐ Чрезаортальная эндартерэктомия из устья верхней брыжеечной артерии

- 5) ☐ Эндартерэктомия из верхней брыжеечной артерии с аутовенозной пластикой
-

7. При изолированной острой венозной интестинальной ишемии, при отсутствии гангрены кишки и перитонита, в обязательном порядке должно быть выполнено

- 1) ☒ Назначение антикоагулянтов
- 2) ☐ Оперативное лечение с резекцией кишки
- 3) ☐ Селективный тромболизис
- 4) ☐ Аортomezентерикография
- 5) ☐ Открытая тромбэктомия
-

8. При наличии гангрены кишки и выявлении окклюзии одного из сегментов ствола верхней брыжеечной артерии целесообразно вначале выполнить

- 1) ☒ Резекцию кишки
- 2) ☐ Сосудистое вмешательство
- 3) ☐ Аортomezентерикографию
- 4) ☐ Стентирование верхней брыжеечной артерии
- 5) ☐ Селективный тромболизис
-

9. Назовите неокклюзионные виды нарушений мезентериального кровообращения:

- 1) ☒ Длительный ангиоспазм сосудов брыжейки тонкой кишки вследствие применения адренергических препаратов
- 2) ☐ Эмболия верхней или нижней брыжеечных артерий
- 3) ☐ Тромбоз брыжеечных или воротной вен
- 4) ☐ Расслоение аневризмы брюшного отдела аорты с вовлечением устья верхней брыжеечной артерии
-

5) ☐ Травматическое повреждение устья верхней брыжеечной артерии

10. Больной 56 лет поступил через 2 часа от начала заболевания. Из анамнеза известно, что заболел остро, когда внезапно отметил появление интенсивных болей в эпигастрии. Была однократная рвота, однократный жидкий стул. Страдает ревматическим митральным пороком сердца, мерцательной аритмией, язвенной болезнью желудка. Объективно: состояние средней тяжести. Температура тела нормальная. Беспокоен, садится в постели, меняет положение тела. Кожные покровы бледные, влажные. Пульс - 102 удара в минуту, АД - 160/100 мм рт. ст. Язык влажный. Живот мягкий, участвует в акте дыхания, болезненный в мезогастррии. Симптом Щёткина-Блюмберга отрицательный. Печёночная тупость сохранена. Перистальтика кишечника ослаблена. «Шум плеска» не определяется. Лейкоциты крови - $24,2 \times 10^9/\text{л}$. Ваш клинический диагноз?

1) ☒ Острое нарушение мезентериального кровообращения

2) ☐ Геморрагический панкреонекроз

3) ☐ Перфоративная язва желудка или двенадцатиперстной кишки

4) ☐ Острая странгуляционная кишечная непроходимость

5) ☐ Разрыв аневризмы брюшного отдела аорты

11. Заподозрить у больного острое нарушение мезентериального кровообращения, обусловленное эмболией брыжеечных артерий, позволяет наличие в анамнезе:

1) ☒ Постинфарктной аневризмы левого желудочка.

2) ☐ Гипертонической болезни

3) ☐ Тромбоза глубоких вен н/конечностей

4) ☐ Спаечной болезни брюшной полости

5) ☐ Стеноза трикуспидального клапана

12. При переходе острого нарушения мезентериального кровотока в субкомпенсированное течение могут наблюдаться следующие варианты развития заболевания

1) ☒ Брюшная жаба (angina abdominalis)

2) ☐ Некроз кишки

3) ☐ Перитонит

4) ☐ Болезнь Крона

5) ☐ Болезнь Гиршпрунга

13. От каких факторов не зависит тактика лечения острого нарушения мезентериального кровообращения:

1) ☒ Пол пациента

2) ☐ Наличие гангрены кишечника

3) ☐ Распространенность некроза кишечника

4) ☐ Наличие и выраженность перитонита

5) ☐ Поражение артериального или венозного сосудистого русла

14. Инфаркт кишечника не может развиваться вследствие:

1) ☒ Тромбоза нижней полой вены

2) ☐ Эмболии верхней брыжеечной артерии

3) ☐ Тромбоза верхней брыжеечной артерии

4) ☐ Тромбоза верхней брыжеечной и портальной вен

5) ☐ Длительного ангиоспазма артериального русла брыжейки тонкой кишки

15. При подозрении на инфаркт кишечника лучшими методами диагностики будут

1) ☒ Спиральная компьютерная томография органов брюшной полости с в/в болюсным усилением

2) ☐ УЗИ органов брюшной полости

3) ☐ Колоноскопия

4) ☐ Обзорная рентгенография брюшной полости

5) ☐ Ирригоскопия

16. Наиболее частой причиной окклюзионного нарушения мезентериального кровообращения является:

1) ☒ эмболия верхней или нижней брыжеечной артерии

2) ☐ тромбоз верхней или нижней брыжеечной артерии

3) ☐ окклюзия устья брыжеечной артерии в результате расслоения аорты

4) ☐ сдавление (прорастание) сосудов опухолью

5) ☐ перевязка верхней или нижней брыжеечной артерии

17. Для эмболической или тромботической окклюзии 1 сегмента верхней брыжеечной артерии характерно развитие:

1) ☒ некроза всего тонкого кишечника и правой половины толстой кишки

2) ☐ сегментарного некроза тонкого кишечника

3) ☐ тотального некроза тонкой и толстой кишки

4) ☐ некроза левой половины толстой кишки

5) ☐ некроза начального отдела тонкой кишки

18. Для эмболической или тромботической окклюзии 2 сегмента верхней брыжеечной артерии характерно развитие:

1) ☒ субтотального некроза тонкой кишки с сохранением жизнеспособности толстой кишки

2) ☐ сегментарного некроза тонкого кишечника

3) ☐ тотального некроза тонкой и толстой кишок

4) ☐ некроза левой половины толстой кишки

5) ☐ некроза начального отдела тонкой кишки

19. Для эмболической или тромботической окклюзии 3 сегмента верхней брыжеечной артерии характерно развитие:

1) ☒ сегментарного некроза тонкой кишки

2) ☐ тотального некроза тонкой кишки

3) ☐ некроза толстой кишки

4) ☐ некроза левой половины толстой кишки

5) ☐ субтотального некроза тонкой кишки

20. Для эмболической или тромботической окклюзии нижней брыжеечной артерии характерно развитие:

1) ☒ тромбоза левой половины толстой кишки

2) ☐ сегментарного некроза тонкой кишки

3) ☐ некроза всей толстой кишки

4) ☐ некроза начального отдела тонкой кишки

5) ☐ тотального некроза тонкой и толстой кишки

21. Для тромботической и эмболической окклюзии верхней и нижней брыжеечной артерии характерно развитие:

1) ☒ тотального некроза тонкой и толстой кишки

2) ☐ некроза тонкого кишечника и правой половины толстой кишки

3) ☐ некроза толстой кишки

4) ☐ сегментарного некроза тонкой кишки

5) ☐ некроза левой половины толстой кишки

22. Методом выбора инструментальной диагностики нарушения мезентериального кровотока является:

- 1) ☒ КТ- ангиография брюшной полости
- 2) ☐ ультразвуковое исследование брюшной полости
- 3) ☐ обзорная рентгенография брюшной полости
- 4) ☐ МРТ брюшной полости
- 5) ☐ лапароскопия

23. Характерным неспецифическим лабораторным признаком мезентериального нарушения кровообращения является:

- 1) ☒ выраженный лейкоцитоз в общем анализе крови
- 2) ☐ тромбоцитопения
- 3) ☐ анемии
- 4) ☐ повышение уровня гематокрита
- 5) ☐ тромбоцитоз

24. Инструментальным признаком окклюзивного нарушения мезентериального кровообращения при КТ-ангиографии брюшной полости является:

- 1) ☒ симптом “обрыва” артериального сосуда и наличие пустого сосуда дистальнее
- 2) ☐ выраженный пневматоз кишечника
- 3) ☐ наличие свободной жидкости в брюшной полости
- 4) ☐ уменьшение диаметра магистральных сосудов брюшной полости
- 5) ☐ утолщение стенок кишки

25. Инструментальным признаком неокклюзионного нарушения мезентериального кровообращения при

КТ-ангиография является:

- 1) ☒ отсутствие симптома “обрыва” артериального сосуда, спазм висцеральных артерий брюшной полости
- 2) ☐ выраженный пневматоз кишечника
- 3) ☐ наличие свободной жидкости в брюшной полости
- 4) ☐ утолщение стенок тонкой кишки
- 5) ☐ наличие пузырьков газа в венозной системе (верхней брыжеечной вены, вены порта)

26. Инструментальным признаком венозного нарушения мезентериального кровообращения является:

- 1) ☒ утолщение стенок кишки и наличие пузырьков газа в венозной системе
- 2) ☐ наличие свободной жидкости в брюшной полости
- 3) ☐ симптом “обрыва” артериального сосуда
- 4) ☐ выраженный пневматоз кишечника
- 5) ☐ признаки спазма висцеральных сосудов

27. Методом выбора в лечение пациентов с окклюзивным нарушением артериального мезентериального кровообращения является:

- 1) ☒ хирургическая операция
- 2) ☐ антикоагулянтная терапия при отсутствии признаков перитонита
- 3) ☐ динамическое наблюдение
- 4) ☐ активно-выжидательная тактика
- 5) ☐ использование миниинвазивных вмешательств

28. Методом выбора в лечение пациентов с венозным нарушением мезентериального кровообращения является:

1) ☒ антикоагулянтная терапия при отсутствии признаков перитонита

2) ☐ хирургическая операция

3) ☐ динамическое наблюдение

4) ☐ использование миниинвазивных вмешательств

5) ☐ активно-выжидательная тактика

29. Профилактикой развития неокклюзивного нарушения мезентериального кровообращения является:

1) ☒ проведение интенсивной адекватной инфузионной терапии

2) ☐ проведение антиагрегантной, антикоагулянтной терапии

3) ☐ проведение терапии вазопрессорными препаратами (норадреналин, адреналин)

4) ☐ проведение адекватного обезболивания

5) ☐ проведение антибактериальной терапии

Раздел: **3. Острое нарушение мезентериального кровообращения 2**
Модуль: **2**
Тема: **3. Острое нарушение мезентериального кровообращения**

1. Для субкомпенсации мезентериального кровообращения характерно развитие:

- 1) ☒ перфорации, стеноза или флегмоны кишечника
- 2) ☒ брюшной жабы, язвенных этеритов и колитов
- 3) ☐ инфаркта кишечника
- 4) ☐ полного восстановления кровотока без каких-либо последствий
- 5) ☐ хирургический сепсис

2. Для декомпенсации мезентериального кровообращения характерно:

- 1) ☒ развитие инфаркта кишечника
- 2) ☒ развитие хирургического сепсиса
- 3) ☐ развитие стенозов кишечника
- 4) ☐ полное восстановление кровотока без каких-либо последствий
- 5) ☐ развитие язвенных энтеритов и колитов

3. Факторами риска эмболии верхней или нижней брыжеечной артерии являются:

- 1) ☒ аневризма левого желудочка
- 2) ☒ Нарушение сердечного ритма (фибрилляция предсердий или желудочков)
- 3) ☐ опухоли брюшной полости
- 4) ☐ распространенный атеросклероз
- 5) ☐ тромбофилия

4. Факторами риска тромбоза верхней или нижнейбрыжеечной артерии являются:

- 1) ☒ синдром абдоминальной стенокардии
- 2) ☒ распространенный атеросклероз
- 3) ☐ наличие портальной гипертензии
- 4) ☐ пороки сердца (стеноз или недостаточность митрального клапана)
- 5) ☐ эндокардит

5. Факторами риска венозного нарушения мезентериального кровообращения являются:

- 1) ☒ опухоли брюшной полости
- 2) ☒ наличие портальной гипертензии
- 3) ☐ аневризма желудочка
- 4) ☐ распространенный атеросклероз
- 5) ☐ эндокардит

6. Факторами риска неокклюзионного нарушения мезентериального кровообращения являются:

- 1) ☒ сердечная недостаточность
- 2) ☒ шоковые состояния
- 3) ☐ портальная гипертензия
- 4) ☐ тромбофилия
- 5) ☐ атеросклероз

7. Особенностью патогенеза артериального нарушения мезентериального кровообращения является:

- 1) ☒ развитие перитонита через 12-24 часов с момента заболевания

2) ☒ развитие некроза кишки через 6-12 часов с момента заболевания

3) ☐ развитие некроза кишки через 24 часа с момента заболевания

4) ☐ развитие геморрагического пропитывания и массивного отека кишечника

5) ☐ развитие перитонита через 3 суток

8. Особенностью патогенеза венозного мезентериального нарушения кровообращения:

1) ☒ развитие выраженного геморрагического пропитывания и массивного отека кишки

2) ☒ развитие инфаркта кишечника через 24 часа и более с момента заболевания

3) ☐ развитие инфаркта кишечника через 6-12 часов с момента заболевания

4) ☐ развитие перитонита через 12-24 часа с момента заболевания

5) ☐ выраженная гипоксия кишечника

9. Особенности клинической картины артериальной эмболии брыжеечных сосудов являются:

1) ☒ наличие факторов риска артериальной эмболии

2) ☒ внезапное развитие интенсивных болей в животе

3) ☐ постепенное нарастание интенсивности болей в животе

4) ☐ беспричинное прогрессирование полиорганной недостаточности

5) ☐ частое сочетание с тромбозом чревного ствола

10. Особенности клинической картины артериального тромбоза брыжеечных сосудов являются:

1) ☒ наличие факторов риска артериального тромбоза

2) ☒ постепенное нарастание интенсивных болей в животе

3) ☐ беспричинное прогрессирование полиорганной недостаточности

4) ☐ внезапное развитие интенсивных болей в животе

5) ☐ наличие факторов риска артериальной эмболии

11. Особенности неокклюзионного нарушения мезентериального кровообращения являются:

1) ☒ появление и прогрессирование необъяснимой полиорганной недостаточности

2) ☒ облитерирующие заболевания артерий в анамнезе

3) ☐ внезапное начало интенсивных болей в животе

4) ☐ постепенное развитие интенсивных болей в животе

5) ☐ несоответствие жалоб данным объективного осмотра

12. Эмболия верхней брыжеечной артерии с последующим инфарктом кишечника развивается у больных:

1) ☒ Аневризмой левого желудочка

2) ☒ Перенесших инфаркт миокарда

3) ☒ Страдающих мерцательной аритмией

4) ☐ С незаращенным боталловым протоком

5) ☐ Страдающих стенозом легочной артерии

13. У больного с эмболией верхней брыжеечной артерии в стадии инфаркта кишечника может быть выполнена следующая операция:

1) ☒ Эмболэктомия и резекция кишки

2) ☒ Резекция тонкой кишки

3) ☐ Изолированная эмболэктомия

4) ☐ Периартериальная симпатэктомия

5) ☐ Тотальная колэктомия с илиоректоанастомозом

14. Инфаркт кишечника вследствие эмболии верхней брыжеечной артерии обычно возникает у больных:

1) ☒ Страдающих ИБС и мерцательной аритмией

2) ☒ Перенесших инфаркт миокарда

3) ☒ Страдающих аневризмой левого желудочка

4) ☐ Страдающих тромбозом глубоких вен нижних конечностей

5) ☐ Страдающих болезнью Крона

15. При эмболии верхней брыжеечной артерии выполняют следующие виды оперативных вмешательств:

1) ☒ «Чистая» эмболэктомия из верхней брыжеечной артерии

2) ☒ Эмболэктомия в сочетании с резекцией тонкой кишки

3) ☒ Резекция подвздошной кишки, правой половины ободочной кишки и эмболэктомия из артерии

4) ☐ Эмболэктомия в сочетании с резекцией левой половины толстой кишки

5) ☐ Тотальная колэктомия

16. Различают следующие стадии развития острого нарушения мезентериального кровообращения:

1) ☒ Ишемия

2) ☒ Некроз

3) ☒ Перитонит

4) ☐ Гипоксия

5) ☐ Венозное полнокровие

17. При эмболической или тромботической окклюзии I сегмента верхнебрыжеечной артерии обычно ишемизируется:

- 1) ☒ Тощая и подвздошная кишка
- 2) ☒ Слепая кишка
- 3) ☒ Восходящая ободочная кишка
- 4) ☐ Желудок и двенадцатиперстная кишка
- 5) ☐ Сигмовидная кишка

18. Пациенту по поводу эмболии 2 сегмента верхней брыжеечной артерии выполнена катетерная эмболектomia из верхней брыжеечной артерии. Пораженный участок тонкой кишки будет жизнеспособным при наличии следующих признаков:

- 1) ☒ Розовый цвет кишки
- 2) ☒ Сохраненная пассивная и стимулированная перистальтика кишки
- 3) ☒ Определение пульсации сосудов брыжейки
- 4) ☐ Отсутствие перистальтики
- 5) ☐ Темно-синий цвет кишки

19. При аортomezентерикографии, проводимой по поводу острого нарушения мезентериального кровообращения, представляется возможность разрешения окклюзионной ишемии путем:

- 1) ☒ Катетерной аспирации тромба
- 2) ☒ Баллонной дилатации верхней брыжеечной артерии
- 3) ☒ Селективного тромболизиса
- 4) ☒ Стентирования артерии
- 5) ☐ Периартериальной симпатэктомии

20. Оперативное вмешательство по поводу острого нарушения мезентериального кровообращения должно решать следующие задачи:

- 1) ☒ Восстановление мезентериального кровотока
- 2) ☒ Удаление участков кишечника, подвергшихся некрозу
- 3) ☒ Борьба с перитонитом
- 4) ☐ Наложение обходных межкишечных анастомозов при некрозе кишки
- 5) ☐ Отказ от этапного хирургического лечения

21. К основным клиническим симптомам острого нарушения мезентериального кровообращения относятся:

- 1) ☒ Артериальная гипертензия – повышение АД на 60-80 мм рт. ст. (симптом Блинова)
- 2) ☒ Ослабленная перистальтика
- 3) ☒ Выделения из прямой кишки по типу «малинового желе»
- 4) ☐ Симптом «шума плеска»
- 5) ☐ Примесь алой крови в стуле

22. Ведущими клиническими проявлениями острого нарушения артериального мезентериального кровообращения на стадии ишемии будут следующие:

- 1) ☒ Выраженный болевой синдром
- 2) ☒ Артериальная гипертензия – повышение АД на 60-80 мм рт. ст. (симптом Блинова)
- 3) ☐ Симптом Щёткина-Блюмберга
- 4) ☐ Дегидратация
- 5) ☐ Анемия

23. Гангрена тонкой кишки в результате острой окклюзии верхней брыжеечной артерии может развиваться у

больных:

- 1) ☒ Страдающих врожденным пороком сердца
- 2) ☒ С постинфарктной аневризмой сердца
- 3) ☒ Страдающих бактериальным эндокардитом
- 4) ☐ С циррозом печени
- 5) ☐ С коарктацией дуги аорты.

24. Хирургическое лечение острого нарушения мезентериального кровообращения в стадии инфаркта кишки включает следующие варианты:

- 1) ☒ Резекция кишки + операции на сосудах
- 2) ☒ Программные релапаротомии
- 3) ☒ Баллонная дилатация и стентирование верхней брыжеечной артерии + резекция кишки
- 4) ☐ Наложение обходного анастомоза
- 5) ☐ Формирование первичного межкишечного анастомоза

25. При подозрении на инфаркт кишечника лучшими методами диагностики будут:

- 1) ☒ Лапароскопия
- 2) ☒ Абдоминальная аортоартериография
- 3) ☐ Обзорная рентгенография брюшной полости
- 4) ☐ Ирригоскопия
- 5) ☐ Рентгенологическое наблюдение за пассажем рентгеноконтрастного вещества по кишечнику

Раздел: **4. Острые венозные тромбозы 1**

Модуль: **2**

Тема: **4. Острые венозные тромбозы**

1. При осмотре на дому больной 20 лет с беременностью 38 недель Вы диагностировали илиофemorальный венозный тромбоз. Что следует предпринять в этой ситуации?

- 1) ☒ Госпитализировать больную в хирургический стационар и произвести ультразвуковое ангиосканирование для решения вопроса о дальнейшей лечебной тактике
- 2) ☐ Наблюдать больную дома и проводить антикоагулянтную терапию
- 3) ☐ Назначить больной строгий постельный режим и спиртовые согревающие компрессы на бедро
- 4) ☐ Госпитализировать больную в хирургический стационар и провести интратромбозный катетерный тромболизис
- 5) ☐ Госпитализировать в родильный дом для оперативного родоразрешения. После выписки рекомендовать консультацию в Региональном сосудистом Центре для выбора оптимальной тактики лечения венозного тромбоза

2. Укажите наиболее опасное осложнение острого варикотромбофлебита:

- 1) ☐ Постромбофлебитическая болезнь
- 2) ☐ Варикозная болезнь нижних конечностей
- 3) ☐ Тромбоз вен голени
- 4) ☒ Тромбоэмболия лёгочных артерий
- 5) ☐ Окклюзия бедренной вены

3. У больной 50 лет, в течение длительного времени страдающей варикозной болезнью правой нижней конечности, 3 дня назад появились боли в правом бедре. Состояние удовлетворительное. По медиальной поверхности бедра от коленного сустава до средней его трети имеется полоса гиперемии и пальпируется плотный, болезненный, шнуровидный тяж. Конечность не отёчна. Симптомы Хоманса и Мозеса - отрицательные. При ультразвуковом ангиосканировании глубокие вены нижних конечностей проходимы, сафено-фemorальное соустье справа без признаков тромбоза. Укажите Вашу лечебную тактику:

- 1) ☐ Строгий постельный режим, дезагрегантная терапия

- 2) ☐ Согревающие компрессы с мазью Вишневского
-
- 3) ☒ Экстренная операция Троянова-Тренделенбурга
-
- 4) ☐ Имплантация кава-фильтра
-
- 5) ☐ Экстренная операция Линтона
-

4. У больного 60 лет, страдающего ИБС и мерцательной аритмией, внезапно появились боли в правой нижней конечности. При осмотре отмечается выраженный отёк правой голени и бедра. Кожные покровы конечности цианотичны, наблюдается усиление подкожного венозного рисунка. Пальпация зоны сосудистого пучка бедра болезненна. Симптом Хоманса положительный. Пульсация на артериях стопы отчётливая.

Поставьте диагноз:

- 1) ☒ Острый подвздошно-бедренный венозный тромбоз
-
- 2) ☐ Острый тромбоз бедренной артерии
-
- 3) ☐ Острый тромбофлебит большой подкожной вены
-
- 4) ☐ Тромбоэмболия бедренной артерии
-
- 5) ☐ Синдром Лериша
-

5. Для клинической симптоматики тромбоза подключичной вены характерно всё, кроме:

- 1) ☐ Усиления венозного рисунка на плече
-
- 2) ☒ Отсутствия пульсации на артериях предплечья
-
- 3) ☐ Цианоза кожных покровов предплечья и плеча
-
- 4) ☐ Умеренных распирающих болей в конечности
-
- 5) ☐ Отёка руки
-

6. Посттромбофлебитическая болезнь нижних конечностей развивается вследствие:

- 1) ☐ Тромбоза поверхностных вен
-

- 2) ☐ Варикозного расширения поверхностных вен
-
- 3) ☒ Тромбоза глубоких вен
-
- 4) ☐ Облитерирующего атеросклероза
-
- 5) ☐ Клапанной недостаточности коммуникантных вен
-

7. Укажите инструментальный метод исследования, имеющий наибольшую диагностическую значимость у больного с подозрением на острый варикотромбофлебит:

- 1) ☐ Ультразвуковая доплерография
-
- 2) ☒ Ультразвуковое дуплексное ангиосканирование
-
- 3) ☐ Флебосцинтиграфия
-
- 4) ☐ Легометрия
-
- 5) ☐ Ретроградная илиокавография
-

8. У больной 42 лет диагностирован флотирующий тромб левой общей подвздошной вены. От имплантации кава-фильтра больная категорически отказалась. Больной проводится консервативное лечение. С каким из назначений Вы не согласны?

- 1) ☐ Режим - строго постельный
-
- 2) ☐ Подкожное введение низкомолекулярного гепарина
-
- 3) ☐ Эластическое бинтование нижних конечностей
-
- 4) ☒ Спиртовые согревающие компрессы
-
- 5) ☐ Возвышенное положение левой нижней конечности
-

9. На основании клинических признаков у больной 20 лет с беременностью 18 недель заподозрен острый тромбоз глубоких вен голени. Для уточнения диагноза и определения тактики дальнейшего лечения оптимальным будет следующий метод исследования:

- 1) ☐ Мультиспиральная компьютерная томография с контрастным усилением
 - 2) ☒ Ультразвуковое ангиосканирование
 - 3) ☐ Ретроградная илиокавография
 - 4) ☐ Допплерография
 - 5) ☐ Радиоизотопная флебосцинтиграфия
-

10. Один из клинических симптомов острого подвздошно-бедренного венозного тромбоза указан неверно. Отметьте его:

- 1) ☐ Отёк всей нижней конечности
 - 2) ☐ Цианоз кожных покровов конечности, усиление венозного рисунка
 - 3) ☒ Систолический шум на бедренной вене
 - 4) ☐ Распирающие боли в голени и бедре
 - 5) ☐ Болезненность при пальпации паховой области и зоны проекции сосудисто-нервного пучка на бедре
-

11. Укажите наиболее опасное осложнение сафено-фemorального тромбоза:

- 1) ☒ Тромбоэмболия лёгочных артерий
 - 2) ☐ Переход тромбоза на вены мошонки
 - 3) ☐ Оклюзивный тромбоз бедренной вены
 - 4) ☐ Нисходящий тромбоз бедренной вены
 - 5) ☐ Венозная гангрена
-

12. Определите тактику лечения окклюзивного тромбоза общей бедренной вены:

- 1) ☐ Перевязка подвздошной вены
-

- 2) ☐ Перевязка нижней полой вены
-
- 3) ☐ Операция Трянова-Тренделенбурга
-
- 4) ☒ Антикоагулянтная терапия, ультразвуковое ангиосканирование в динамике
-
- 5) ☐ Антибактериальная терапия, ультразвуковое ангиосканирование в динамике
-

13. У больной 25 лет, страдающей варикозной болезнью нижних конечностей, трое суток назад появился плотный, болезненный тяж по медиальной поверхности с/3 левого бедра и голени с гиперемией кожи над ним. Отёка конечности нет. Укажите правильный диагноз:

- 1) ☐ Острый варикотромбофлебит малой подкожной вены
-
- 2) ☒ Острый варикотромбофлебит большой подкожной вены
-
- 3) ☐ Болезнь Педжета-Шреттера
-
- 4) ☐ Флотирующий тромб подколенной вены
-
- 5) ☐ Левосторонний илиофemorальный флеботромбоз
-

14. Больной 50 лет, страдающий варикозной болезнью вен нижних конечностей, жалуется на боли, покраснение и уплотнение по ходу поверхностных вен на левом бедре, которые появились 5 дней назад. Состояние больного удовлетворительное. Отёка и цианоза левой нижней конечности нет. На внутренней поверхности левого бедра по ходу варикозно расширенных вен определяется гиперемия и пальпируется болезненный тяж до средней трети бедра. При ангиосканировании сафено-фemorальное соустье свободно от тромбов, патологии глубоких вен нет. Ваша тактика?

- 1) ☐ Строгий постельный режим и антикоагулянтная терапия
-
- 2) ☐ Имплантация кава-фильтра
-
- 3) ☐ Перевязка и пересечение поверхностной бедренной вены тотчас дистальнее места впадения глубокой вены бедра
-
- 4) ☒ Перевязка и пересечение большой подкожной вены тотчас у места впадения в общую бедренную вену
-
- 5) ☐ Наложить спиртовой компресс и повторно выполнить ангиосканирование через 3-5 суток
-

15. В приёмное отделение поступила женщина 38 лет с отягощённым акушерским анамнезом и беременностью 40 недель. Вы диагностировали илиофemorальный венозный тромбоз. Что следует предпринять в этой ситуации?

- 1) ☐ Госпитализировать больную в родильный дом для выполнения кесарева сечения и последующего совместного наблюдения акушера и хирурга
- 2) ☐ Наблюдать больную дома и проводить антикоагулянтную терапию до развития родовой деятельности
- 3) ☒ Госпитализировать больную в хирургический стационар
- 4) ☐ Назначить больной строгий постельный режим и согревающие компрессы на бедро, лечение проводить амбулаторно
- 5) ☐ Госпитализировать больную в реанимационное отделение и в экстренном порядке провести тромблизис

16. Укажите наиболее опасное осложнение левостороннего илиофemorального флеботромбоза:

- 1) ☐ Клапанная недостаточность перфорантных вен с формированием трофической язвы
- 2) ☐ Варикозная трансформация подкожных вен
- 3) ☐ Распространение тромбоза на вены матки
- 4) ☒ Тромбоэмболия лёгочных артерий
- 5) ☐ Тромбоз вен левой почки

17. Укажите наиболее опасное осложнение восходящего варикотромбофлебита:

- 1) ☐ Венозная гангрена
- 2) ☒ Тромбоэмболия лёгочных артерий
- 3) ☐ Переход тромбоза на перфорантные вены голени
- 4) ☐ Оклюзивный тромбоз бедренной вены
- 5) ☐ Пристеночный тромбоз подколенной вены

18. Основным методом инструментальной диагностики острого венозного тромбоза является

- 1) ☒ Ультразвуковое дуплексное ангиосканирование
- 2) ☐ Биохимический анализ крови
- 3) ☐ МРТ нижних конечностей
- 4) ☐ Реовазография
- 5) ☐ Рентгенография

19. Наиболее информативным в лабораторной диагностике тромбоза глубоких вен будет являться

- 1) ☒ Определение уровня D-димера в крови
- 2) ☐ Тромбоэластография
- 3) ☐ Уровень протромбина
- 4) ☐ Уровень печеночных ферментов
- 5) ☐ Биохимический анализ крови

20. Длительность лечения антикоагулянтами после впервые возникшего тромбоза глубоких вен

- 1) ☒ От 3 до 6 месяцев
- 2) ☐ 3 недели
- 3) ☐ 4 недели
- 4) ☐ Пожизненно
- 5) ☐ Как получится

21. Флотирующий тромб это...

- 1) ☒ Тромб с подвижной верхушкой

2) ☐ Тромб, полностью перекрывающий просвет вены

3) ☐ Тромб в поверхностных венах

4) ☐ Пристеночный тромб

5) ☐ Тромб в глубоких венах голени

22. Синдром Труссо это..

1) ☒ Мигрирующие венозные тромбозы при онкологических заболеваниях

2) ☐ Мигрирующие венозные тромбозы при хроническом гепатите

3) ☐ Мигрирующие венозные тромбозы при ВИЧ

4) ☐ Мигрирующие венозные тромбозы при аутоиммунных заболеваниях

5) ☐ Мигрирующие венозные тромбозы неизвестного генеза

23. При окклюзивном подвздошно-бедренном венозном тромбозе отекает...

1) ☒ Вся нижняя конечность

2) ☐ Голень

3) ☐ Стопа

4) ☐ Ягодицы

5) ☐ Только бедро

24. Типичным осложнением тромбоза глубоких вен является:

1) ☒ Тромбоэмболия легочной артерии

2) ☐ Острое нарушение мозгового кровообращения

3) ☐ Анемия

4) ☐ Инфаркт миокарда

5) ☐ Инфаркт кишечника

25. Тромбоэмболия легочной артерии это...

1) ☒ Вариант осложнения тромбоза глубоких вен

2) ☐ Исход тромбоза глубоких вен

3) ☐ Причина тромбоза глубоких вен

4) ☐ Предвестник тромбоза глубоких вен

5) ☐ Этап течения тромбоза глубоких вен

26. Симптом Ловенберга это...

1) ☒ Боль в голени при компрессии ее пневматической манжеткой до 150 мм.рт.ст и более

2) ☐ Боль в голени при тыльном сгибании стопы

3) ☐ Боль в голени при мануальной компрессии икроножных мышц

4) ☐ Усиление подкожного венозного рисунка на голени

5) ☐ Вторичное варикозное расширение вен голени

27. Синдром Педжета-Шреттера - это:

1) ☒ Тромбоз подключичной вены

2) ☐ Тромбоз подвздошной вены

3) ☐ Тромбоз глубоких вен голени

4) ☐ Тромбоз нижней полой вены

5) ☐ Тромбоз вен передней брюшной стенки

28. Симптом Хоманса - это:

- 1) ☒ боль в икре при тыльном сгибании стопы
- 2) ☐ боль при компрессии голени пневматической манжеткой
- 3) ☐ боль при давлении на большеберцовую кость
- 4) ☐ усиление подкожного венозного рисунка на голени
- 5) ☐ усиление боли при пальпации мышц голени

29. Симптом Мозеса - это:

- 1) ☒ Боль при мануальной компрессии мышц голени
- 2) ☐ боль при компрессии голени пневматической манжеткой
- 3) ☐ боли при тыльном сгибании стопы
- 4) ☐ боль в голеностопном суставе
- 5) ☐ усиление подкожного венозного рисунка

Раздел: **4. Острые венозные тромбозы 2**
Модуль: **2**
Тема: **4. Острые венозные тромбозы**

1. Для острого венозного тромбоза глубоких вен голени характерно:

- 1) ☒ распирающая боль в голени
- 2) ☒ отек голени и стопы
- 3) ☐ варикозное расширение вен голени
- 4) ☐ исчезновение пульса на артериях стопы
- 5) ☐ контрактура голеностопного сустава

2. Причиной тромбоза глубоких вен служит:

- 1) ☒ Повреждение стенки вены
- 2) ☒ Замедление кровотока по вене
- 3) ☒ Увеличение свертывания крови
- 4) ☐ Наличие варикозной болезни
- 5) ☐ Наличие атеросклероза

3. Острый тромбоз глубоких вен проявляется:

- 1) ☒ Отеком
- 2) ☒ Изменением цвета кожи
- 3) ☒ Распирающей болью
- 4) ☐ Гектической температурой и ознобом
- 5) ☐ Повышенным потоотделением

4. Консервативное лечение острого тромбоза глубоких вен включает в себя:

- 1) ☒ Антикоагулянтные препараты
- 2) ☒ Компрессионный бандаж
- 3) ☐ Антибактериальная терапия
- 4) ☐ Строгий постельный режим
- 5) ☐ Миорелаксанты

5. Осложнениями тромбоза глубоких вен могут быть:

- 1) ☒ Тромбоэмболия легочной артерии
- 2) ☒ Абсцесс легкого
- 3) ☒ Синяя флегмазия
- 4) ☐ Инфаркт миокарда
- 5) ☐ Тромбоз подколенной артерии

6. Для лечения тромбоза глубоких вен используют

- 1) ☒ Антикоагулянты
- 2) ☒ Эластичные бинты
- 3) ☒ Активаторы фибринолиза
- 4) ☐ Мануальную терапию
- 5) ☐ Гирудотерапию

7. Показаниями в имплантации кава-фильтра являются:

- 1) ☒ Эмболоопасный тромбоз

- 2) ☒ Рецидивирующая тромбоэмболия легочной артерии
 - 3) ☐ Острый тромбофлебит
 - 4) ☐ Оклюзивный тромбоз
 - 5) ☐ Пристеночный тромбоз
-

8. Тромбоз глубоких вен конечностей могут провоцировать следующие заболевания:

- 1) ☒ Переломы и травмы конечностей
 - 2) ☒ Длительные хирургические вмешательства
 - 3) ☒ Парезы и параличи
 - 4) ☐ Регулярные занятия спортом
 - 5) ☐ Вегетарианство
-

9. Острый подвздошно-бедренный венозный тромбоз может осложниться:

- 1) ☒ Тромбоэмболией легочной артерии
 - 2) ☒ Венозной гангреной конечности
 - 3) ☐ Тромбозом воротной вены
 - 4) ☐ Флегмоной бедра
 - 5) ☐ Инфарктом миокарда
-

10. К средствам специфической терапии тромбозов относят

- 1) ☒ Антикоагулянты
 - 2) ☒ Активаторы эндогенного фибринолиза
 - 3) ☐ Иммунодепрессанты
-

- 4) ☐ Цитостатики
- 5) ☐ Антибактериальные препараты
-

11. Предрасполагающим фактором тромбоза является

- 1) ☒ Застой крови
- 2) ☒ Угнетение эндогенного фибринолиза
- 3) ☐ Тромбоцитопения
- 4) ☐ Лейкопения
- 5) ☐ Эритропения
-

12. Неблагоприятным исходом острого тромбоза глубоких вен считают

- 1) ☒ Тромбоэмболию легочной артерии
- 2) ☒ Венозную гангрену
- 3) ☐ Лизис тромба
- 4) ☐ Инфаркт миокарда
- 5) ☐ Острое нарушение мозгового кровообращения
-

13. Благоприятным исходом острого венозного тромбоза является

- 1) ☒ Лизис тромба
- 2) ☒ Полное восстановление просвета вены
- 3) ☐ Формирование коллатералей из поверхностных вен
- 4) ☐ Посттромботическая болезнь
- 5) ☐ Образование флеболита
-

14. Пусковым фактором развития тромбоза является

- 1) ☒ Повреждения сосудистой стенки
- 2) ☒ Стаз крови
- 3) ☐ Тромбоцитопения
- 4) ☐ Анемия
- 5) ☐ Активация фибринолиза

15. Противопоказаниям в применению антикоагулянтной терапии при тромбозе глубоких вен являются:

- 1) ☒ Исходная гипокоагуляция
- 2) ☒ Открытая язва желудка или 12-ти перстной кишки
- 3) ☐ Инфаркт миокарда
- 4) ☐ Старческий возраст
- 5) ☐ Беременность

16. Острый подвздошно-бедренный венозный тромбоз в первые дни заболевания может осложниться:

- 1) ☒ Тромбоэмболией лёгочных артерий
- 2) ☐ Кровотечением из варикозно трансформированных подкожных вен
- 3) ☐ Посттромбофлебитической болезнью
- 4) ☐ Флегмоной бедра
- 5) ☒ Венозной гангреной конечности

17. Укажите лечебные мероприятия, способствующие прекращению распространения тромбоза в магистральных венах нижних конечностей:

- 1) ☐ Согревающие компрессы
 - 2) ☐ Антибиотики широкого спектра действия
 - 3) ☐ Строгий постельный режим при всех формах тромбоза
 - 4) ☒ Антикоагулянтная терапия
 - 5) ☒ Эластическое бинтование н/конечностей
-

18. При консервативном лечении тромбофлебита подкожных вен нижних конечностей эффективны следующие средства:

- 1) ☒ Антикоагулянты
 - 2) ☐ Антибиотики
 - 3) ☒ Нестероидные противовоспалительные средства
 - 4) ☐ Тромболитики
 - 5) ☐ Свежезамороженная плазма
-

19. Назовите основные клинические признаки острого тромбоза подключичной вены:

- 1) ☒ Распирающие боли в руке
 - 2) ☐ Отёчность лица, шеи и верхней половины туловища
 - 3) ☐ Цианоз лица и шеи
 - 4) ☒ Отёк руки
 - 5) ☒ Цианоз кожных покровов руки, усиление венозного рисунка
-

20. Предотвратить тромбоэмболию лёгочных артерий при флотирующем тромбе инфраренального отдела нижней полой вены позволяют такие операции, как:

- 1) ☐ Протезирование трикуспидального клапана
-

- 2) ☒ Пликация нижней полой вены
 - 3) ☐ Перевязка подвздошных вен
 - 4) ☒ Имплантация кава-фильтра
 - 5) ☐ Наложение порто-кавального анастомоза
-

21. Укажите симптомы, характерные для острого тромбоза глубоких вен голени:

- 1) ☐ Отёк всей нижней конечности
 - 2) ☒ Умеренные постоянные боли в икроножных мышцах
 - 3) ☒ Небольшой отёк стопы и нижней трети голени
 - 4) ☒ Положительный симптом Хоманса
 - 5) ☐ Положительный симптом «перемежающейся хромоты»
-

22. Какие осложнения илюфеморального тромбоза у больной 32 лет с ожирением, беременностью 26 недель и врождённой тромбофилией вероятны в первую неделю заболевания?

- 1) ☐ Пиелонефрит
 - 2) ☐ Посттромботическая болезнь
 - 3) ☒ Венозная гангрена
 - 4) ☐ Острая задержка мочи
 - 5) ☒ Тромбоэмболия лёгочных артерий
-

23. Какие мероприятия позволяют предотвратить тромбоз глубоких вен после операции по поводу рака почки?

- 1) ☒ Ранняя активизация больного
 - 2) ☐ Активизация больного через 7-10 дней
-

3) ☒ Введение антикоагулянтов в профилактических дозах

4) ☐ Введение тромболитиков в лечебных дозах

5) ☐ Назначение мочегонных

24. Больному с окклюзивным тромбозом общей бедренной вены и выраженным отёком правой н/конечности показано:

1) ☐ Выполнение операции Троянова-Тренделенбурга

2) ☐ Антикоагулянты в профилактических дозах

3) ☒ Антикоагулянты в лечебных дозах

4) ☐ Мочегонные

5) ☒ Возвышенное положение правой н/конечности

25. У больного с восходящим тромбофлебитом большой подкожной вены операция Троянова-Тренделенбурга (кроссэктомия) позволяет:

1) ☒ Предотвратить переход тромбоза на бедренную вену

2) ☐ Предотвратить переход тромбоза на перфорантные вены

3) ☐ Предотвратить переход тромбоза на малую подкожную вену

4) ☐ Предотвратить переход тромбоза на верхнюю полую вену

5) ☒ Предотвратить тромбоэмболию лёгочных артерий

6) ☐ Предотвратить тромбоэмболию бифуркации аорты

26. Клиническими признаками острого подвздошно-бедренного венозного тромбоза являются:

1) ☒ Распирающие боли в ноге

2) ☐ «Перебегающая хромота»

- 3) ☒ Цианоз кожных покровов конечности, усиление кожного венозного рисунка
-
- 4) ☐ Отсутствие пульса на бедренной артерии
-
- 5) ☒ Отёк всей нижней конечности
-

27. Острый тромбоз инфраренального отдела нижней полой вены в течение ближайшей недели заболевания может осложниться:

- 1) ☒ Распространением тромбоза на супраренальный отдел нижней полой вены
-
- 2) ☐ Распространением тромбоза на верхнюю полую вену
-
- 3) ☐ Распространением тромбоза на воротную вену
-
- 4) ☐ Распространением тромбоза на яремную вену
-
- 5) ☒ Тромбоэмболией лёгочных артерий
-
- 6) ☐ Тромбоэмболией бифуркации аорты
-

28. По поводу острого илюфemorального флеботромбоза пациентке 42 лет с давностью заболевания 2 суток проводится консервативное лечение. С какими назначениями Вы согласны ?

- 1) ☒ Низкомолекулярный гепарин подкожно
-
- 2) ☐ Нефракционированный гепарин внутримышечно
-
- 3) ☐ Токи Бернара на воротниковую зону
-
- 4) ☐ Антибиотики широкого спектра действия
-
- 5) ☒ Эластическое бинтование нижних конечностей
-

29. Назовите основные клинические признаки тромбоза верхней полой вены:

- 1) ☒ Отёчность лица, шеи и верхней половины туловища
-
- 2) ☒ Цианоз лица и шеи
-

- 3) ☐ Бледность лица и шеи
-
- 4) ☐ Онемение и похолодание верхних конечностей
-
- 5) ☐ Систолический шум на лёгочном стволе
-

30. У больного с тромбозом левой подключичной вены в первую очередь необходимо исключить следующие его возможные причины:

- 1) ☒ Рак желудка
-
- 2) ☐ Рак почки
-
- 3) ☒ Рак лёгкого
-
- 4) ☐ Рак предстательной железы
-
- 5) ☐ Рак левой половины ободочной кишки
-

31. Больному 72 лет по поводу рака почки предполагается оперативное вмешательство. Какие меры позволяют предотвратить послеоперационные венозные тромбоэмболические осложнения?

- 1) ☒ Эластическая компрессия нижних конечностей
-
- 2) ☒ Подкожное введение низкомолекулярных гепаринов
-
- 3) ☐ Назначение мочегонных
-
- 4) ☐ Назначение наркотических анальгетиков
-
- 5) ☐ Постельный режим не менее 10 суток
-

32. Больному по поводу флотирующего тромба нижней поллой вены выполнена имплантация кава-фильтра. С какими назначениями Вы согласны?

- 1) ☒ Антикоагулянты в лечебной дозировке
-
- 2) ☐ Антикоагулянты в профилактической дозировке
-

3) ☐ Тромболитики

4) ☐ Мочегонные

5) ☒ Возвышенное положение н/конечностей

33. Укажите возможные методы хирургической профилактики лёгочной эмболии при наличии флотирующего тромба в левой общей подвздошной вене:

1) ☒ Пликация нижней полой вены

2) ☐ Протезирование трикуспидального клапана

3) ☐ Протезирование нижней полой вены

4) ☒ Имплантация кава-фильтра

5) ☐ Наложение порто-кавального анастомоза

Раздел: **5. Хроническая венозная недостаточность 1**
Модуль: **2**
Тема: **5. Хроническая венозная недостаточность**

1. Какова основная причина хронической венозной недостаточности нижних конечностей?

- 1) ☒ Нарушение венозного возврата из нижних конечностей
- 2) ☐ Левожелудочковая недостаточность
- 3) ☐ Артериальная гипертензия
- 4) ☐ Сахарный диабет
- 5) ☐ Хроническая легочная недостаточность

2. Факторы, способствующие улучшению кровотока по венам нижних конечностей все, кроме:

- 1) ☒ Длительный и строгий постельный режим
- 2) ☐ Возвышенное положение конечностей
- 3) ☐ Занятия подвижными видами спорта
- 4) ☐ Плавание
- 5) ☐ Пешие прогулки

3. Для диагностики клапанной недостаточности большой подкожной вены используют ...

- 1) ☒ Ультразвуковое доплеровское ангиосканирование
- 2) ☐ Аорто-коронарографию
- 3) ☐ Велоэргометрию
- 4) ☐ Электромиографию
- 5) ☐ Пневмогастрографию

4. Для диагностики проходимости глубоких вен используют...

- 1) ☒ Ультразвуковое доплеровское ангиосканирование
- 2) ☐ Аорто-коронарографию
- 3) ☐ Велоэргометрию
- 4) ☐ Электромиографию
- 5) ☐ Пневмогастрографию

5. Для обнаружения недостаточных перфорантных вен используют...

- 1) ☒ Ультразвуковое доплеровское ангиосканирование
- 2) ☐ Аорто-коронарографию
- 3) ☐ Велоэргометрию
- 4) ☐ Электромиографию
- 5) ☐ Пневмогастрографию

6. Где обычно находится место слияния большой подкожной вены с общей бедренной?

- 1) ☒ На уровне паховой складки
- 2) ☐ Выше паховой складки
- 3) ☐ На 10 см ниже паховой складки
- 4) ☐ В средней трети бедра
- 5) ☐ В нижней трети бедра

7. Трофические нарушения тканей при варикозной болезни нижних конечностей характеризуются:

- 1) ☒ Бурой индурацией кожи, сухой и влажной экземой, трофическими язвами

- 2) ☐ Гипертрофией и удлинением пораженной конечности, гипертрихозом
 - 3) ☐ Похолоданием, трофическими нарушениями на нижних конечностях
 - 4) ☐ Наличием сосудисто-пигментных пятен на коже нижних конечностей
 - 5) ☐ Гангреной пальцев стопы
-

8. Флебосклерозирующая терапия варикозных вен это

- 1) ☒ Введение в просвет вены веществ, вызывающих асептическое воспаление с последующей облитерацией их просвета
 - 2) ☐ Электрокоагуляция варикозных вен
 - 3) ☐ Лазерная коагуляция варикозных вен
 - 4) ☐ Механическое разрушение варикозных вен
 - 5) ☐ Замораживание варикозных вен жидким азотом
-

9. Операция Троянова-Тренделенбурга это:

- 1) ☒ Перевязка большой подкожной вены в месте слияния с общей бедренной веной
 - 2) ☐ Удаление большой подкожной вены с помощью зонда
 - 3) ☐ Удаление варикозных притоков большой подкожной вены
 - 4) ☐ Эпифасциальная перевязка недостаточных перфорантов
 - 5) ☐ Субфасциальная перевязка недостаточных перфорантов
-

10. Операция Линтона это:

- 1) ☒ Субфасциальная перевязка недостаточных перфорантных вен в зоне трофических нарушений
 - 2) ☐ Удаление большой подкожной вены с помощью зонда
-

- 3) ☐ Эпифасциальная перевязка недостаточных перфорантных вен
 - 4) ☐ Удаление варикозных притоков большой подкожной вены
 - 5) ☐ Высокая перевязка большой подкожной вены
-

11. Операция Нарата это:

- 1) ☒ Удаление варикозных притоков из отдельных разрезов с туннелированием между ними
 - 2) ☐ Перевязка большой подкожной вены у устья
 - 3) ☐ Эпифасциальная перевязка недостаточных перфорантных вен
 - 4) ☐ Субфасциальная перевязка недостаточных перфорантных вен под трофической язвой
 - 5) ☐ Восстановление клапанов глубоких вен
-

12. Операция Бебкокка это:

- 1) ☒ Удаление ствола большой подкожной вены на зонде
 - 2) ☐ Перевязка большой подкожной вены у устья
 - 3) ☐ Эпифасциальная перевязка недостаточных перфорантных вен
 - 4) ☐ Субфасциальная перевязка недостаточных перфорантных вен под трофической язвой
 - 5) ☐ Восстановление клапанов глубоких вен
-

13. Посттромботическая болезнь нижних конечностей характеризуется:

- 1) ☒ Разрушением клапанного аппарата глубоких вен
 - 2) ☐ Разрушением клапанного аппарата поверхностных вен
 - 3) ☐ Перемежающейся хромотой
 - 4) ☐ Окклюзией артерий нижних конечностей
-

5) ☐ Гипертрофией нижней конечности

14. Симптом Гаккенбруха-Сикара - это:

1) ☒ Ощущение толчка во время кашля при пальпации сафено-фemorального соустья

2) ☐ Появление болей в нижней конечности при длительной ходьбе

3) ☐ Уменьшение в размерах варикозных вен после поднятия нижней конечности

4) ☐ Болезненность при пальпации икроножных мышц

5) ☐ Отсутствие пульсации брюшной аорты

15. Оптимальным методом диагностики посттромботической болезни служит:

1) ☒ Ультразвуковое ангиосканирование

2) ☐ Ретроградная илиокавография

3) ☐ Чрезбедренная флебография

4) ☐ Плетизмография

5) ☐ Ультразвуковая доплерография

16. Для посттромботической окклюзии подвздошных вен характерно:

1) ☒ Варикозные вены в надлобковой области и на передней брюшной стенке

2) ☐ Телеангиоэктазии на голени и бедре

3) ☐ Гипертрофия нижней конечности

4) ☐ Симптом Мозеса

5) ☐ Отсутствие пульсации на бедренной артерии

17. Для посттромботической болезни вен нижних конечностей НЕ характерно:

- 1) ☒ Отсутствие отёка нижней конечности
- 2) ☐ Окклюзия глубоких вен нижних конечностей
- 3) ☐ Реканализация глубоких вен нижних конечностей
- 4) ☐ Циркулярный характер трофических изменений на голени
- 5) ☐ Расширение подкожных вен передней брюшной стенки

18. Рентгеноконтрастная флебография при посттромботической болезни показана в случае:

- 1) ☒ Планирования реконструктивной операции на венах
- 2) ☐ Наличия венозной трофической язвы
- 3) ☐ Наличия отека нижней конечности
- 4) ☐ Реканализации глубоких вен нижних конечностей
- 5) ☐ Клапанной недостаточности малой подкожной вены

19. Ультразвуковым признаком реканализации глубоких вен нижних конечностей служит:

- 1) ☒ «Мозаичность» кровотока по сосуду
- 2) ☐ Клапанная недостаточность большой подкожной вены
- 3) ☐ Лодыжечно-плечевой индекс менее 0,8
- 4) ☐ Ретроградный кровоток по общей подвздошной вене
- 5) ☐ Антеградный кровоток по перфорантным венам

20. Показанием к хирургическому лечению посттромботической болезни служит

- 1) ☒ Прогрессирование симптомов хронической венозной недостаточности на фоне адекватного

консервативного лечения

- 2) ☐ Окклюзия поверхностной бедренной вены
- 3) ☐ Наличие варикозных вен на передней брюшной стенке
- 4) ☐ Тромбоэмболия лёгочных артерии в анамнезе
- 5) ☐ Тотальная окклюзия глубоких вен

21. Противопоказанием к хирургическому лечению посттромботической болезни служит

- 1) ☒ Тотальная окклюзия глубоких вен
- 2) ☐ Реканализация глубоких вен
- 3) ☐ Сегментарная окклюзия подвздошной вены
- 4) ☐ Рецидивирующая трофическая язва
- 5) ☐ Циркулярный характер трофических изменений тканей голени

22. Основным методом лечения пациентов с посттромботической болезнью служит:

- 1) ☒ Флеботропная и компрессионная терапия
- 2) ☐ Хирургическое вмешательство
- 3) ☐ Физиотерапия
- 4) ☐ Тромболитическая терапия
- 5) ☐ Имплантация кава-фильтра

23. Одной из основных задач консервативного лечения больных посттромботической болезнью служит:

- 1) ☒ Предупреждение прогрессирования хронической венозной недостаточности
- 2) ☐ Восстановление проходимости глубоких вен

- 3) ☐ Восстановление функционирования клапанного аппарата глубоких вен
 - 4) ☐ Ликвидация варикозного синдрома
 - 5) ☐ Создание гипокоагуляционного состояния системы гемостаза
-

24. Оптимальным методом компрессионного лечения посттромботической болезни служит:

- 1) ☒ Лечебный компрессионный трикотаж
 - 2) ☐ Эластические бинты
 - 3) ☐ Многослойный компрессионный бандаж
 - 4) ☐ Переменная пневмокомпрессия
 - 5) ☐ Мануальный лимфодренаж
-

25. Флеботропное лечение оказывает положительное воздействие на венозный отток из нижних конечностей благодаря:

- 1) ☒ Повышению тонуса венозной стенки
 - 2) ☐ Увеличению притока артериальной крови
 - 3) ☐ Стабилизации эндотелиального гликокаликса
 - 4) ☐ Снижению тромбогенного потенциала крови
 - 5) ☐ Восстановлению нормального функционирования клапанного аппарата глубоких вен
-

26. Антикоагулянтные препараты используют в лечении больных посттромботической болезнью в случае:

- 1) ☒ Обнаружения врожденной тромбофилии высокого риска
 - 2) ☐ Хронической окклюзии подвздошных вен
 - 3) ☐ Клапанной недостаточности глубоких вен
-

- 4) ☐ Наличия венозной трофической язвы
- 5) ☐ Сопутствующего атеросклероза артерий нижних конечностей
-

27. Оптимальным методом восстановления проходимости сегментарного стеноза подвздошных вен при посттромботической болезни служит:

- 1) ☒ Эндоваскулярное стентирование
- 2) ☐ Операция Пальма-Д'Эсперона
- 3) ☐ Операция Уоррена-Тайра
- 4) ☐ Операция Коккета
- 5) ☐ Тромболитическая терапия
-

28. Операция Пальма-Д'Эсперона предполагает выполнение:

- 1) ☒ Бедренно-бедренного перекрёстного шунтирования
- 2) ☐ Тромбэктомии из подвздошных вен
- 3) ☐ Резекции задних большеберцовых вен
- 4) ☐ Бедренно-подколенного шунтирования
- 5) ☐ Открытой вальвулопластики
-

29. Для выполнения операции Пальма-Д'Эсперона оптимальным материалом для шунта служит:

- 1) ☒ Аутовена
- 2) ☐ Армированный синтетический протез
- 3) ☐ Синтетический протез с антипролиферативным покрытием
- 4) ☐ Саморасширяющийся стент
-

5) ☐ Внутренняя грудная артерия

30. Обязательным компонентом операции стентирования подвздошных вен при посттромботической болезни служит:

1) ☒ Бужирование хронической окклюзии

2) ☐ Наложение артерио-венозной фистулы

3) ☐ Введение баллонного окклюдера в нижнюю полую вену

4) ☐ Проведение тромболизиса

5) ☐ Имплантация кава-фильтра

31. Субфасциальная эндоскопическая диссекция перфорантных вен при посттромботической болезни показана в случае:

1) ☒ Прогрессирования трофических изменений тканей голени

2) ☐ Окклюзии подколенной вены

3) ☐ Клапанной недостаточности большой подкожной вены

4) ☐ Окклюзии подвздошных вен

5) ☐ Клапанной недостаточности поверхностной бедренной вены

32. В лечении посттромботической болезни используют все оперативные вмешательства, кроме:

1) ☒ Пликации нижней полой вены

2) ☐ Операции Пальма-Д'Эсперона

3) ☐ Транспозиции поверхностной бедренной вены

4) ☐ Открытой вальвулопластики

5) ☐ Субфасциальной эндоскопической диссекции перфорантных вен

33. Какой метод наиболее, широко используется в диагностике варикозной болезни вен нижних конечностей

- 1) ☐ Ретроградная флебография
- 2) ☐ Дистальная восходящая флебография
- 3) ☒ Ультразвуковое ангиосканирование
- 4) ☐ Радиоиндикация с меченым фибриногеном
- 5) ☐ Сфигмография

34. В чем заключается гемодинамическая сущность операции кроссэктомии

- 1) ☐ Снижение гипертензии в глубоких венах нижней конечности
- 2) ☐ Нормализация трансапиллярного обмена
- 3) ☒ Ликвидация ретроградного кровотока через сафено-фemorальное соустье
- 4) ☐ Коррекция ретроградного кровотока по бедренной вене
- 5) ☐ Артериализация венозной системы

35. Для 3 класса по классификации CEAP при варикозной болезни вен нижних конечностей характерно наличие одного из признаков

- 1) ☐ Гиперпигментация кожи и варикозная экзема
- 2) ☐ Зажившая трофическая язва
- 3) ☒ Отек на голени в конце дня
- 4) ☐ Телеангиоэктазии
- 5) ☐ Открытая трофическая язва

36. Для 1 класса по классификации CEAP при варикозной болезни вен нижних конечностей характерно

наличие одного из признаков

- 1) ☐ Гиперпигментации кожи и варикозной экземы
- 2) ☐ Варикозных вен
- 3) ☐ Отека на голени в конце дня
- 4) ☒ Телеангиоэктазий и ретикулярных вен
- 5) ☐ Открытой трофической язвы

37. Для 2 класса по классификации CEAP при варикозной болезни нижних конечностей характерно наличие одного из признаков

- 1) ☐ Трофических расстройств
- 2) ☒ Варикозных вен
- 3) ☐ Отека на голени в конце дня
- 4) ☐ Телеангиоэктазий и ретикулярных вен
- 5) ☐ Зажившей трофической язвы

38. Для 4 класса по классификации CEAP при варикозной болезни нижних конечностей характерно появление

- 1) ☒ Липодерматосклероза и гиперпигментации кожи у медиальной лодыжки
- 2) ☐ Признаков варикотромбофлебита
- 3) ☐ Стойкого отека конечности
- 4) ☐ Телеангиоэктазий и ретикулярных вен
- 5) ☐ Открытой венозной язвы

39. Для 5 класса по классификации CEAP при варикозной болезни нижних конечностей характерно

обнаружение

- 1) ☐ Липодерматосклероза и гиперпигментация у медиальной лодыжки
- 2) ☐ Варикозных вен
- 3) ☐ Отека на голени в конце дня
- 4) ☐ Телеангиоэктазий и ретикулярных вен
- 5) ☐ Открытой венозной язвы
- 6) ☒ Закрытой трофической язвы

40. Для 6 класса по классификации CEAP при варикозной болезни нижних конечностей характерно наличие

- 1) ☐ Липодерматосклероз и гиперпигментация у медиальной лодыжки
- 2) ☐ Варикозных вен
- 3) ☐ Отека на голени в конце дня
- 4) ☐ Телеангиоэктазий и ретикулярных вен
- 5) ☒ Открытой венозной язвы
- 6) ☐ Закрытой трофической язвы

41. I класс компрессионного трикотажа создает давление на уровне лодыжке в пределе

- 1) ☐ 10-14 мм рт.ст.
- 2) ☒ 15-21 мм рт.ст.
- 3) ☐ 23-32 мм рт.ст.
- 4) ☐ 34-46 мм рт.ст.
- 5) ☐ >49 мм рт.ст.

42. II класс компрессионного трикотажа создает давление на уровне лодыжки в пределе

- 1) ☐ 10-14 мм рт. ст.
- 2) ☐ 15-21 мм рт. ст.
- 3) ☒ 23-32 мм рт. ст.
- 4) ☐ 34-46 мм рт. ст.
- 5) ☐ > 49 мм рт. ст.

43. Синдром Мея-Тернера развивается в результате:

- 1) ☒ Сдавления левой общей подвздошной вены правой общей подвздошной артерией
- 2) ☐ Сдавления левой общей подвздошной вены левой общей подвздошной артерией
- 3) ☐ Рефлюкса по гонадным венам
- 4) ☐ Сдавления левой почечной вены верхней брыжеечной артерией
- 5) ☐ Аплазии нижней полой вены

44. К поверхностным венам относят:

- 1) ☒ Большую и малую подкожные вены
- 2) ☐ Общую бедренную вену
- 3) ☐ Поверхностную бедренную вену
- 4) ☐ Суральные вены
- 5) ☐ Подколенную вену

45. Оптимальным способом инструментальной диагностики варикозной болезни нижних конечностей служит

- 1) ☒ Ультразвуковое ангиосканирование

- 2) ☐ Ультразвуковая доплерография
 - 3) ☐ Рентгеноконтрастная флебография
 - 4) ☐ Компьютерная томография
 - 5) ☐ Воздушная плетизмография
-

46. Основной задачей инструментальной диагностики варикозной болезни нижних конечностей служит

- 1) ☒ Оценка клапанного аппарата глубоких и поверхностных вен
 - 2) ☐ Исследование системы микроциркуляции
 - 3) ☐ Определение лодыжечно-плечевого индекса
 - 4) ☐ Диагностика отеочного синдрома
 - 5) ☐ Исследование объема циркулирующей крови
 - 6) ☐ Измерение давления в венах на уровне бедра и лодыжки
-

47. Оптимальным способом компрессионного лечения варикозной болезни вен таза является

- 1) ☒ Ношение бандажа на нижних отделах живота
 - 2) ☐ Эластическое бинтование нижних конечностей
 - 3) ☐ Переменная пневмокомпрессия
 - 4) ☐ Многослойный эластический бандаж
 - 5) ☐ Использование компрессионных гольф
-

48. Варикозные притоки большой подкожной вены удаляют с помощью

- 1) ☒ Мини-флебэктомии
 - 2) ☐ Кроссэктомии
-

- 3) ☐ Операции Бебкокка
-
- 4) ☐ Субфасциальная перевязка перфорантных вен (операции Линтона)
-
- 5) ☐ Надфасциальная перевязка перфорантных вен (операции Коккета)
-

49. Какая операция на венозном русле способна предотвратить рецидив трофической язвы при варикозной болезни

- 1) ☒ Субфасциальная эндоскопическая диссекция перфорантных вен
-
- 2) ☐ Пластика клапанов бедренной вены
-
- 3) ☐ Эндоваскулярная реканализация подвздошных вен
-
- 4) ☐ Мини-флебэктомия
-
- 5) ☐ Склерооблитерация притоков большой подкожной вены
-

50. Варикозная болезнь вен таза сопровождается расширением

- 1) ☒ Внутритазовых венозных сплетений и гонадных вен
-
- 2) ☐ Общих подвздошных вен
-
- 3) ☐ Нижней полой вены
-
- 4) ☐ Порто-кавальных анастомозов
-
- 5) ☐ Внутренних подвздошных вен
-

51. Компрессионный трикотаж какого класса следует назначать при варикозной болезни второго клинического класса (C 2)

- 1) ☒ Второго (давление на уровне лодыжки 23-32 мм рт. ст.)
-
- 2) ☐ Профилактического (давление на уровне лодыжки 10-14 мм рт. ст.)
-
- 3) ☐ Третьего (давление на уровне лодыжки 34-46 мм рт. ст.)
-

4) ☐ Первого (давление на уровне лодыжки 15-21 мм рт. ст.)

5) ☐ Четвертого (давление на уровне лодыжки > 49 мм рт. ст.)

Раздел: **5. Хроническая венозная недостаточность 2**
Модуль: **2**
Тема: **5. Хроническая венозная недостаточность**

1. Какие операции входят в понятие «комбинированная флебэктомия»:

- 1) ☒ Операция Троянова-Тренделенбурга
- 2) ☒ Операция Нарата
- 3) ☒ Операция Бебкокка
- 4) ☒ Операция Коккетта
- 5) ☐ Операция Гартмана

2. Современными эндоваскулярными методами лечения варикозной болезни являются

- 1) ☒ Эндовазальная лазерная коагуляция
- 2) ☒ Эндовазальная радиочастотная коагуляция
- 3) ☒ Эмболизация цианкрилатным клеем
- 4) ☐ Стентирование большой подкожной вены саморасширяющимся стентом
- 5) ☐ Удаление ствола большой подкожно вены на зонде Бебкокка

3. Для консервативного лечения варикозной болезни используют

- 1) ☒ Медицинский компрессионный трикотаж
- 2) ☒ Компрессионные бинты
- 3) ☒ Венотонизирующие препараты
- 4) ☐ Прогревание
- 5) ☐ Массаж

4. Для посттромботической болезни характерны:

- 1) ☒ Варикозные вены на передней брюшной стенке и над лоном
- 2) ☒ Циркулярные трофические расстройства голени
- 3) ☐ Пульсация варикозно расширенных вен на бедре и голени
- 4) ☐ Удлинение пораженной конечности
- 5) ☐ Сосудисто-пигментные пятна на бедре

5. Осложнениями варикозной болезни вен нижних конечностей являются:

- 1) ☒ Тромбофлебит
- 2) ☒ Кровотечение из варикозных вен
- 3) ☒ Трофические нарушения кожи
- 4) ☐ Тромбоэмболия легочной артерии
- 5) ☐ Венозная гангрена

6. Для варикозной болезни вен нижних конечностей характерны:

- 1) ☒ Варикозное расширение поверхностных вен голени
- 2) ☒ Варикозное расширение поверхностных вен бедра и голени
- 3) ☐ Увеличение и уплотнение паховых лимфоузлов
- 4) ☐ Варикозное расширение вен семенного канатика и яичек
- 5) ☐ Варикозное расширение поверхностных вен передней брюшной стенки

7. Варикозная болезнь часто сочетается с

- 1) ☒ Хроническим геморроем

- 2) ☒ Плоскостопием
 - 3) ☒ Грыжами передней брюшной стенки
 - 4) ☐ Облитерирующим атеросклерозом
 - 5) ☐ Хроническим холециститом
-

8. Остановку кровотечения из варикозной вены можно осуществить с помощью:

- 1) ☒ Тугого эластического бинтования конечности
 - 2) ☒ Придания конечности возвышенного положения
 - 3) ☒ Прошивания кровотокащей варикозной вены
 - 4) ☐ Наложение жгута выше кровотокащей вены
 - 5) ☐ Наложение артериального жгута
-

9. При варикозной болезни применяют следующие операции

- 1) ☒ Троянова-Тренделенбурга
 - 2) ☒ Нарата
 - 3) ☒ Коккета
 - 4) ☒ Бебкокка
 - 5) ☐ Лериша
-

10. Варикозная болезнь вен нижних конечностей может проявляться ...

- 1) ☒ Расширением поверхностных вен
 - 2) ☒ Отеком голени
 - 3) ☒ Чувством тяжести в икрах
-

- 4) ☒ Ночными судорогами в икрах
- 5) ☐ Синдромом перемежающейся хромоты
-

11. Для лечения острого восходящего тромбофлебита большой подкожной вены используют:

- 1) ☒ Эластическое бинтование
- 2) ☒ Активаторы фибринолиза
- 3) ☒ Локальную гипотермию
- 4) ☒ Нестероидные противовоспалительные препараты
- 5) ☐ Диуретики
-

12. Симптомами острого тромбофлебита являются

- 1) ☒ Уплотнение вены
- 2) ☒ Покраснение кожи над веной
- 3) ☒ Локальная боль
- 4) ☒ Локальный отек
- 5) ☐ Гектическая температура
-

13. При каких заболеваниях чаще всего развивается варикозное расширение поверхностных вен нижних конечностей:

- 1) ☒ Варикозная болезнь
- 2) ☒ Врожденные артерио-венозные свищи
- 3) ☒ Посттромботическая болезнь
- 4) ☐ Аневризма аорты
-

5) ☐ Варикоцеле

14. Какие цели преследует оперативное вмешательство при варикозной болезни нижних конечностей?

1) ☒ Устранение патологического сброса крови из глубоких вен в поверхностные

2) ☒ Удаление варикозных вен

3) ☐ Восстановление артериального кровотока

4) ☐ Восстановление проходимости глубоких вен

5) ☐ Восстановление проходимости артерий

15. Развитие трофических расстройств кожи при варикозной болезни нижних конечностей связано с

1) ☒ Недостаточностью клапанов перфорантных вен

2) ☒ несостоятельностью клапанов ствола большой подкожной вены

3) ☐ окклюзией артерий голени

4) ☐ острым тромбозом глубоких вен голени

5) ☐ лимфостазом

16. Осложнениями варикозной болезни не являются:

1) ☐ Тромбофлебит поверхностных вен

2) ☐ Кровотечения из поверхностных варикозных вен

3) ☐ Трофические нарушения и язвы

4) ☒ Тромбоз глубоких вен

5) ☒ Тромбоэмболия легочной артерии

17. Для посттромботической болезни характерны следующие симптомы:

- 1) ☒ Наличие варикозных вен в надлобковой области и на передней брюшной стенке
- 2) ☒ Циркулярный характер трофических изменений на голени
- 3) ☒ Стойкий отек нижней конечности
- 4) ☐ Положительный симптом «перемежающейся хромоты»
- 5) ☐ Симптом Мозеса

18. Появление варикозных вен на передней брюшной стенке при посттромботической болезни обусловлено:

- 1) ☒ Хронической окклюзией подвздошных вен
- 2) ☒ Хронической окклюзией нижней полой вены
- 3) ☐ Клапанной недостаточностью бедренной вены
- 4) ☐ Аневризмой брюшной аорты
- 5) ☐ Окклюзией большой подкожной вены

19. Посттромботическую болезнь следует дифференцировать со следующими заболеваниями:

- 1) ☒ Варикозная болезнь нижних конечностей
- 2) ☒ Тромбоз глубоких вен нижних конечностей
- 3) ☒ Ангиовенозная дисплазия
- 4) ☐ Облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей
- 5) ☐ Болезнь Такаясу

20. Какие инструментальные исследования позволяют верифицировать диагноз посттромботической болезни?

- 1) ☒ Ультразвуковое ангиосканирование
 - 2) ☒ Рентгеноконтрастная флебография
 - 3) ☐ Ультразвуковая доплерография
 - 4) ☐ Импедансная плетизмография
 - 5) ☐ Мезентерикография
-

21. Ультразвуковыми признаками посттромботической болезни служат:

- 1) ☒ Визуализация внутрипросветных гиперэхогенных образований
 - 2) ☒ Утолщение венозной стенки
 - 3) ☒ «Мозаичность» кровотока
 - 4) ☐ Клапанная недостаточность большой подкожной вены
 - 5) ☐ Клапанная недостаточность перфорантных вен
-

22. Радионуклидная флебография при посттромботической болезни позволяет:

- 1) ☒ Оценить эвакуаторную функцию мышечно-венозной помпы голени
 - 2) ☒ Выявить и точно локализовать несостоятельные перфорантные вены
 - 3) ☒ Обнаружить окклюзию глубоких вен и её протяженность
 - 4) ☐ Визуализировать венозные клапаны
 - 5) ☐ Оценить состояние венозной стенки
-

23. Выполнение рентгеноконтрастной флебографии преследует следующие диагностические цели:

- 1) ☒ Уточнить локализацию и протяжённость окклюзии глубоких вен
 - 2) ☒ Оценить степень реканализации вен
-

- 3) ☒ Визуализировать коллатеральные пути венозного оттока
-
- 4) ☐ Изучить состояние мышечно-венозной помпы голени
-
- 5) ☐ Выявить клапанную недостаточность перфорантных вен
-

24. К шунтирующим операциям при посттромботической болезни относят:

- 1) ☒ Операцию Пальма-Д'Эсперона
-
- 2) ☒ Операцию Уоррена-Тайра
-
- 3) ☐ Операцию Коккета
-
- 4) ☐ Операцию Линтона
-
- 5) ☐ Операцию Троянова-Тренделенбурга
-

25. Гемодинамической сущностью операции Пальма-Д'Эсперона служат:

- 1) ☒ Перераспределение кровотока из вен пораженной нижней конечности на вены контрлатеральной нижней конечности
-
- 2) ☒ Улучшение оттока крови из вен поражённой нижней конечности
-
- 3) ☐ Восстановление просвета окклюзированных вен
-
- 4) ☐ Устранение ретроградного кровотока по перфорантным венам
-
- 5) ☐ Устранение ретроградного кровотока через сафено-фemorальное соустье
-

26. Гемодинамической сущностью операции транспозиции поверхностной бедренной вены служат:

- 1) ☒ Перемещение кровотока «под защиту» клапанов глубокой вены бедра
-
- 2) ☒ Уменьшение выраженности ретроградного кровотока по поверхностной бедренной вене
-
- 3) ☐ Формирование нового венозного клапана и устранение рефлюкса крови по бедренной вене
-

- 4) ☐ Устранение окклюзии общей бедренной вены
 - 5) ☐ Создание обходного пути оттока при окклюзии поверхностной бедренной вены
-

27. Необходимыми условиями успешного выполнения эндоваскулярного стентирования подвздошных вен рассматривают:

- 1) ☒ Проходимость глубоких вен нижней конечности
 - 2) ☒ Отсутствие посттромботической окклюзии нижней поллой вены
 - 3) ☒ Протяжённость окклюзии подвздошных вен не ниже паховой складки
 - 4) ☐ Сохранённая проходимость внутренней подвздошной вены
 - 5) ☐ Состоятельность клапанного аппарата большой подкожной вены
-

28. К осложнениям эндоваскулярного стентирования подвздошных вен относят:

- 1) ☒ Повреждение стенки вены
 - 2) ☒ Забрюшинную гематому
 - 3) ☒ Дислокацию стента
 - 4) ☒ Тромбоз стента
 - 5) ☐ Миграцию стента в бедренную вену
-

29. Эндоваскулярное стентирование возможно сочетать со следующими операциями:

- 1) ☒ Субфасциальная эндоскопическая диссекция перфорантных вен
 - 2) ☒ Эндофлебэктомия из общей бедренной вены
 - 3) ☐ Удаление большой подкожной вены
 - 4) ☐ Удаление малой подкожной вены
-

5) ☐ Имплантация кава-фильтра

30. Флебосклерозирующее лечение при посттромботической болезни целесообразно использовать в случаях:

1) ☒ Кровотечение из варикозной вены

2) ☒ Комбинированное нехирургическое лечение венозной язвы

3) ☐ Развитие варикотромбофлебита

4) ☐ Клапанная недостаточность большой подкожной вены

5) ☐ Выраженный отёк нижней конечности

31. Оптимальными способами консервативного лечения посттромботической болезни служат:

1) ☒ Компрессионная терапия

2) ☒ Использование веноактивных препаратов

3) ☒ Физиотерапия

4) ☐ Тромболитическая терапия

5) ☐ Гирудотерапия

32. Применение антикоагулянтных препаратов в лечении пациентов с посттромботической болезнью обосновано в случаях:

1) ☒ Повторные тромбозы глубоких вен нижних конечностей

2) ☒ Подтвержденная лабораторными методами врождённая тромбофилия высокого риска

3) ☐ Выраженный отек нижней конечности

4) ☐ Венозная язва

5) ☐ Хроническая окклюзия подвздошных вен

33. При обнаружении у пациента с посттромботической болезнью ретромбоза глубоких вен окклюзивного характера оптимальными лечебными мероприятиями будут:

- 1) ☒ Антикоагулянтная терапия
- 2) ☒ Компрессионное лечение
- 3) ☐ Имплантация кава-фильтра
- 4) ☐ Пликация нижней полой вены
- 5) ☐ Эндоваскулярная катетерная тромбэктомия

34. Показаниями к выполнению субфасциальной эндоскопической диссекции перфорантных вен при реканализованной форме посттромботической болезни служат:

- 1) ☒ Прогрессирование трофических изменений
- 2) ☒ Рецидивирующая трофическая язва
- 3) ☒ Клапанная недостаточность перфорантных вен
- 4) ☐ Клапанная недостаточность большой подкожной вены
- 5) ☐ Указания на наличие врождённой тромбофилии

35. Показаниями к эндоваскулярному стентированию при хронической посттромботической окклюзии подвздошных вен служат:

- 1) ☒ Выраженный отёк нижней конечности
- 2) ☒ Развитие трофических нарушений кожи голени
- 3) ☒ Венозная хромота
- 4) ☐ Клапанная недостаточность бедренной вены
- 5) ☐ Клапанная недостаточность большой подкожной вены

36. При формировании у пациента с посттромботической болезнью трофической язвы оптимальным методами лечения служат:

- 1) ☒ Флеботропная терапия
- 2) ☒ Эластическая компрессия
- 3) ☒ Местное лечение в зависимости от фазы воспаления в язве
- 4) ☐ Комбинированная флебэктомия
- 5) ☐ Операция Пальма-Д'Эсперона

37. Больному 47 лет 4 года назад выполнена комбинированная флебэктомия на левой нижней конечности. Через 2 года после операции вновь отметил появление варикозных вен на левой ноге, последние полгода возник участок гиперпигментации в нижней трети медиальной поверхности левой голени. При осмотре больного имеются варикозные вены по переднелатеральной поверхности левого бедра, в средней и верхней трети медиальной поверхности левой голени, гиперпигментация и индурация тканей в нижней трети медиальной поверхности левой голени. При ультразвуковом ангиосканировании обнаружена культя большой подкожной вены бедра, длиной 8 см с двумя приустьевыми притоками, клапанная недостаточность перфорантных вен в зоне Коккета. Для лечения рецидива варикозной болезни у этого больного необходимо выполнить следующее хирургическое вмешательство:

- 1) ☐ Кроссэктомию малой подкожной вены
- 2) ☒ Надфасциальную перевязку перфорантных вен (операцию Коккета)
- 3) ☒ Удаление культи большой подкожной вены бедра
- 4) ☐ Субфасциальную перевязку перфорантных вен (операцию Линтона)
- 5) ☒ Мини-флебэктомию

38. Расширение поверхностных вен при варикозной болезни является следствием:

- 1) ☐ Окклюзии глубоких вен
- 2) ☒ Клапанной недостаточности большой подкожной вены
- 3) ☐ Аплазии глубоких вен

- 4) ☒ Клапанной недостаточности перфоратных вен
- 5) ☐ Острого тромбофлебита большой подкожной вены
-

39. Укажите производящие факторы развития варикозной болезни нижних конечностей:

- 1) ☒ Беременность
- 2) ☒ Сброс крови из глубоких вен в поверхностные через перфорантные вены
- 3) ☒ Длительные статические нагрузки
- 4) ☐ Системная артериальная гипертензия
- 5) ☒ Тяжёлый физический труд
-

40. Для варикозной болезни нижних конечностей характерны следующие клинические признаки:

- 1) ☐ Резкие боли в конечности
- 2) ☐ Постоянный отёк всей конечности
- 3) ☒ Трофические расстройства кожи у медиальной лодыжки
- 4) ☐ Трофические расстройства кожи I пальца стопы
- 5) ☒ Отёк стопы и тупые боли в ноге, появляющиеся к концу рабочего дня
- 6) ☒ Расширение поверхностных вен на голени и бедре
-

41. К осложнениям варикозной болезни следует отнести:

- 1) ☒ Острый поверхностный тромбофлебит
- 2) ☒ Кровотечение из венозного узла
- 3) ☒ Трофическую язву голени
- 4) ☐ Эмболию лёгочных артерий
-

5) ☐ Слоновость

42. Рентгеноконтрастная флебография при хронической венозной недостаточности выполняется в следующих случаях:

- 1) ☒ Подозрение на ангиовенозную дисплазию
 - 2) ☐ Наличие трофических расстройств
 - 3) ☒ Планирование хирургической коррекции клапанов глубоких вен
 - 4) ☐ Выраженный отёк нижних конечностей
 - 5) ☐ Симптом «перемежающейся хромоты»
-

43. Варикозную болезнь нижних конечностей необходимо дифференцировать со следующими заболеваниями:

- 1) ☒ Посттромботической болезнью нижних конечностей
 - 2) ☒ Пороками развития глубоких вен
 - 3) ☐ Острой артериальной непроходимостью
 - 4) ☒ Врожденными артериовенозными свищами
 - 5) ☐ Острым илиофemorальным венозным тромбозом
-

44. Оперативное вмешательство при варикозной болезни нижних конечностей позволяет:

- 1) ☒ Устранить патологический рефлюкс крови из глубоких вен в поверхностные
 - 2) ☒ Удалить варикозно расширенные вены
 - 3) ☐ Восстановить проходимость глубоких вен
 - 4) ☐ Устранить несостоятельность клапанов глубоких вен голени
 - 5) ☒ Предотвратить развитие трофических расстройств
-

45. Для варикозной болезни нижних конечностей не характерны:

- 1) ☐ Трофические язвы голени
- 2) ☒ Снижение температуры конечности
- 3) ☒ Интенсивные боли в нижней конечности
- 4) ☒ Постоянный отёк голени и бедра
- 5) ☐ Утомляемость конечности при длительной статической нагрузке

46. Инструментальные методы исследования, используемые для диагностики рецидива варикозной болезни нижних конечностей:

- 1) ☒ Ультразвуковое ангиосканирование
- 2) ☐ Ретроградная илиокаваграфия
- 3) ☒ Радионуклидная флебосцинтиграфия
- 4) ☐ Восходящая дистальная флебография
- 5) ☐ Плетизмография

47. Функциональная венозная недостаточность (флебопатия) встречается при:

- 1) ☒ Анатомически полноценной венозной системе
- 2) ☒ Длительных статических нагрузках
- 3) ☐ Беременности
- 4) ☐ Запорах
- 5) ☐ Системная артериальная гипертензия
- 6) ☐ Тяжёлом физическом труде

48. Венозные дисплазии характеризуются:

- 1) ☒ Клинические проявления односторонние, возникают с младенчества
- 2) ☒ Варикозные вены преимущественно по латеральной поверхности нижней конечности
- 3) ☐ Варикозные вены преимущественно по медиальной поверхности нижней конечности
- 4) ☒ Гиперпигментация по ходу варикозных вен
- 5) ☒ Диаметр пораженной конечности больше на 2-5 см

49. II класс компрессии назначается при:

- 1) ☐ Ретикулярном варикозе, телеангиэктазиях
- 2) ☒ Варикозной болезни C2, C3
- 3) ☒ Периоде после флебэктомии, склеротерапии
- 4) ☐ Посттромботической болезни
- 5) ☐ Флебодисплазиях

50. III класс компрессии назначается при:

- 1) ☐ Ретикулярном варикозе, телеангиэктазиях
- 2) ☒ Варикозной болезни C4-C6
- 3) ☐ Периоде после флебэктомии, склеротерапии
- 4) ☒ Посттромботической болезни
- 5) ☐ Флебодисплазиях

51. К осложнениям после склеротерапии относятся:

- 1) ☒ Некроз кожи

- 2) ☒ Тромбофлебит
-
- 3) ☒ Аллергические реакции
-
- 4) ☐ Флегмона нижней конечности
-
- 5) ☐ Эмболия артериального русла
-

52. К вмешательствам, основанных на удалении стволов большой или малой подкожных вен при лечении варикозной болезни нижних конечностей относятся:

- 1) ☒ Операция Бэбкокка
-
- 2) ☐ Лазерная облитерация
-
- 3) ☐ Радиочастотная облитерация
-
- 4) ☒ PIN-стриппинг
-
- 5) ☒ Криофлебэктомии
-

53. К термическим вмешательствам на стволы подкожных вен относятся

- 1) ☐ Операция Бэбкокка
-
- 2) ☒ Лазерная облитерация
-
- 3) ☒ Радиочастотная облитерация
-
- 4) ☐ PIN-стриппинг
-
- 5) ☐ Склерооблитерация
-

54. Устранение видимых варикозных вен на нижних конечностях возможно следующим методами

- 1) ☒ Мини-флебэктомия
-
- 2) ☐ Лазерная облитерация
-

3) ☐ Радиочастотная облитерация

4) ☐ PIN-стриппинг

5) ☒ Склерооблитерация

55. Характерными жалобами для варикозной болезни вен таза являются:

1) ☒ Диспареуния

2) ☒ Тазовая боль, возникающая при длительных статических или физических нагрузках

3) ☒ Вульварный варикоз

4) ☐ Невынашивания беременности

5) ☐ Запоры

56. Основными методами оперативного лечения варикозной болезни вен таза являются:

1) ☒ Внебрюшинная резекция гонадных вен

2) ☒ Эмболизация гонадных вен

3) ☒ Эндоскопическая резекция гонадных вен

4) ☐ Кроссэктомия

5) ☐ Лигирование нижней полой вены

57. Какие из указанных мероприятий способствуют купированию явлений хронической венозной недостаточности нижних конечностей

1) ☒ Ограничение статических нагрузок

2) ☒ Эластическая компрессия нижних конечностей

3) ☒ Приём препаратов диосмина

4) ☐ Приём оральных антикоагулянтов

5) ☐ Гепаринотерапия

Раздел: **6. Перитонит 1**

Модуль: **2**

Тема: **6. Перитонит**

1. Выберите клинический признак, не характерный для перитонита.

- 1) ☒ Симптом Куленкампа
- 2) ☐ Тахикардия
- 3) ☐ Напряжение мышц брюшной стенки
- 4) ☐ Положительный симптом Щеткина-Блюмберга
- 5) ☐ Отсутствие перистальтики кишечника

2. Положительный симптом Щетина - Блюмберга это:

- 1) ☒ Усиление болей при отдергивании руки от живота
- 2) ☐ Усиление болей при глубокой пальпации в точке МакБурнея
- 3) ☐ Появление болей при перкуссии живота в отлогих местах
- 4) ☐ Появление болезненности при поверхностной пальпации в правом подреберье
- 5) ☐ Появление болей в животе при кашле

3. Какая из представленных форм перитонита не требует оперативного лечения:

- 1) ☒ Панкреатогенный ферментативный
- 2) ☐ Местный фибринозно-гнойный
- 3) ☐ Диффузный фибринозно-гнойный
- 4) ☐ Желчный
- 5) ☐ Каловый

4. Боль в животе в первые часы после перфорации язвы двенадцатиперстной кишки часто характеризуется следующим выражением:

- 1) ☒ Кинжальная
- 2) ☐ Илеусный крик
- 3) ☐ Спастическая
- 4) ☐ Схваткообразная
- 5) ☐ Возникает при перемене положения тела

5. Из представленных заболеваний одно в качестве причины перитонита указано неверно:

- 1) ☒ Гнойный холангит
- 2) ☐ Мезентериальный тромбоз
- 3) ☐ Деструктивный аппендицит
- 4) ☐ Деструктивный холецистит
- 5) ☐ Странгуляционная кишечная непроходимость

6. Оптимальной тактикой лечения плотного аппендикулярного инфильтрата со сроком заболевания свыше 7 дней является:

- 1) ☒ Консервативное лечение, динамическое наблюдение
- 2) ☐ Срочное оперативное лечение после подготовки
- 3) ☐ Экстренное оперативное лечение
- 4) ☐ Проведение диагностической лапароскопии
- 5) ☐ Пункция инфильтрата под КТ наведением с целью исключения абсцедирования

7. К классификации перитонита по распространенности не относится:

- 1) ☒ Тазовый перитонит
 - 2) ☐ Местный перитонит
 - 3) ☐ Распространенный перитонит
 - 4) ☐ Диффузный перитонит
 - 5) ☐ Разлитой перитонит
-

8. Выберите из перечисленных методов тот, который не позволяет диагностировать абсцессы брюшной полости:

- 1) ☒ Ректосигмоскопия
 - 2) ☐ Лапароскопия
 - 3) ☐ Компьютерная томография без контрастного усиления
 - 4) ☐ Ультразвуковое исследование
 - 5) ☐ Компьютерная томография с контрастным усилением
-

9. К вторичному перитониту не относят

- 1) ☒ Туберкулезный перитонит
 - 2) ☐ Перитонит вследствие перфорации полого органа
 - 3) ☐ Перитонит вследствие тупой травмы живота
 - 4) ☐ Послеоперационный перитонит
 - 5) ☐ Перитонит, обусловленный панкреонекрозом
-

10. К вероятным признакам перитонита, выявляемым при лучевых методах обследования, не относится:

- 1) ☒ Утолщение и слоистость стенки желчного пузыря
-

- 2) ☐ Свободная жидкость в брюшной полости
 - 3) ☐ Отсутствие перистальтики кишечника
 - 4) ☐ Свободный газ под правым куполом диафрагмы
 - 5) ☐ Свободный газ под левым куполом диафрагмы
-

11. Какое из следующих утверждений относительно Мангеймского индекса перитонита (МИП) не верное?

- 1) ☒ МИП позволяет оценить тяжесть состояния пациента до операции по поводу перитонита и определить возможность лапароскопического вмешательства
 - 2) ☐ МИП подразделяет тяжесть перитонита на 3 степени
 - 3) ☐ МИП является шкалой оценки тяжести и распространенности перитонита
 - 4) ☐ МИП позволяет прогнозировать уровень летальности
 - 5) ☐ МИП позволяет определить показания к формированию лапаростомы
-

12. Показанием к проведению тактики «релапаротомия по программе» при разлитом перитоните не является:

- 1) ☒ Наличие геморрагического выпота с бляшками стеатонекрозов
 - 2) ☐ Наличие выраженной дилатации петель тонкой кишки с плотным не снимаемым фибрином
 - 3) ☐ Распространенный каловый перитонит
 - 4) ☐ Выполненная обструктивная резекция тонкой кишки с при мезентериальном тромбозе
 - 5) ☐ Невозможность одномоментного устранения источника перитонита
-

13. Оперативное вмешательство (лапаротомия) при разлитом аппендикулярном перитоните, завершённая аппендэктомией, санацией, дренированием брюшной полости и ушиваем послеоперационной раны послойно будет относиться к следующему тактическому подходу:

- 1) ☒ Релапаротомия «по требованию»
-

- 2) ☐ Релапаротомия «по программе»
-
- 3) ☐ Лапаростомия
-
- 4) ☐ Программированная релапаротомия
-

14. Оптимальным вмешательством при перфорации острой язвы двенадцатиперстной кишки у молодого пациента с местным перитонитом является:

- 1) ☒ Ушивание перфоративной язвы
-
- 2) ☐ Пилоропластика по Финнею
-
- 3) ☐ Пилоропластика по Гейнеке-Микуличу
-
- 4) ☐ Субтотальная резекция желудка
-
- 5) ☐ Резекция 2/3 желудка
-

15. Оптимальным вмешательством при перфорации острой язвы двенадцатиперстной кишки у пациента средних лет без язвенного анамнеза с диффузным перитонитом является:

- 1) ☒ Ушивание перфоративной язвы
-
- 2) ☐ Пилоропластика по Финнею
-
- 3) ☐ Пилоропластика по Гейнеке-Микуличу
-
- 4) ☐ Субтотальная резекция желудка
-
- 5) ☐ Дистальная резекция 2/3 желудка
-

16. Операцией выбора при некрозе участка тонкой кишки с перфорацией и разлитым фибринозно-гнойным перитонитом при нестабильном состоянии больного является

- 1) ☒ Обструктивная резекция тонкой кишки
-
- 2) ☐ Резекция тонкой кишки с формированием еюностомы
-

3) ☐ Резекция тонкой кишки с формированием первичного анастомоза

4) ☐ Ушивание перфорации тонкой кишки в виду тяжести состояния

17. К основным принципам хирургического лечения перитонита не относится:

1) ☒ Разобщение висцеропариетальных сращений

2) ☐ Санация брюшной полости

3) ☐ Дренирование брюшной полости

4) ☐ Устранение источника перитонита

18. К классификационной характеристике перитонита по степени распространенности не относится:

1) ☒ Субтотальный перитонит

2) ☐ Диффузный перитонит

3) ☐ Распространенный перитонит

4) ☐ Разлитой перитонит

5) ☐ Местный перитонит

19. Пациенту, перенесшему лапаротомию по поводу некроза сигмовидной кишки с перфорацией и разлитым каловым перитонитом, планируется повторное вмешательство через сутки от первичной операции. Данная хирургическая тактика соответствует следующему тактическому подходу.

1) ☒ Релапаротомия «по программе»

2) ☐ Релапаротомия «по требованию»

3) ☐ Вынужденная релапаротомия

4) ☐ Лапаростомия

20. Послеоперационным перитонитом называют:

-
- 1) ☒ Перитонит, возникший после операций, выполненных не по поводу перитонита
-
- 2) ☐ Перитонит после операций, выполненных по поводу перитонита и потребовавших повторного вмешательства
-
- 3) ☐ Продолжающийся перитонит, выявленный при этапной санации брюшной полости
-
- 4) ☐ Перитонит, продолжающийся более 48 часов при устраненном источнике перитонита
-

Раздел: **6. Перитонит 2**

Модуль: **2**

Тема: **6. Перитонит**

1. Какие из представленных заболеваний не могут являться причиной перитонита:

- 1) ☒ Гнойный холангит
- 2) ☒ Подкапсульная гематома селезенки
- 3) ☐ Мезентериальный тромбоз
- 4) ☐ Деструктивный холецистит
- 5) ☐ Перфорация дивертикула Меккеля

2. При разлитых формах фибринозно-гнойного перитонита наиболее точными характеристиками микрофлоры перитонеального экссудата являются:

- 1) ☒ Полимикробный рост бактерий
- 2) ☒ Превалирование бактерий грамотрицательного спектра
- 3) ☒ Наличие бактериальной микрофлоры
- 4) ☐ Мономикробный рост бактерий
- 5) ☐ Превалирование бактерий грамположительного спектра

3. Проводя дифференциальную диагностику между внутрибрюшным кровотечением и перитонитом, выберите из нижеперечисленных правильное сочетание клинических симптомов, патогномоничных только для перитонита:

- 1) ☒ Симптом Щёткина-Блюмберга
- 2) ☒ Аускультативный симптом «гробовой тишины».
- 3) ☐ Симптом «Ваньки-встаньки»
- 4) ☐ Симптом Куленкампа

5) ☐ Усиление болей в положении лежа

4. К вариантам временного закрытия лапаростомы относятся:

1) ☒ Узловые швы через все слои брюшной стенки

2) ☒ Кожные швы

3) ☒ Использование вакуум-ассистированной лапаростомы

4) ☐ Послойное ушивание операционной раны

5) ☐ Использование сетчатого протеза

5. К критериям окончания этапного хирургического лечения перитонита относятся:

1) ☒ Наличие перистальтики тонкой кишки

2) ☒ Ликвидация источника перитонита

3) ☒ Прозрачный серозный экссудат

4) ☐ Гнойно-некротическое поражение операционной раны передней брюшной стенки

5) ☐ Внутривентральное давление выше 12 мм рт. ст.

6. Какие из перечисленных осложнений относятся к группе интраабдоминальных:

1) ☒ Поддиафрагмальный абсцесс

2) ☒ Кишечный свищ

3) ☐ Флегмона передней брюшной стенки

4) ☐ Нагноение операционной раны

5) ☐ Тромбоэмболия легочных артерий

7. Какие из перечисленных осложнений относятся к группе раневой инфекции:

- 1) ☒ Нагноение операционной раны
- 2) ☒ Флегмона передней брюшной стенки
- 3) ☐ Кишечный свищ
- 4) ☐ Межкишечный абсцесс
- 5) ☐ Паретическая кишечная непроходимость

8. Основными факторами, определяющими исход заболевания при перитоните, являются:

- 1) ☒ Длительность заболевания
- 2) ☒ Распространенность поражения брюшины
- 3) ☒ Возраст больного
- 4) ☐ Уровень трансаминаз
- 5) ☐ Наличие в анамнезе перенесенных операций на брюшной полости

9. Показанием к этапной ревизии и санации брюшной полости в абдоминальной хирургии являются:

- 1) ☒ Распространенный каловый перитонит
- 2) ☒ Невозможность одномоментного устранения источника перитонита
- 3) ☒ Нестабильная гемодинамика в момент проведения оперативного вмешательства
- 4) ☐ Инфицированный панкреонекроз
- 5) ☐ Местный фибринозно-гнойный перитонит

10. К синдрому системной воспалительной реакции при перитоните относятся:

- 1) ☒ Температура тела выше 38°C

- 2) ☒ Количество лейкоцитов в периферической крови более $12 \times 10^9/\text{л}$
 - 3) ☒ Количество лейкоцитов в периферической крови менее $4 \times 10^9/\text{л}$
 - 4) ☐ Распространенный характер перитонита
 - 5) ☐ Каловый характер перитонита
-

11. В чём заключается предоперационная подготовка при перитоните пациента, поступившего в хирургический стационар в состоянии крайней тяжести (значение APACHE-II выше 12 баллов):

- 1) ☒ Катетеризация центральной вены, мочевого пузыря и желудка
 - 2) ☒ Внутривенное введение полиионных кристаллоидных растворов в объёме 1000 – 1500 мл
 - 3) ☒ Внутривенное применение антибиотиков широкого спектра действия
 - 4) ☐ Введение диуретиков
 - 5) ☐ Переливание крови
-

12. К основным принципам лечения перитонита относится:

- 1) ☒ Санация брюшной полости
 - 2) ☒ Устранение источника перитонита
 - 3) ☒ Дренирование брюшной полости
 - 4) ☐ Наложение кишечных стом
 - 5) ☐ Тампонада брюшной полости
-

13. Оперативное вмешательство при разлитом каловом перитоните на фоне выраженного пареза кишечника должно включать

- 1) ☒ Устранение источника перитонита
 - 2) ☒ Санацию брюшной полости
-

- 3) ☒ Назоинтестинальную интубацию
 - 4) ☐ Наложение илеостомы
 - 5) ☐ Мероприятия по предотвращению послеоперационной вентральной грыжи
-

14. Тактика «релапаротомия по требованию» в лечении перитонита характеризуется следующими признаками:

- 1) ☒ Лапаротомия, выполненная по поводу перитонита с послойным ушиванием раны брюшной стенки
 - 2) ☒ Повторная операция при ухудшении состояния
 - 3) ☐ Повторная операция в течение 24-48 часов
 - 4) ☐ Повторная операция в течение 48-72 часов
 - 5) ☐ Формирование лапаростомии с помощью вакуум-системы
-

15. Тактика «релапаротомия по программе» при перитоните характеризуется следующими признаками:

- 1) ☒ Повторная операция в течение 24-48 часов
 - 2) ☒ Временное закрытие раны брюшной стенки
 - 3) ☒ Возможность отсроченного наложения анастомоза после резекции кишки
 - 4) ☐ Повторная операция при ухудшении состояния
 - 5) ☐ Обязателен реконструктивный этап операции во время первичного вмешательства
-

16. Лапароскопическое вмешательство при перитоните абсолютно не противопоказано в следующих случаях

- 1) ☒ Аппендикулярный перитонит
 - 2) ☒ Перитонит на фоне деструктивного холецистита
 - 3) ☒ Перфорация язвы двенадцатиперстной кишки
-

- 4) ☐ Фибринозно-гнойный перитонит с признаками септического шока
-
- 5) ☐ Фибринозно-гнойный перитонит с признаками выраженного пареза тонкой кишки
-

17. Лапаротомия при перитоните не показана в следующих случаях

- 1) ☒ Перитонит после перитонеального диализа
-
- 2) ☒ Панкреатогенный ферментативный перитонит
-
- 3) ☒ Перитонит гонококковой природы
-
- 4) ☐ Перитонит на фоне перфорации дивертикула сигмовидной кишки
-
- 5) ☐ Аппендикулярный перитонит у пожилого пациента с сопутствующей патологией
-

18. Противопоказанием к началу операции с лапароскопии при перитоните являются:

- 1) ☒ Необходимость вазопрессорной поддержки гемодинамики
-
- 2) ☒ Абдоминальный компартмент синдром
-
- 3) ☐ Клинические признаки перитонита с синдромом системной воспалительной реакции
-
- 4) ☐ Перитонит на фоне гангренозного холецистита
-
- 5) ☐ Перитонит на фоне гангренозного аппендицита
-

19. К воспалительным маркерам лабораторного мониторинга при распространенном перитоните относятся:

- 1) ☒ Уровень лейкоцитов в крови
-
- 2) ☒ С-реактивный белок
-
- 3) ☒ Прокальцитонин
-
- 4) ☐ pH крови
-
- 5) ☐ Уровень тромбоцитов крови
-

20. Абсолютными показаниями к интестинальной интубации являются:

-
- 1) ☒ Выраженный парез кишечника
-
- 2) ☒ Обструктивная резекция кишки без формирования стомы
-
- 3) ☐ Сформированная одноствольная колостома при операции Гартмана
-
- 4) ☐ Крайняя тяжесть состояния
-
- 5) ☐ Перфорация тонкой кишки
-

Раздел: **7. Рак желудка 1**

Модуль: **2**

Тема: **7. Рак желудка**

1. Проведение лапароскопии при раке желудка нецелесообразно в следующем случае:

- 1) ☒ При характере опухолевого процесса in situ
- 2) ☐ При субтотальном поражении желудка опухолью
- 3) ☐ При локализации опухоли в кардиальном отделе желудка с переходом на пищевод
- 4) ☐ При локализации опухоли в теле желудка и подозрении на метастазы в левой доли печени
- 5) ☐ При инфильтративной форме роста опухоли

2. Больному 64 лет, с жалобами на снижение аппетита, нарастание слабости и умеренными болями в эпигастриальной области, не связанными с приёмом пищи, выполнена эзофагогастроскопия, при которой в субкардиальном отделе обнаружено образование диаметром около 5 см, с резко возвышающимся, чётко ограниченными краями и небольшим углублением в центре его. Ваш диагноз?

- 1) ☒ Бляшкообразная форма рака
- 2) ☐ Пенетрирующая язва желудка
- 3) ☐ Хроническая язва субкардиального отдела желудка
- 4) ☐ Индуративная форма рака
- 5) ☐ Наиболее вероятно ограниченная форма болезни Менetrie

3. К метастазам лимфогенного происхождения при раке желудка относятся все вышеперечисленные, кроме:

- 1) ☒ Метастазы в лёгких
- 2) ☐ Метастаз Вирхова – в лимфатические узлы левой надключичной области
- 3) ☐ Метастаз Марии Джозеф – в пупок
- 4) ☐ Метастаз Шницлера – в параректальную клетчатку

5) ☐ Метастаз Крукенберга – в яичники у женщин

4. Операцией выбора при раке антрального отдела желудка небольших размеров является:

1) ☒ Субтотальная дистальная резекция желудка с удалением большого и малого сальника, лимфодесекция

2) ☐ Антрумэктомия

3) ☐ Классическая резекция 2/3 желудка по Гофмейстеру-Финстерера без удаления большого сальника

4) ☐ Резекция 1/2 желудка в сочетании с лимфодесекцией

5) ☐ Гастрэктомия в сочетании с лимфодесекцией

5. У больного 67 лет рак выходного отдела желудка и признаки декомпенсированного стеноза. На операции установлено, что опухоль прорастает в поджелудочную железу и гепатодуоденальную связку; имеются увеличенные парааортальные лимфоузлы. Метастазы в печени и канцероматоз брюшины не выявлены. Выберите оптимальный вариант оперативного вмешательства в данной ситуации:

1) ☒ Наложить передний гастроэнтероастомоз и межкишечный анастомоз по Брауну

2) ☐ Выполнить субтотальную резекцию желудка с созданием гастроэнтероанастомоза

3) ☐ Произвести гастрэктомию и сформировать эзофагогастроанастомоз

4) ☐ Оптимальным вариантом является наложение энтеростомы для постоянного кормления

5) ☐ Оптимальным вариантом следует считать гастростомию

6. Операцией выбора при операбельном раке дистального отдела желудка и небольших размерах опухоли является:

1) ☒ Дистальная субтотальная резекция желудка с большим и малым сальником

2) ☐ Гастрэктомия

3) ☐ Антрумэктомия

4) ☐ Краевая резекция поражённого участка желудка

5) ☐ Эзофагоэнтеростомия

7. Укажите локализацию рака желудка, сопровождающуюся наименьшей клинической симптоматикой:

1) ☒ Рак тела желудка

2) ☐ Рак кардии с переходом на пищевод

3) ☐ Рак средней трети малой кривизны

4) ☐ Рак пилорического канала

5) ☐ Рак антрального отдела

8. Что из перечисленного НЕправильно в отношении рака желудка?

1) ☒ Рано диагностируется определением содержания альфа-фетопротеина

2) ☐ Чаще возникает у мужчин, чем у женщин

3) ☐ Развивается на фоне хронического атрофического гастрита

4) ☐ Может развиваться из полипа

5) ☐ Может локализоваться на большой кривизне желудка

9. Операция гастростомия показана:

1) ☒ При раке тела желудка III стадии

2) ☐ При раке дистального отдела желудка IV стадии с множественными метастазами в печень

3) ☐ При раке проксимального отдела желудка и канцероматозе брюшины

4) ☐ При кардиоспазме

5) ☐ При язвенном стенозе привратника

10. При раке антрального отдела желудка, IV стадии заболевания, выполняется одна из перечисленных операций:

- 1) ☒ Передний гастроэнтероанастомоз
- 2) ☐ Пилоропластика
- 3) ☐ Эзофагоэнтероанастомоз
- 4) ☐ Гастростомия
- 5) ☐ Задний гастроэнтероанастомоз

11. К метастазу Вирхова относится:

- 1) ☒ Метастаз в лимфоузел надключичной области слева
- 2) ☐ Метастаз в печень
- 3) ☐ Метастаз в яичник
- 4) ☐ Метастаз в большой сальник
- 5) ☐ Метастаз в забрюшинное пространство

12. Ранняя диагностика рака желудка возможна с помощью одного из перечисленных методов:

- 1) ☒ Обзорная эзофагогастроскопия
- 2) ☐ Компьютерный анализ выраженности синдрома «малых признаков»
- 3) ☐ Анализ кала на скрытую кровь
- 4) ☐ Рентгеноскопия желудка
- 5) ☐ Дуоденальное зондирование

13. У больного 38 лет, с раком антрального отдела желудка, по вскрытии брюшной полости обнаружено небольшое количество асцитической жидкости и увеличение лимфоузлов по ходу аорты. Прорастания

опухоли в соседние органы не выявлено. Ваша тактика:

- 1) ☒ Паллиативная дистальная субтотальная резекция желудка
- 2) ☐ Гастрэктомия
- 3) ☐ Ограничиться эсплоративной лапаротомией
- 4) ☐ Гастростомия
- 5) ☐ Гастроэнтеростомия

14. Больной 57 лет, с гипертонической болезнью, ожирением III степени, дислипидемией, жалуется на общее недомогание, слабость, снижение аппетита, отрыжку, похудание. При обследовании в левой надключичной области выявлен плотный округлой формы узел диаметром до 2 см. Ваш предварительный диагноз:

- 1) ☒ Рак желудка
- 2) ☐ Рудиментарное шейное ребро
- 3) ☐ Тромбированная аневризма подключичной артерии
- 4) ☐ Язвенная болезнь желудка
- 5) ☐ Полипоз желудка

15. Больному с раком антрального отдела желудка IV стадии показана:

- 1) ☒ Передняя гастроэнтеростомия
- 2) ☐ Задняя гастроэнтеростомия
- 3) ☐ Гастрэктомия
- 4) ☐ Превентивная гастростомия
- 5) ☐ Стентирование пилорического канала

16. Опирая больного 50 лет по поводу рака тела желудка, вы обнаружили прорастание опухоли в левую долю печени. Отдалённых метастазов нет. Укажите оптимальный объём операции:

- 1) ☒ Гастрэктомия в сочетании с резекцией левой доли печени
- 2) ☐ Резекция 2/3 желудка
- 3) ☐ Проксимальная субтотальная резекция желудка
- 4) ☐ Дистальная субтотальная резекция желудка
- 5) ☐ Эксплоративная лапаротомия

17. Имплантационным метастазом рака желудка является:

- 1) ☒ Метастаз Шницлера
- 2) ☐ Метастаз в лёгкие
- 3) ☐ Метастаз в селезёнку
- 4) ☐ Метастаз в ворота печени
- 5) ☐ Метастаз в лимфоузел большого сальника

18. У больного, оперируемого по поводу рака выходного отдела желудка, метастазов опухоли в брюшной полости не обнаружено. Укажите оптимальный объём вмешательства:

- 1) ☒ Дистальная субтотальная резекция желудка, удаление малого и большого сальников
- 2) ☐ Антрумэктомия
- 3) ☐ Резекция 2/3 желудка с оставлением части малого и большого сальников
- 4) ☐ Гастростомия
- 5) ☐ Илеостомия

19. Опирая больного 50 лет по поводу рака тела желудка, Вы обнаружили метастаз опухоли в нижнем

полюсе селезенки. Других метастазов нет. Ваша тактика:

- 1) ☒ Произвести гастрэктомию и спленэктомию
- 2) ☐ Признать случай неоперабельным и на этом закончить операцию
- 3) ☐ Произвести гастрэктомию и резекцию селезенки
- 4) ☐ Произвести субтотальную дистальную резекцию желудка и спленэктомию
- 5) ☐ Наложить передний гастроэнтероанастомоз с Брауновским межкишечным анастомозом

20. Метастаз Шницлера локализуется:

- 1) ☒ В прямокишечно-пузырной складке
- 2) ☐ В печени
- 3) ☐ В яичниках
- 4) ☐ Между ножками кивательной мышцы
- 5) ☐ В области пупка

21. Наиболее часто встречающаяся форма роста рака желудка

- 1) ☒ Экзофитная
- 2) ☐ Язвенная
- 3) ☐ Эндофитная
- 4) ☐ Блюдцеобразная
- 5) ☐ Язвенно-инфильтративная

22. Основным видом метастазирования рака желудка является:

- 1) ☒ Лимфогенный

- 2) ☐ Имплантационный
-
- 3) ☐ Контактный
-
- 4) ☐ Гематогенный
-
- 5) ☐ Все виды метастазирования являются основными
-

23. Назовите наиболее ранний симптом рака кардиального отдела желудка:

- 1) ☒ дисфагия
-
- 2) ☐ боль в эпигастральной области
-
- 3) ☐ тошнота и рвота
-
- 4) ☐ боль за грудиной
-
- 5) ☐ изжога
-

24. У больного с 4 стадией рака кардиального отдела желудка на фоне выраженной дисфагии появились признаки улучшения прохождения пищи. Какое осложнение заболевания наступило?

- 1) ☒ распад опухоли
-
- 2) ☐ дилатация кардиального жома
-
- 3) ☐ кровотечение из опухоли
-
- 4) ☐ перфорация опухоли
-
- 5) ☐ острое расширение пищевода
-

25. Метастаз Крукенберга при раке желудка локализуется в:

- 1) ☒ в яичнике
-
- 2) ☐ в пупке
-

- 3) ☐ в Дугласовом пространстве
-
- 4) ☐ в надключичном лимфатическом узле
-
- 5) ☐ в надпочечнике
-

26. Признаками неоперабельности рака желудка являются:

- 1) ☒ множественные метастазы в печень
-
- 2) ☐ размер опухоли более 10 см
-
- 3) ☐ метастазы в большой сальник
-
- 4) ☐ множественные уплотненные лимфоузлы большого и малого сальника
-
- 5) ☐ прорастание всех слоев стенки желудка
-

27. Выберите основные методы верификации рака желудка:

- 1) ☒ Эзофагогастродуоденоскопия с биопсией
-
- 2) ☐ УЗИ
-
- 3) ☐ Компьютерная томография
-
- 4) ☐ термография
-
- 5) ☐ лапароскопия
-

28. Наиболее часто рак желудка метастазирует в:

- 1) ☒ Печень
-
- 2) ☐ Легкие
-
- 3) ☐ Яичники
-
- 4) ☐ Щитовидную железу
-

5) ☐ Кости

29. Радикальной операцией при раке выходного отдела желудка II стадии является:

1) ☒ Дистальная субтотальная резекция желудка вместе с большим и малым сальниками

2) ☐ Резекция $\frac{2}{3}$ желудка без удаления большого и малого сальников

3) ☐ Гастрэктомия

4) ☐ Антрумэктомия

5) ☐ Наложение заднего гастроэнтероанастомоза

30. Какой из симптомов может быть одним из самых ранних при подозрении на рак желудка?

1) ☒ Немотивированная потеря аппетита

2) ☐ Нарушение функции кишечника

3) ☐ Метеоризм

4) ☐ Похудание

5) ☐ Тахикардия

31. При операбельном раке выходного отдела желудка с явлениями стеноза показана:

1) ☒ Дистальная субтотальная дистальная резекция желудка

2) ☐ Гастродуоденостомия

3) ☐ Гастроэнтеростомия

4) ☐ Пилоропластика

5) ☐ Гастростомия

32. При раке тела желудка радикальной операцией считается:

- 1) ☒ Гастрэктомия
- 2) ☐ Резекция 2/3 желудка
- 3) ☐ Проксимальная субтотальная резекция
- 4) ☐ Дистальная субтотальная резекция
- 5) ☐ Гастроэнтеростомия

33. Метастаз Вирхова при раке желудка это:

- 1) ☒ в надключичный лимфоузел
- 2) ☐ в Дугласово пространство
- 3) ☐ в пупок
- 4) ☐ в яичники
- 5) ☐ в надпочечники

34. Наиболее частой гистологической формой рака желудка является:

- 1) ☒ Аденокарцинома
- 2) ☐ Недифференцированный рак
- 3) ☐ Плоскоклеточный рак
- 4) ☐ Аденоакансома
- 5) ☐ Низкодифференцированный рак

35. Какая локализация рака желудка клинически проявляется наиболее поздно?

- 1) ☒ Тело желудка

- 2) ☐ Антральный отдел
 - 3) ☐ Субкардиальный отдел
 - 4) ☐ Кардиальный отдел
 - 5) ☐ Пилорический канал
-

36. С целью радикального лечения операбельного рака антрального отдела желудка выполняется следующий вид операции:

- 1) ☒ Дистальная субтотальная резекция желудка с удалением большого и малого сальника
 - 2) ☐ Резекция $\frac{2}{3}$ желудка по Гофмейстеру-Финстереру без удаления большого малого сальника.
 - 3) ☐ Антрумэктомия с удалением большого сальника
 - 4) ☐ Резекция желудка в пределах макроскопически неизменённых тканей
 - 5) ☐ Гастрэктомия
-

37. Метастаз сестры Джозеф локализуется:

- 1) ☒ В области пупка
 - 2) ☐ В яичниках
 - 3) ☐ В прямокишечно-пузырной складке
 - 4) ☐ В печени
 - 5) ☐ Между ножками кивательной мышцы
-

Раздел: **7. Рак желудка 2**

Модуль: **2**

Тема: **7. Рак желудка**

1. Назовите операции, применяемые для радикального лечения рака желудка:

1) ☒ Дистальная субтотальная резекция желудка

2) ☒ Проксимальная резекция желудка

3) ☒ Гастрэктомия

4) ☐ Гастростомия

5) ☐ Антрумэктомия

2. Основными клиническими признаками рака кардиального отдела желудка являются:

1) ☒ Боли за грудиной

2) ☒ Затруднение при глотании твёрдой пищи

3) ☒ Гиперсаливация

4) ☐ Симптом «шума плеска»

5) ☐ Полиурия

3. Пациент предъявляет жалобы на ежедневную рвоту в течение двух недель. При гастроскопии выявлена опухоль выходного отдела желудка. У больного необходимо в первую очередь исследовать:

1) ☒ Электролитный состав плазмы

2) ☒ Объём циркулирующей крови

3) ☒ Измерить диурез

4) ☐ Желудочный pH

5) ☐ Провести дуоденальное зондирование

4. При язвенной болезни желудка, осложнённой малигнизацией, могут быть выполнены следующие оперативные вмешательства:

1) ☒ Дистальная субтотальная резекция желудка

2) ☒ Гастрэктомия

3) ☐ Резекция 2/3 желудка

4) ☐ Иссечение язвы

5) ☐ Антрумэктомия, ваготомия

5. Виды паллиативных операций, выполняемых при раке антрального отдела желудка IV стадии:

1) ☒ Дистальная резекция 2/3 желудка

2) ☒ Передняя гастроэнтеростомия с брауновским межкишечным анастомозом

3) ☐ Гастростомия

4) ☐ Гастрэктомия

5) ☐ Паллиативная проксимальная резекция желудка

6. Наиболее часто предраковым заболеванием желудка в зависимости от морфологической картины является:

1) ☒ Гиперпластический гастрит

2) ☒ Атрофический гастрит

3) ☒ Гипертрофический гастрит

4) ☐ Поверхностный гастрит

5) ☐ Эрозивный гастрит

7. К предраковым заболеваниям желудка относятся следующие:

1) ☒ Хронический атрофический гастрит

2) ☒ Болезнь Менетри

3) ☒ Полипоз желудка

4) ☐ Синдром Маллори-Вейса

5) ☐ Эрозивный гастрит

8. К синдрому “малых признаков” рака желудка относятся следующие симптомы:

1) ☒ Немотивированная слабость

2) ☒ Прогрессирующее похудение

3) ☒ Стойкое снижение аппетита

4) ☐ Гиперсаливация

5) ☐ Метеоризм

9. Больному 65 лет, проведена эзофагогастродуоденоскопия, при которой выявлена опухоль проксимального отдела желудка. С целью уточнения характера и стадии заболевания ему необходимо произвести:

1) ☒ Ультразвуковое исследование брюшной полости

2) ☒ Определить в крови содержание онкомаркёров – РЭА, СА – 72-4

3) ☒ Гастроскопическое исследование завершить забором биоматериала для гистологического исследования

4) ☒ В план обследования включить КТ брюшной полости с в/в усилением

5) ☒ Выполнить ультразвуковое исследование шейно-надключичных областей

10. Наименьшая клиническая симптоматика и поздняя диагностика рака желудка при локализации опухоли:

- 1) ☒ На задней стенке желудка
 - 2) ☒ На большой кривизне тела желудка
 - 3) ☒ На малой кривизне желудка
 - 4) ☐ В кардиальном отделе желудка с переходом на пищевод
 - 5) ☐ В антральном отделе желудка
-

11. Выявить рак желудка и установить факт генерализации опухолевого процесса позволяет следующие методы исследования:

- 1) ☒ Эзофагогастроскопия в сочетании с забором биоматериала для гистологического исследования
 - 2) ☒ Компьютерная томографии с внутривенным контрастным усилением грудной и брюшной полости
 - 3) ☒ Ультразвуковое исследование брюшной полости и шейно-подключичных областей
 - 4) ☒ Лапароскопия в сочетании с забором смыва с париетальной брюшины
 - 5) ☒ Эндоскопическое УЗИ
 - 6) ☐ Обзорная рентгенография брюшной полости
-

12. При раке желудка различают следующие типы макроскопической (макроморфологической) картины опухоли:

- 1) ☒ Грибовидный или клиновидный
 - 2) ☒ Диффузно-инфильтративный
 - 3) ☒ Язвенный с чётко ограниченными краями (блюдцеобразный)
 - 4) ☒ Язвенно-инфильтративный
 - 5) ☐ Гигантский гиперпластический тип
 - 6) ☐ Подслизистый тип
-

13. В план обследования больного с подозрением на рак желудка необходимо включить следующие методы исследования:

- 1) ☒ Полипозиционные рентгенконтрастные исследования желудка
- 2) ☒ Эндоскопическое исследование пищевода, желудка и 12-перстной в сочетании с биопсией подозрительных на злокачественные участки слизистой оболочки
- 3) ☒ Компьютерную томографию брюшной полости с в/в контрастным усилением
- 4) ☒ Исследование крови на содержание уровня онкомаркёров: РЭА, СА 72-4, СА 19,9
- 5) ☐ Чрезкожную пункцию желудка под контролем УЗИ для взятия биоматериала на гистологическое исследование

14. К предраковым заболеваниям желудка относят:

- 1) ☒ Болезнь Менетрие
- 2) ☒ Полипы желудка
- 3) ☒ Хроническая длительно не заживающая язва малой кривизны желудка.
- 4) ☐ Синдром Меллори-Вейса
- 5) ☐ Синдром Золингера-Эллисона

15. При раке желудка диагностировать метастазы в печени позволяют:

- 1) ☒ Мультиспиральная КТ органов брюшной полости с в/в контрастированием
- 2) ☒ Ультразвуковое исследование брюшной полости
- 3) ☒ Лапароскопия с биопсией печени
- 4) ☐ Клинический анализ крови
- 5) ☐ Биохимический анализ крови

16. Укажите варианты локализации рака желудка с поздно проявляющимися клиническими симптомами:

- 1) ☒ Тело желудка
- 2) ☒ Субкардиальный отдел
- 3) ☒ Кардиальный отдел без перехода на пищевод
- 4) ☐ Антральный отдел
- 5) ☐ Пилорический канал

17. Паллиативными операциями при раке выходного отдела желудка могут быть:

- 1) ☒ Передний гастроэнтероанастомоз с Брауновским межкишечным анастомозом
- 2) ☒ Дистальная резекция желудка
- 3) ☐ Антрумэктомия, ваготомия
- 4) ☐ Пилоропластика по Финнею
- 5) ☐ Гастрэктомия

18. Абсолютными признаками неоперабельности рака желудка являются:

- 1) ☒ Множественные метастазы в печень
- 2) ☒ Асцит
- 3) ☐ Метастатическое поражение селезенки
- 4) ☐ Метастазы в большой сальник
- 5) ☐ Большие размеры опухоли

19. Типичными клиническими проявлениями рака выходного отдела желудка являются:

- 1) ☒ Повторная рвота

2) ☒ «Шум плеска» натошак

3) ☐ Дисфагия

4) ☐ Полиурия

5) ☐ Гиперсаливация

20. Выберите признаки, НЕ характерные для рака тела желудка:

1) ☒ Дисфагия

2) ☒ Неукротимая рвота

3) ☒ Гиперсаливация

4) ☐ Анемия

5) ☐ Похудание

21. Онкологически обоснованными операциями при раке кардиального отдела желудка (операбельном) являются:

1) ☒ Гастрэктомия

2) ☒ Проксимальная субтотальная резекция желудка с большим и малым сальником

3) ☐ Резекция кардии с эзофагогастроанастомозом

4) ☐ Резекция 2/3 желудка по Бильрот II

5) ☐ Гастростомия

22. Больному с раком кардиального отдела желудка может быть выполнена:

1) ☒ Гастрэктомия

2) ☒ Проксимальная субтотальная резекция желудка

- 3) ☒ Гастростомия
 - 4) ☐ Дистальная резекция желудка
 - 5) ☐ Наложение гастроэнтероанастомоза
-

23. Отдалёнными метастазами рака желудка являются:

- 1) ☒ Метастаз Шнитцлера
 - 2) ☒ Метастазы в печень
 - 3) ☒ Метастаз Крукенберга
 - 4) ☒ Метастазы в пупок
 - 5) ☒ Метастаз Вирхова
-

24. В план обследования больного с раком выходного отдела желудка с явлениями стеноза необходимо включить следующие исследования:

- 1) ☒ Определения объёма циркулирующей крови
 - 2) ☒ Определение электролитного состава плазмы
 - 3) ☒ Измерение диуреза
 - 4) ☐ PH-метрию желудка
 - 5) ☐ Дуоденальное зондирование
-

25. Для рака тела желудка характерны следующие симптомы:

- 1) ☒ Анемия
 - 2) ☒ Желудочный дискомфорт
 - 3) ☒ Похудание
-

4) ☐ Дисфагия

5) ☐ Гиперсаливация

26. К признакам малигнизации хронической язвы желудка относят:

1) ☒ Снижение аппетита

2) ☒ Появление постоянных болей в эпигастрии

3) ☒ Появление ахилии

4) ☒ Развитие анемии

5) ☐ Уменьшение скорости оседания эритроцитов

27. У больного 56 лет подозревается рак желудка. Укажите исследования, позволяющие уточнить диагноз:

1) ☒ Гастродуоденоскопия

2) ☒ Рентгеноскопия желудка

3) ☐ Исследование печёночных ферментов

4) ☐ Цитологическое исследование промывных вод желудка

5) ☐ Исследование желудочного сока

28. Операция гастрэктомия обычно производится при:

1) ☒ При раке тела желудка

2) ☒ При раке кардии с переходом на тело желудка

3) ☐ При раке дистального отдела желудка, не прорастающего серозу и с единичными метастазами в лимфоузлы большого сальника

4) ☐ При тотальном атрофическом гастрите

5) ☐ При полипе желудка, локализующемся вблизи кардиального жома

Раздел: **8. Тромбоэмболия легочной артерии 1**
Модуль: **2**
Тема: **8. Тромбоэмболия легочной артерии**

1. Оптимальным способом хирургической профилактики тромбоэмболии легочных артерий при наличии тромба в левой общей подвздошной вене будет:

- 1) ☒ Имплантация кава-фильтра
- 2) ☐ Регионарный тромболизис
- 3) ☐ Имплантация фильтра в левую общую подвздошную вену
- 4) ☐ Кроссэктомия
- 5) ☐ Тромбэктомия из левой общей подвздошной вены и ее пликация

2. У больного, 42 лет, перенесшего операцию резекцию желудка, на 5 сутки после операции развился правосторонний илиофemorальный венозный тромбоз. При ретроградной илиокавографии выявлен флотирующий тромб инфраренального отдела нижней полой вены. Какой метод профилактики ТЭЛА наиболее целесообразен в данном случае:

- 1) ☒ Имплантация кава-фильтра
- 2) ☐ Пликация нижней полой вены
- 3) ☐ Перевязка нижней полой вены
- 4) ☐ Тромболитическая терапия
- 5) ☐ Пожизненная антикоагулянтная терапия

3. Источником массивной тромбоэмболии легочной артерии чаще всего является:

- 1) ☒ Илиокавальный венозный сегмент
- 2) ☐ Глубокие вены голени
- 3) ☐ Поверхностные вены нижних конечностей
- 4) ☐ Места переломов трубчатых костей

5) ☐ Краш-синдром

4. Укажите способ хирургической профилактики тромбоэмболии лёгочных артерий, показанный при флотирующем тромбе размерами 10×2×2 см супраренального отдела нижней полой вены:

1) ☐ Имплантация кава-фильтра в тромботические массы для их фиксации

2) ☒ Тромбэктомия из супраренального отдела нижней полой вены и её пликация под устьями почечных вен

3) ☐ Наложение порто-кавального анастомоза проксимальнее верхушки тромба

4) ☐ Проведение тромболитической терапии, от операции следует воздержаться

5) ☐ Перевязка нижней полой вены проксимальнее тромба

5. Наиболее информативным, неинвазивным инструментальным методом диагностики тромбоэмболии легочной артерии является:

1) ☐ ЭКГ

2) ☒ Эхокардиография

3) ☐ Обзорная рентгенография грудной клетки

4) ☐ Перфузионное сканирование легких

5) ☐ Ангиопульмонография

6. При тромбоэмболии легочных артерий на ЭКГ отмечается перегрузка:

1) ☐ Левых отделов сердца

2) ☐ Только левого желудочка

3) ☒ Правых отделов сердца

4) ☐ Только правого желудочка

5) ☐ Левого и правого предсердий

7. Для дезобструкции легочного сосудистого русла при тромбоэмболии легочных артерий применяются:

- 1) ☐ Сердечные гликозиды
- 2) ☐ Аналгетики
- 3) ☒ Активаторы фибринолиза
- 4) ☐ Бронхолитики
- 5) ☐ Кровоостанавливающие препараты

8. Наиболее частым источником тромбоэмболии легочных артерий является:

- 1) ☐ Система верхней поллой вены
- 2) ☒ Система нижней поллой вены
- 3) ☐ Правый желудочек
- 4) ☐ Левое предсердие
- 5) ☐ Легочные вены

9. Наиболее точным методом диагностики тромбоэмболии лёгочных артерий является:

- 1) ☐ Обзорная рентгенография грудной клетки
- 2) ☐ Радиокардиография
- 3) ☒ Мультиспиральная компьютерная томография с контрастным усилением и 3D-реконструкцией изображения
- 4) ☐ Ангиопульмонография
- 5) ☐ Изотопное перфузионное сканирование лёгких

10. Какой из клинических симптомов массивной тромбоэмболии лёгочных артерий указан неверно?

1) ☐ Боли за грудиной

2) ☐ Коллапс

3) ☐ Удушье

4) ☐ Цианоз верхней половины туловища

5) ☒ Цианоз нижней половины туловища

Раздел: **8. Тромбоэмболия легочной артерии 2**
Модуль: **2**
Тема: **8. Тромбоэмболия легочной артерии**

1. Основными классическими клиническими симптомами массивной тромбоэмболии лёгочных артерий считаются:

- 1) ☒ Цианоз
- 2) ☒ Коллапс
- 3) ☒ Одышка
- 4) ☐ Отёк лица и верхней половины туловища
- 5) ☒ Набухание яремных вен

2. Основными задачами лечения при тромбоэмболии легочных артерий являются:

- 1) ☒ Нормализация гемодинамики
- 2) ☐ Обезболивание
- 3) ☒ Восстановление проходимости легочных артерий
- 4) ☐ Трахеостомия
- 5) ☒ Предотвращение рецидива тромбоэмболии легочных артерий

3. Наиболее характерными признаками тромбоэмболии легочной артерии при ангиопульмонографии будут:

- 1) ☐ Затемнение легочной паренхимы на стороне поражения
- 2) ☒ Дефекты наполнения в сосудистом русле
- 3) ☐ Усиление контрастирования легочного сосудистого рисунка
- 4) ☒ Обеднение контрастирования легочного сосудистого рисунка
- 5) ☒ Обрыв («ампутация») контрастирования ветвей легочной артерии

4. К наиболее частым клиническим симптомам ТЭЛА относят:

- 1) ☒ Внезапно возникшую одышку, удушье
- 2) ☒ Боли в грудной клетке
- 3) ☐ Брадикардию
- 4) ☐ Повышение АД
- 5) ☒ Тахикардию, сердцебиение

5. Из перечисленных методов диагностики ТЭЛА выберите наиболее информативные:

- 1) ☒ Ангиопульмонография
- 2) ☐ ЭКГ
- 3) ☐ Перфузионная сцинтиграфия легких
- 4) ☒ Мультиспиральная компьютерная томография с контрастным усилением
- 5) ☐ Обзорная рентгенография грудной клетки

6. Предотвратить тромбоэмболию лёгочных артерий при флотирующем тромбе инфраренального отдела нижней полой вены позволяют такие операции, как:

- 1) ☐ Протезирование трикуспидального клапана
- 2) ☒ Пликация нижней полой вены
- 3) ☐ Перевязка подвздошных вен
- 4) ☒ Имплантация кава-фильтра
- 5) ☐ Наложение порто-кавального анастомоза

7. Укажите препараты применяемые для тромболитической терапии:

- 1) ☐ Гепарин
 - 2) ☒ Стрептаза
 - 3) ☐ Непрямые антикоагулянты
 - 4) ☒ Урокиназа
 - 5) ☒ Тканевые активаторы плазминогена
-

8. Для массивной ТЭЛА характерными клиническими формами являются:

- 1) ☒ Циркуляторная
 - 2) ☐ Печеночная
 - 3) ☒ Респираторная
 - 4) ☐ Почечная
 - 5) ☐ Метаболическая
-

9. К осложнениям тромбоэмболии легочных артерий относят:

- 1) ☒ Инфаркт легкого
 - 2) ☐ Инфаркт миокарда
 - 3) ☐ Абсцесс легкого
 - 4) ☒ Хроническую постэмболическую легочную гипертензию
-

10. Среди указанных методов обследования наиболее полную информацию об источнике эмболизации легочных артерий дают:

- 1) ☒ Ультразвуковое дуплексное ангиосканирование
 - 2) ☐ Флеботометрия
-

- 3) ☐ Реовазография
-
- 4) ☐ Рентгенография
-
- 5) ☐ Сцинтиграфия легких
-

11. Среди методов хирургической профилактики ТЭЛА наиболее часто используют:

- 1) ☒ Пликацию нижней полой вены
-
- 2) ☐ Операцию Бебкокка
-
- 3) ☒ Чрезкожную имплантацию проволочных кава-фильтров
-
- 4) ☐ Перевязку нижней полой вены
-
- 5) ☐ Илиокавальное венозное шунтирование
-

12. Для лечения массивной тромбоэмболии лёгочных артерий применяют следующие методы:

- 1) ☒ Эмболэктомия из лёгочных артерий в условиях искусственного кровообращения
-
- 2) ☒ Тромболизис
-
- 3) ☐ Гирудинотерапию
-
- 4) ☐ Пульмонэктомию
-
- 5) ☐ Внутриаартериальное введение антибиотиков широкого спектра действия
-

Раздел: **Урология 1**
Модуль: **2**
Тема: **9.Урология**

1. Агенезия или арения - это:

- 1) ☒ Полное отсутствие почки
- 2) ☐ Нетипичное положение почки
- 3) ☐ Нефункционирующая почка
- 4) ☐ Сращение почек

2. Дистопия или эктопия почек - это:

- 1) ☒ Аномальное положение почки
- 2) ☐ Сращение почек
- 3) ☐ Полное отсутствие почки
- 4) ☐ Нефункционирующая почка

3. Подковообразная почка - это:

- 1) ☒ Вариант сращения почек нижними или верхними полюсами
- 2) ☐ Результат сращения правой и левой почек медиальными краями
- 3) ☐ Асимметричное сращение верхнего полюса одной почки и нижним полюсом другой, при котором продольные оси почек совпадают
- 4) ☐ Нижний полюс одной почки срастается с нижним полюсом другой под прямым углом, продольные оси почек перпендикулярны друг другу

4. I-образная почка - это:

- 1) ☒ Асимметричное сращение верхнего полюса одной почки и нижним полюсом другой, при котором

продольные оси почек совпадают

- 2) ☐ Нижний полюс одной почки срастается с нижним полюсом другой под прямым углом, продольные оси почек перпендикулярны друг другу
- 3) ☐ Результат срастания правой и левой почек медиальными краями
- 4) ☐ Сращение нижнего полюса одной почки с верхним полюсом другой, при котором ворота почек обращены в противоположные стороны

5. L-образная почка - это:

- 1) ☒ Нижний полюс одной почки срастается с нижним полюсом другой под прямым углом, продольные оси почек перпендикулярны друг другу
- 2) ☐ Сращение нижнего полюса одной почки с верхним полюсом другой, при котором ворота почек обращены в противоположные стороны
- 3) ☐ Асимметричное сращение верхнего полюса одной почки и нижним полюсом другой, при котором продольные оси почек совпадают
- 4) ☐ Результат срастания правой и левой почек медиальными краями

6. S-образная почка - это:

- 1) ☒ Сращение нижнего полюса одной почки с верхним полюсом другой, при котором ворота почек обращены в противоположные стороны
- 2) ☐ Нижний полюс одной почки срастается с нижним полюсом другой под прямым углом, продольные оси почек перпендикулярны друг другу
- 3) ☐ Асимметричное сращение верхнего полюса одной почки и нижним полюсом другой, при котором продольные оси почек совпадают
- 4) ☐ Вариант срастания почек нижними или верхними полюсами

7. Варикозное расширение вен яичка называется:

- 1) ☒ Варикоцеле

2) ☐ Уретероцеле

3) ☐ Гидроцеле

4) ☐ Приапизм

8. Ситуация, когда левая почечная вена, проходя между аортой и верхней брыжеечной артерией, может быть сдавлена ими при чрезмерно остром угле отхождения артерии от аорты называется:

1) ☒ Аорто-мезентериальный пинцет

2) ☐ Уретерофиссус

3) ☐ Уретеродуплекс

4) ☐ Стеноз почечной артерии

9. Аномалия развития, когда от одной почки отходят два мочеточника с двумя лоханками и двумя устьями в мочевом пузыре называется:

1) ☒ Уретеродуплекс

2) ☐ Уретерофиссус

3) ☐ Уретероцеле

4) ☐ Варикоцеле

10. Аномалия развития, когда удвоена лишь часть мочеточника (как правило верхняя, средняя треть), который далее сливается в один, с одним устьем в мочевом пузыре называется:

1) ☒ Уретерофиссус

2) ☐ Уретеродуплекс

3) ☐ Уретероцеле

4) ☐ Варикоцеле

11. Расширение мочеточника и чашечно-лоханочной системы вследствие обструкции называется:

- 1) ☒ Уретерогидронефроз
- 2) ☐ Гидроцеле
- 3) ☐ Варикоцеле
- 4) ☐ Уретеродуплекс

12. Дивертикул мочеточника - это:

- 1) ☒ Мешковидное выпячивание стенки мочеточника разной величины и локализации
- 2) ☐ Расширение мочеточника вследствие обструкции
- 3) ☐ Сегментарное или тотальное недоразвитие мочеточника
- 4) ☐ Удвоение мочеточника

13. Кистовидное расширение внутрипузырного сегмента или шаровидное выпячивание в мочевом пузыре стенки мочеточника называется:

- 1) ☒ Уретероцеле
- 2) ☐ Гидроцеле
- 3) ☐ Варикоцеле
- 4) ☐ Гидроуретер

14. Дивертикул мочевого пузыря - это:

- 1) ☒ Слепо заканчивающееся мешковидное выпячивание стенки мочевого пузыря, сообщающееся с ним посредством канала (шейки)
- 2) ☐ Кистовидное расширение внутрипузырного сегмента и выпячивание в мочевом пузыре стенки мочеточника

3) ☐ Расширение мочеточника вследствие обструкции

4) ☐ Скопление сгустков крови в мочевом пузыре

15. Нижняя расщелина мочеиспускательного канала или врожденное недоразвитие мочеиспускательного канала, при котором его наружное отверстие открывается в области венечной борозды, на нижней поверхности полового члена, в мошонке или промежности называется

1) ☒ Гипоспадия

2) ☐ Эписпадия

3) ☐ Фимоз

4) ☐ Парафимоз

16. Эписпадией называется:

1) ☒ Расщепление (незаращение) передней стенки уретры, при этом наружное отверстие уретры открывается на дорсальной поверхности головки полового члена, на дорсальной поверхности полового члена или члено-лобковой зоне

2) ☐ Нижняя расщелина мочеиспускательного канала или врожденное недоразвитие мочеиспускательного канала, при котором его наружное отверстие открывается в области венечной борозды, на нижней поверхности полового члена, в мошонке или промежности называется

3) ☐ Слепо заканчивающееся мешковидное выпячивание стенки мочевого пузыря, которое состоит из тех же слоев, что и пузырь

4) ☐ Кистовидное расширение внутрипузырного сегмента и выпячивание в мочевом пузыре всех слоев стенки мочеточника

17. Задержка яичка на его естественном пути при опускании в мошонку называется:

1) ☒ Крипторхизм

2) ☐ Эктопия

3) ☐ Дистопия

4) ☐ Аноризм

18. Расположение яичка вне нормального пути его физиологического перемещения (на бедре, в промежности и т.д.) называется:

1) ☒ Эктопия

2) ☐ Аноризм

3) ☐ Крипторхизм

4) ☐ Полиорхизм

19. Врожденное сужение крайней плоти, не допускающее обнажения головки называется:

1) ☒ Фимоз

2) ☐ Парафимоз

3) ☐ Баланит

4) ☐ Баланопостит

20. Патологическое состояние, заключающееся в ущемлении головки полового члена кольцом суженной крайней плоти, сместившейся за головку называется:

1) ☒ Парафимоз

2) ☐ Баланит

3) ☐ Фимоз

4) ☐ Баланопостит

21. Чем характеризуется картина острого простатита?

1) ☐ Боль в эпигастрии с иррадиацией в правую подвздошную область

- 2) ☐ Опоясывающая боль в поясничной области
-
- 3) ☒ Тупые ноющие боли в промежности, с иррадиацией в головку члена и прямую кишку
-
- 4) ☐ Болезненность при пальпации в точках Кера, положительный симптомы Лепене и Ортнера
-
- 5) ☐ Цианоз нижней половины туловища
-

22. Дайте определение термину везикулит:

- 1) ☒ Воспаление одного или обоих семенных пузырьков
-
- 2) ☐ Воспаление предстательной железы
-
- 3) ☐ Воспаление придатка яичка
-
- 4) ☐ Воспаление яичка
-
- 5) ☐ Воспаление семявыносящего протока
-

23. Дайте определение термину орхит:

- 1) ☐ Воспаление одного или обоих семенных пузырьков
-
- 2) ☐ Воспаление предстательной железы
-
- 3) ☐ Воспаление придатка яичка
-
- 4) ☒ Воспаление яичка
-
- 5) ☐ Воспаление семявыносящего протока
-

24. Дайте определение термину эпидидимит:

- 1) ☐ Воспаление одного или обоих семенных пузырьков
-
- 2) ☐ Воспаление предстательной железы
-
- 3) ☒ Воспаление придатка яичка
-

- 4) ☐ Воспаление яичка
- 5) ☐ Воспаление семявыносящего протока
-

25. Баланопостит - это воспаление:

- 1) ☒ Крайней плоти и головки полового члена
- 2) ☐ Крайней плоти полового члена
- 3) ☐ Головки полового члена
- 4) ☐ Парауретральных желез
- 5) ☐ Предстательной железы
-

26. Предрасполагающими факторами к возникновению баланопостита являются:

- 1) ☐ Гипертоническая болезнь
- 2) ☐ Искривление полового члена
- 3) ☐ Варикозная болезнь
- 4) ☒ Сахарный диабет
- 5) ☐ Аллопеция
-

27. Парафимоз - это:

- 1) ☐ Сужение отверстия крайней плоти полового члена
- 2) ☐ Воспаление кавернозного тела уретры и головки полового члена
- 3) ☐ Воспаление вен полового члена
- 4) ☒ Ущемление головки полового члена суженной крайней плотью
- 5) ☐ Искривление полового члена
-

28. Дайте определение термину кавернит:

- 1) ☒ Воспаление пещеристых тел полового члена
- 2) ☐ Воспаление головки полового члена
- 3) ☐ Воспаление одного или обоих семенных пузырьков
- 4) ☐ Вскривление полового члена
- 5) ☐ Воспаление семявыносящего протока

29. На прием к доктору обратился пациент с жалобами на боль в области полового члена. При осмотре: головка полового члена отечна, цианотичная, ущемлена крайней плотью. Ваш диагноз?

- 1) ☒ Парафимоз
- 2) ☐ Острый простатит
- 3) ☐ Цистит
- 4) ☐ Орхит
- 5) ☐ Кавернит

30. На прием к доктору обратился пациент с жалобами на частое, малыми порциями, затрудненное, с резью мочеиспускание, боли в промежности при дефекации, гипертермию до 38,0С с ознобом. Наиболее вероятный диагноз?

- 1) ☒ Острый простатит
- 2) ☐ Варикоцеле слева
- 3) ☐ Острый баланопостит
- 4) ☐ Хронический орхит
- 5) ☐ Острый кавернит

31. На прием к урологу обратился пациент Н. 22 года с жалобами на резкие боли в мошонке с иррадиацией в паховую область, повышение температуры тела до 38°C, озноб. При осмотре: кожа мошонки гиперемирована, яичко увеличено в размерах, болезненно при пальпации. Ваш диагноз?

- 1) ☒ Острый орхит
- 2) ☐ Острый цистит
- 3) ☐ Пиелонефрит
- 4) ☐ Баланопостит
- 5) ☐ Кавернит

32. При выявлении абсцесса предстательной железы показано:

- 1) ☒ Дренирование абсцесса (трансректально или трансперинеально)
- 2) ☐ Трансвезикальное вскрытие абсцесса
- 3) ☐ Продолжение противовоспалительного лечения
- 4) ☐ Трансуретральная резекция простаты
- 5) ☐ Уретроцистография

33. Какой наиболее часто встречаемый возбудитель острого цистита:

- 1) ☐ Синегнойная палочка
- 2) ☒ Кишечная палочка
- 3) ☐ Стафилококк
- 4) ☐ Клебсиелла
- 5) ☐ Протей

34. Наиболее частой причиной развития острого обструктивного пиелонефрита является:

- 1) ☐ Папиллярная опухоль мочеточника.
 - 2) ☐ Сдавление мочеточника расширенной яичковой веной
 - 3) ☒ Камень мочеточника
 - 4) ☐ Пузырно-мочеточниковый рефлюкс
 - 5) ☐ Сдавление мочеточника извне опухолью
-

35. При лечении острого гестационного пиелонефрита можно использовать антибактериальный препарат:

- 1) ☐ Амикацин
 - 2) ☒ Ампициллин
 - 3) ☐ Ципрофлоксацин
 - 4) ☐ Гентамицин
 - 5) ☐ Левофлоксацин
-

36. Назовите противопоказание для выполнения цистоскопии:

- 1) ☐ Беременность 32 нед
 - 2) ☐ Рецидивирующая макрогематурия
 - 3) ☒ Острый простатит
 - 4) ☐ Лейкоплакия мочевого пузыря
 - 5) ☐ Пузырно-влагалищный свищ
-

37. Назовите возможное осложнение острого обструктивного пиелонефрита при назначении антибактериальной терапии первым этапом:

- 1) ☒ Септический шок
-

- 2) ☐ Уретерогидронефроз
 - 3) ☐ Стриктура мочеточника
 - 4) ☐ Острая задержка мочеиспускания
 - 5) ☐ Макрогематурия
-

38. Что первостепенно необходимо выполнить при остром обструктивном пиелонефрите

- 1) ☐ Назначить комбинированную антибактериальную терапию
 - 2) ☐ Выполнить сеанс гемодиализа
 - 3) ☐ Назначить препараты группы диуретиков
 - 4) ☒ Дренировать чашечно-лоханочную систему почки на стороне поражения
 - 5) ☐ Назначить парентеральное питание
-

39. Наиболее часто встречаемый возбудитель при неосложненных инфекциях мочевыводящих путей:

- 1) ☐ Ацинетобактер
 - 2) ☐ Протей
 - 3) ☐ Клебсиелла
 - 4) ☒ Кишечная палочка
 - 5) ☐ Синегнойная палочка
-

40. Какой характерный симптом острого эпидидимоорхита:

- 1) ☒ Боль в мошонке, гипертермия
 - 2) ☐ Уретроррагия
 - 3) ☐ Острая задержка мочеиспускания
-

4) ☐ Пальпируемое образование в поясничной области

5) ☐ Гематурия

41. Пациентка 25 лет, предъявляет жалобы на частое, болезненное мочеиспускание с примесью крови в конце акта мочеиспускания. Заболела после купания в холодной воде. Температура тела 36,3 С. В анализе мочи - лейкоциты сплошь, эритроциты 30-40 в поле зрения. Ваш предположительный диагноз?

1) ☐ Рак мочевого пузыря

2) ☒ Острый геморрагический цистит

3) ☐ Апоплексия яичника

4) ☐ Острый холецистит

5) ☐ Дивертикул мочевого пузыря

42. У пациента диагностирован острый правосторонний обструктивный пиелонефрит, обусловленный конкрементом 8х6 мм в средней трети мочеточника. Ваша лечебная тактика?

1) ☐ Дистанционная уретеролитотрипсия

2) ☐ Физиотерапия

3) ☒ Дренирование ЧЛС правой почки с последующей антибактериальной терапией

4) ☐ Антибактериальная терапия

5) ☐ Контактная лазерная уретеролитотрипсия

43. Для диагностики острого цистита необходимо выполнить:

1) ☐ Цистоскопия

2) ☒ Микроскопия осадка мочи

3) ☐ Ангиография

4) ☐ Ретроградная цистография

5) ☐ Гибкая уретероскопия

44. Показаниями к нефрэктомии при гнойном пиелонефрите являются все, кроме

1) ☐ Множественные сливные карбункулы почки.

2) ☒ Апостематозный пиелонефрит единственной почки

3) ☐ Гнойный пиелонефрит нефункционирующей почки.

4) ☐ Гнойное разрушение более 2/3 почечной паренхимы.

5) ☐ Множественные карбункулы почки, осложнившиеся паранефритом

45. Обструктивный пиелонефрит возникает при:

1) ☐ Травме почки

2) ☒ Нарушении пассажа мочи по верхним мочевыводящим путям

3) ☐ Ишемии почечной паренхимы

4) ☐ Нефропатии

5) ☐ Снижении системного артериального давления

46. Какой основной путь инфицирования при остром цистите?

1) ☐ Воздушно-капельный

2) ☒ Восходящий трансуретральный

3) ☐ Гематогенный

4) ☐ Фекально-оральный

5) ☐ Лимфогенный

47. Иррадиация боли при камне нижней трети мочеточника характерна в:

- 1) ☒ Паховую область, наружные половые органы на стороне поражения
- 2) ☐ Эпигастральную область на стороне поражения
- 3) ☐ Нет иррадиации боли при камне нижней трети мочеточника
- 4) ☐ Нижнюю конечность на стороне поражения
- 5) ☐ Лопатку на на стороне поражения

48. Урофлоуметрия - это:

- 1) ☒ Клинический метод неинвазивного исследования уродинамики.
- 2) ☐ Исследование функционального состояния почек
- 3) ☐ Рентгенологический метод обследования
- 4) ☐ Исследование пассажа мочи по верхним мочевыделительным путям
- 5) ☐ Эндоскопический метод диагностики

49. Экскреторная урография - это:

- 1) ☐ Исследование, позволяющее определить скорость струи мочи, выделенный объем мочи, длительность акта мочеиспускания
- 2) ☐ Нагрузочный тест в урологии
- 3) ☒ Рентгенологический метод исследования мочевыводящих путей, основанный на способности почки выделять определённые рентгеноконтрастные вещества, введённые в организм, в результате чего на рентгенограммах получается изображение мочевых путей
- 4) ☐ Определение суточного диуреза
- 5) ☐ Определение фертильности мужчины

50. Клинику перекрута яичка может симулировать:

- 1) ☐ Острый цистит
- 2) ☒ Острый орхит
- 3) ☐ Эписпадия
- 4) ☐ Острый пиелонефрит
- 5) ☐ Острый простатит

51. Цилиндрурия свидетельствует о повреждении:

- 1) ☐ Капсулы почки
- 2) ☒ Почечных клубочков
- 3) ☐ Мочеточника
- 4) ☐ Уретры
- 5) ☐ Лоханки почки

52. Сильная боль в мошонке на стороне поражения, иногда иррадиирующая по ходу семенного канатика в гипогастрий или костовертебральный угол наблюдается при:

- 1) ☐ Хроническом простатите
- 2) ☐ Варикоцеле
- 3) ☒ Перекруте яичка
- 4) ☐ Остром простатите
- 5) ☐ Остром баланопостите

53. Дифференциальную диагностику острого эпидидимоорхита проводят с:

- 1) ☐ Острый холецистит
 - 2) ☒ Ущемленной пахово-мошоночной грыжей
 - 3) ☐ Острый панкреатит
 - 4) ☐ Гангрена Фурнье
 - 5) ☐ Болезнь Кавасаки
-

54. Ноктурия - это?

- 1) ☐ Учащенное мочеиспускание
 - 2) ☐ Затрудненное мочеиспускание
 - 3) ☐ Снижение суточного диуреза менее 500 мл
 - 4) ☒ Необходимость пробуждения ночью для опорожнения мочевого пузыря
 - 5) ☐ Увеличение суточного диуреза более 3 000 мл
-

55. Характерным симптомом камня мочевого пузыря является:

- 1) ☐ Боли в эпигастральной области
 - 2) ☒ Прерывание струи мочи, симптом "закладывания"
 - 3) ☐ Гипертермия с ознобом
 - 4) ☐ Уретроррагия
 - 5) ☐ Анурия
-

56. О какой гематурии идет речь, когда кровь равномерно окрашивает мочу на всем ее протяжении акта мочеиспускания:

- 1) ☐ Инициальная
-

2) ☐ Терминальная

3) ☒ Тотальная

4) ☐ Начальная

5) ☐ Уретроррагия

57. Макрогематурия с последующей почечной коликой характерна для:

1) ☐ Полипа уретры

2) ☒ Опухоли почки

3) ☐ Мочекаменной болезни

4) ☐ Геморрагического цистита

5) ☐ Острого пиелонефрита

58. Никтурия - это:

1) ☐ Болезненное мочеиспускание

2) ☒ Преобладание ночного диуреза над дневным

3) ☐ Затрудненное мочеиспускание

4) ☐ Учащенное мочеиспускание

5) ☐ Прерывистое мочеиспускание

59. При какой локализации камня могут быть расстройства мочеиспускания:

1) ☐ Камень верхней трети мочеточника

2) ☐ Камень средней трети мочеточника

3) ☐ Камень чашечки почки

4) ☒ Интрамуральный отдел мочеточника

5) ☐ Почечная лоханка

60. Этиологическими факторами риска развития рака почки являются

1) ☐ Курение

2) ☐ Ожирение

3) ☐ Артериальная гипертензия

4) ☐ Семейный анамнез рака почки

5) ☒ Все вышеперечисленное

61. Опухоль почки стадии T1, подразумевает под собой

1) ☒ опухоль ≤ 7 см в наибольшем измерении, не выходит за пределы почки

2) ☐ опухоль ≥ 7 см, в наибольшем измерении, не выходит

3) ☐ за пределы почки.

4) ☐ опухоль > 7 см, но ≤ 10 см, не выходит за пределы почки.

5) ☐ опухоль распространяется в крупные вены или прорастает надпочечник, но не распространяется за пределы фасции Героты

62. Опухоль почки стадии T1a, подразумевает под собой

1) ☐ опухоль > 4 см но ≤ 7 см в наибольшем измерении, не выходит за пределы почки

2) ☐ опухоль ≥ 7 см, в наибольшем измерении, не выходит

3) ☐ за пределы почки.

4) ☐ опухоль > 7 см, но ≤ 10 см, не выходит за пределы почки.

5) ☒ опухоль ≤ 4 см в наибольшем измерении, не выходит

6) ☐ за пределы почки

63. Опухоль почки стадии T2a, подразумевает под собой

1) ☐ опухоль ≤ 7 см в наибольшем измерении, не выходит за пределы почки

2) ☐ опухоль ≥ 10 см, в наибольшем измерении, не выходит за пределы почки.

3) ☒ опухоль > 7 см, но ≤ 10 см, не выходит за пределы почки.

4) ☐ опухоль ≤ 4 см в наибольшем измерении, не выходит

5) ☐ за пределы почки

64. Опухоль почки стадии T2b, подразумевает под собой

1) ☐ опухоль ≤ 7 см в наибольшем измерении, не выходит за пределы почки

2) ☒ опухоль > 10 см, но не выходит за пределы почки.

3) ☐ опухоль > 7 см, но ≤ 10 см, не выходит за пределы почки.

4) ☐ опухоль ≤ 4 см в наибольшем измерении, не выходит

5) ☐ за пределы почки

65. Опухоль макроскопически распространяется на почечную вену или её сегментарные вены, либо опухоль прорастает в периренальные ткани и/или почечный синус, но не выходит за пределы фасции Героты. Какая Т-стадия в данном случае?

1) ☒ T3a

2) ☐ T3b

3) ☐ T3c

4) ☐ T4

66. Распространение опухоли почки за пределы фасции Героты или прорастание в ипсилатеральный надпочечник, классифицируется, как?

1) ☐ T3a

2) ☐ T3b

3) ☐ T3c

4) ☒ T4

67. Распространение опухоли почки в нижнюю полую вену выше уровня диафрагмы или прорастание в стенку нижней полой вены, соответствует?

1) ☐ T3a

2) ☐ T3b

3) ☒ T3c

4) ☐ T4

68. Основными гистологическими типами почечно-клеточного рака являются все, кроме:

1) ☐ светлоклеточный

2) ☐ папиллярный

3) ☐ хромофобный

4) ☒ плоскоклеточный

69. Классическая триада симптомов при опухоли почки включает все, кроме:

1) ☐ боль в пояснице

2) ☐ пальпируемое образование

3) ☐ гематурию

4) ☒ тошноты

70. При опухоли почки макроскопически гематурия будет?

1) ☐ Инициальной

2) ☐ Терминальной

3) ☒ Тотальной

71. Патогномичным клиническим симптомом инвазии опухоли правой почки в нижнюю полую вену, у пациентов мужского пола средней и старшей возрастной групп является?

1) ☐ Боли в пояснице

2) ☐ Артериальной гипертонии

3) ☐ Гематурии

4) ☒ Наличие варикозного расширения вен правого семенного канатика (варикоцеле справа)

72. Наиболее информативным методом обследования, позволяющий оценить распространённость и локализацию процесса, состояние зон регионарного метастазирования, вовлечение чашечно-лоханочной системы, метастатическое поражение органов брюшной полости, распространение опухоли на почечную и нижнюю полую вены, является:

1) ☐ Биопсия почки

2) ☐ УЗИ почек

3) ☐ Лабораторная диагностика

4) ☒ МСКТ с внутривенным контрастированием

73. Дифференциальную диагностику опухоли почки необходимо провести с :

1) ☐ кистой почки

- 2) ☐ терминальным гидронефрозом
-
- 3) ☐ поликистозом почки
-
- 4) ☐ абсцессом почки
-
- 5) ☒ со всеми вышеперечисленными
-

74. Клиническими симптомами опухолевого тромбоза нижней полой вены являются:

- 1) ☐ отёки ног
-
- 2) ☐ расширение подкожных вен живота
-
- 3) ☐ тромбоз глубоких вен нижних конечностей
-
- 4) ☐ варикоцеле
-
- 5) ☒ всё вышеперечисленное
-

75. Для дифференциальной диагностики абсцесса почки выявленного при УЗИ от опухоли почки, необходимо выполнить:

- 1) ☐ нефросцинтиграфию
-
- 2) ☐ биопсию почки
-
- 3) ☐ экскреторную урографию
-
- 4) ☒ МСКТ с контрастированием
-

76. Абсолютными показаниями к резекции почки по поводу опухоли являются, все, кроме:

- 1) ☐ опухоль единственной почки
-
- 2) ☐ опухоли обеих почек
-
- 3) ☐ хроническая почечная недостаточность
-

4) ☒ инфаркт миокарда

77. Наиболее вероятный диагноз у пациента с гематурией и болями в правом боку:

1) ☐ острый аппендицит

2) ☐ острый холецистит

3) ☐ аденома простаты

4) ☒ опухоль правой почки

78. Из доброкачественных новообразований у мужчин чаще встречаются:

1) ☐ Карбункул предстательной железы

2) ☒ Железисто-стромальная гиперплазия предстательной железы

3) ☐ Невринома предстательной железы

4) ☐ Остроконечные кондиломы предстательной железы

5) ☐ Светлоклеточный рак предстательной железы

79. Оценку жалоб пациента при доброкачественной гиперплазии предстательной железы проводят при помощи:

1) ☐ Физикального исследования пациента

2) ☐ Мониторирования по методу Холтера

3) ☒ Международного опросника симптомов нижних мочевыводящих путей при доброкачественной гиперплазии предстательной железы «IPSS»

4) ☐ Пробы по Зимницкому

5) ☐ Шкала «Мини-Ког»

80. Для доброкачественной гиперплазии предстательной железы характерно:

- 1) ☐ Повышение температуры тела с первых дней заболевания
- 2) ☐ Повышение температуры тела на 3-4-е сутки
- 3) ☐ Повышение температуры тела на 5-6-е сутки
- 4) ☒ Нормотермия в течение всего заболевания
- 5) ☐ Интермиттирующий тип лихорадки

81. Какая сумма баллов международного опросника симптомов нижних мочевыводящих путей отражает лёгкую тяжесть симптомов?

- 1) ☐ 30-35
- 2) ☒ 0 - 7
- 3) ☐ 8 - 19
- 4) ☐ 20 - 30
- 5) ☐ Данный опросник не позволяет оценить тяжесть симптомов

82. Какая сумма баллов международного опросника симптомов нижних мочевыводящих путей отражает умеренную выраженность симптомов?

- 1) ☐ 0 - 7
- 2) ☐ 30 - 35
- 3) ☒ 8 - 19
- 4) ☐ 20 - 30
- 5) ☐ Данный опросник не позволяет оценить тяжесть симптомов

83. Какая сумма баллов международного опросника симптомов нижних мочевыводящих путей отражает

тяжёлую выраженность симптомов?

- 1) ☐ 0 - 7
- 2) ☐ 8 - 19
- 3) ☒ Более 20
- 4) ☐ Данный опросник не позволяет оценить тяжесть симптомов

84. Что из нижеперечисленного относится к постмиктурическим симптомам:

- 1) ☐ Прерывистая струя
- 2) ☐ Задержка мочи
- 3) ☒ Подкапывание мочи после мочеиспускания (дриблинг)
- 4) ☐ Ноктурия
- 5) ☐ Императивное недержание мочи

85. Первый по частоте среди симптомов доброкачественной гиперплазии предстательной железы - это:

- 1) ☐ Анурия
- 2) ☐ Гиперпирексия
- 3) ☒ Дизурия
- 4) ☐ Артериальная гипертензия
- 5) ☐ Лейкоцитурия

86. Что определяет II стадию доброкачественной гиперплазии предстательной железы:

- 1) ☐ Острая задержка

мочеиспускания

- 2) ☐ Частое мочеиспускание ночью
-
- 3) ☐ Ургентность
-
- 4) ☐ Мочеиспускание тонкой и вялой струёй
-
- 5) ☒ Наличие остаточной мочи (более 50 мл)
-

87. Для III стадии доброкачественной гиперплазии предстательной железы характерно:

- 1) ☐ Боль при мочеиспускании
-
- 2) ☒ Парадоксальная ишурия
-
- 3) ☐ Наличие остаточной мочи менее 100 мл
-
- 4) ☐ Каменистая плотность предстательной железы
-
- 5) ☐ Ургентность
-

88. Нормальный уровень общего простатспецифического антигена в крови не должен превышать:

- 1) ☒ 4 нг/мл
-
- 2) ☐ 8 нг/мл
-
- 3) ☐ 2 нг/мл
-
- 4) ☐ 10 нг/мл
-
- 5) ☐ Не должен быть обнаружен в сыворотке крови
-

89. Для оценки параметров мочеиспускания у пациентов с доброкачественной гиперплазией простаты используют:

- 1) ☐ Доплеровское картирование
-
- 2) ☐ Цистометрию
-

- 3) ☒ Урофлоуметрию
-
- 4) ☐ Диафаноскопию органов мошонки
-
- 5) ☐ Диагностическую лапароскопию
-

90. Максимальная скорость потока мочи в норме для мужчин должна быть не менее:

- 1) ☐ 5 мл/с
-
- 2) ☐ 30 мл/с
-
- 3) ☒ 15 мл/с
-
- 4) ☐ 40 мл/с
-
- 5) ☐ 50 мл/с
-

91. Симптом «занавески» при цистоскопии характерен для:

- 1) ☐ Орхита
-
- 2) ☐ Острого простатита
-
- 3) ☐ Острого цистита
-
- 4) ☒ Доброкачественной гиперплазии предстательной железы
-
- 5) ☐ Опухоли мочевого пузыря с локализацией в области треугольника Льюто
-

92. Какие из лекарственных средств используют для лечения симптомов накопления при доброкачественной гиперплазии предстательной железы:

- 1) ☐ Ингибиторы 5-альфа редуктазы
-
- 2) ☐ Ингибиторы Са-каналов
-
- 3) ☒ М-холиноблокаторы
-

4) ☐ Бета-блокаторы

5) ☐ Статины

93. Какие сочетания фармакопрепаратов используют при комбинированном лечении симптомов нижних мочевых путей у больных доброкачественной гиперплазией предстательной железы?

1) ☐ Статины и бета-блокаторы

2) ☐ Ингибиторы Са-каналов и АПФ

3) ☒ альфа-адреноблокаторы и ингибиторы 5-альфа редуктазы

4) ☐ Ингибиторы 5ФДЭ и НПВС

5) ☐ Бета-блокаторы и ингибиторы протонной помпы

94. Наиболее часто рак предстательной железы поражает:

1) ☐ Центральную зону

2) ☐ Переходную зону

3) ☐ Периуретральную зону

4) ☒ Периферическую зону

5) ☐ Фибромускулярную зону

95. Наиболее информативным методом с целью Т-стадирования рака предстательной железы является:

1) ☐ ТРУЗИ

2) ☐ Биопсия предстательной железы

3) ☐ Пальцевое ректальное исследование

4) ☒ Магнитно-резонансная томография

5) ☐ Компьютерная томография

96. Наиболее часто встречающийся патоморфологический тип злокачественного образования предстательной железы:

1) ☐ Плоскоклеточный рак

2) ☒ Аденокарцинома

3) ☐ Тератома

4) ☐ Переходно-клеточный рак

5) ☐ Саркома

97. Биохимический рецидив после радикальной простатэктомии соответствует уровню:

1) ☐ ПСА более 2,0 нг/мл

2) ☐ ПСА более 0,02 нг/мл

3) ☐ ПСА менее 0,2 нг/мл

4) ☐ ПСА менее 2,0 нг/мл

5) ☒ ПСА более 0,2 нг/мл

98. Группа препаратов гормональной терапии утратившие свое значение при лечении рака предстательной железы

1) ☒ Эстрогены

2) ☐ Агонисты ГТРГ

3) ☐ Антагонисты ЛГРГ

4) ☐ Нестероидные антиандрогены

5) ☐ Стероидные антиандрогены

99. В лечении кастрат резистентного рака предстательной железы НЕ применяют

- 1) ☐ Абиратерон
- 2) ☐ Энзалутамид
- 3) ☐ Доцетаксел
- 4) ☐ Кабазитаксел
- 5) ☒ Ибупрафен

100. НЕ характерным ультразвуковым признаком рака предстательной железы является:

- 1) ☐ Гипоэхогенный очаг
- 2) ☐ Гиперэхогенный очаг
- 3) ☐ Деформация контура органа
- 4) ☐ Очаг неправильной формы с нечетким, неровным контуром
- 5) ☒ Увеличение семенных пузырьков

101. КТ для диагностики Рака предстательной железы?

- 1) ☐ Используется для ранней диагностики Рака предстательной железы
- 2) ☐ Используется для диагностики отдаленных метастазов
- 3) ☒ Использоваться для распознавания метастазов в региональные лимфоузлы после установления диагноза (N- стадирование)
- 4) ☐ Обладает высокой чувствительностью и специфичностью
- 5) ☐ Является основным методом диагностики

102. Кто получил Нобелевскую премию по физиологии и медицине за 1966 год с формулировкой «за открытия, касающиеся гормонального лечения рака предстательной железы»?

1) ☒ Ч. Б. Хаггинс

2) ☐ П. Уолш

3) ☐ Л. Р. Кавоши

4) ☐ А. В. Партин

5) ☐ К. А. Петерс

103. Для стадии рака предстательной железы T2a характерно

1) ☐ Опухоль распространяется на семенные пузырьки

2) ☒ Опухоль поражает половину одной доли или менее

3) ☐ Опухоль поражает более половины одной доли, но не обе доли

4) ☐ Опухоль поражает обе доли

104. Наиболее часто отдаленные метастазы рака предстательной железы обнаруживаются

1) ☐ Головной мозг

2) ☐ Печень

3) ☐ Легкие

4) ☒ Плоские кости

5) ☐ Селезенка

105. Сколько градаций имеет шкала Глисона?

1) ☐ 4 градации

2) ☐ 3 градации

3) ☒ 5 градаций

4) ☐ 10 градации

5) ☐ 6 градаций

106. Окончательная цель скрининга Рака предстательной железы?

1) ☐ Увеличение продолжительности жизни

2) ☒ Снижение смертности

3) ☐ Формирование статистики заболеваемости по стране

4) ☐ Своевременное начало лечения при ранней стадии заболевания

5) ☐ Ранняя диагностика Рака предстательной железы

107. Рак мочевого пузыря в структуре онкологической заболеваемости в Российской Федерации занимает:

1) ☒ 13-е место в РФ

2) ☐ 2-е место в РФ

3) ☐ 3-е место в РФ

4) ☐ 7-место в РФ

5) ☐ 1-место в РФ

108. Какая из перечисленных стадий рака по TNM относится к немышечно-инвазивному раку мочевого пузыря:

1) ☐ T2

2) ☐ T3

3) ☐ T4

4) ☐ N1

5) ☒ Та

109. Какая из перечисленных стадий рака по TNM относится к мышечно-инвазивному раку мочевого пузыря:

1) ☒ T2

2) ☐ Та

3) ☐ T1

4) ☐ Tis

5) ☐ M1

110. Основным фактором риска развития рака мочевого пузыря является:

1) ☒ Курение

2) ☐ Пузырно-мочеточниковый рефлюкс

3) ☐ ХПН

4) ☐ Геморрагический цистит

5) ☐ Гепатит С

111. Стадия рака мочевого пузыря T4 соответствует следующему объему поражения:

1) ☒ Опухоль распространяется на предстательную железу, матку, влагалище, стенку таза, брюшную стенку

2) ☐ Опухоль прорастает в субэпителиальную пластинку стенки мочевого пузыря

3) ☐ Опухоль микроскопически распространяется на паравезикальную клетчатку

4) ☐ Опухоль макроскопически распространяется на паравезикальную клетчатку

5) ☐ Неинвазивная папиллярная карцинома мочевого пузыря

112. Какой из перечисленных лучевых методов диагностики является наиболее информативным при диагностики рака мочевого пузыря:

- 1) ☒ Магнитно-резонансная томография
- 2) ☐ Мультиспиральная компьютерная томография
- 3) ☐ Цистография
- 4) ☐ Обзорная урография
- 5) ☐ Внутривенная урография

113. Сегмент какого отдел кишечника используется для формирования илеумкондуита при операции Брикера:

- 1) ☒ Подвздошной кишки
- 2) ☐ Сигмовидной кишки
- 3) ☐ Поперечно-ободочной кишки
- 4) ☐ Восходящей-ободочной кишки
- 5) ☐ Двенадцатиперстной кишки

114. Сегмент какого отдел кишечника используется для формирования ортотопического мочевого резервуара при операции Штудера:

- 1) ☐ Поперечно-ободочной кишки
- 2) ☐ Сигмовидной кишки
- 3) ☒ Подвздошной кишки
- 4) ☐ Восходящей-ободочной кишки
- 5) ☐ Двенадцатиперстной кишки

115. Какой из перечисленных методов диагностики является наиболее информативным при рака мочевого пузыря:

- 1) ☐ Магнитно-резонансная томография
- 2) ☐ Мультиспиральная компьютерная томография
- 3) ☐ Ультразвуковое исследование
- 4) ☒ Цистоскопия с биопсией
- 5) ☐ Внутривенная урография

116. Какой из перечисленных методов лечения является золотым стандартом при немышечно-инвазивном рака мочевого пузыря:

- 1) ☐ Радикальная цистэктомия
- 2) ☒ Трансуретральная резекция стенки мочевого пузыря с опухолью с последующей адъювантной внутривезикулярной химиотерапией или БЦЖ терапией
- 3) ☐ Лапароскопическая резекция мочевого пузыря
- 4) ☐ Брахитерапия
- 5) ☐ Лучевая терапия

117. Стадия рака мочевого пузыря T1 соответствует следующему объему поражения

- 1) ☐ Опухоль распространяется на ПЖ, матку, влагалище, стенку таза, брюшную стенку
- 2) ☒ Опухоль прорастает в субэпителиальную пластинку стенки мочевого пузыря
- 3) ☐ Опухоль микроскопически распространяется на паравезикальную клетчатку
- 4) ☐ Опухоль макроскопически распространяется на паравезикальную клетчатку
- 5) ☐ Неинвазивная папиллярная карцинома

118. Какой из нижеперечисленных препаратов применяется при адъювантной внутрипузырной химиотерапии:

- 1) ☒ Митомицин Ц
- 2) ☐ Тамсулозин
- 3) ☐ Бовгиалуронидаза азоксимер
- 4) ☐ Эритромицин
- 5) ☐ Гиалуроновая кислота

119. Наиболее характерным симптомом при раке шейки мочевого пузыря является:

- 1) ☒ Терминальная макрогематурия
- 2) ☐ Пиурия
- 3) ☐ Олигурия
- 4) ☐ Парадоксальная ишурия
- 5) ☐ Полиурия

120. Какая из перечисленных ниже стадий рака мочевого пузыря по TNM не требует выполнения радикальной цистэктомии:

- 1) ☐ T2a
- 2) ☐ T2b
- 3) ☐ T3
- 4) ☐ T4
- 5) ☒ Ta

121. Для диагностики закрытой травмы почки следует использовать:

- 1) ☐ Обзорную рентгенографию почек и мочевых путей
 - 2) ☒ УЗИ и КТ почек с контрастированием
 - 3) ☐ Радиоизотопную ренографию
 - 4) ☐ Ретроградную пиелографию
 - 5) ☐ Брюшную аортографию
-

122. При нарастании забрюшинной гематомы у пациента с разрывом почки не проникающим в чашечно-лоханочную систему, необходимо:

- 1) ☐ Покой, холод на поясничную область
 - 2) ☒ Ангиография почечных сосудов с эмболизацией
 - 3) ☐ Ревизия почки и ушивание паренхимы
 - 4) ☐ Нефрэктомия
 - 5) ☐ Все перечисленное неверно
-

123. Наибольшую информативность при травме почки обеспечивает

- 1) ☐ МРТ с контрастированием
 - 2) ☐ Нативная КТ
 - 3) ☒ КТ с контрастированием
 - 4) ☐ Внутривенная (экскреторная) урография
 - 5) ☐ УЗИ почек с доплеровским исследованием
-

124. У больного после изолированной травмы почки наблюдается резкое падение АД и анемия при отсутствии гематурии, что может быть связано с повреждением:

- 1) ☐ Околопочечной клетчатки
-

2) ☐ Мозгового слоя почки и лоханки

3) ☒ Сосудов почки

4) ☐ Капсулы почки

5) ☐ Надпочечника

125. Какая тактика лечения наиболее предпочтительна при субкапсулярном повреждении почки?

1) ☐ Срочное оперативное вмешательство

2) ☐ Наблюдение за пациентом в амбулаторных условиях

3) ☒ Динамическое наблюдение в стационаре, соблюдение постельного режима

4) ☐ Трансфузия плазмы с гемостатической целью

5) ☐ Антибиотикопрофилактика

126. В случае продолжающегося кровотечения, какой вариант вмешательства при разрыве почечной паренхимы без проникновения в чашечно-лоханочную систему является предпочтительным:

1) ☐ Люмботомия, ушивание паренхимы почки

2) ☐ Нефрэктомия

3) ☒ Ангиография, эмболизация артериальных сосудов почки

4) ☐ Ангиография, эмболизация венозных сосудов почки

5) ☐ Пункционная нефростомия

127. Какой вариант вмешательства при разрыве почечной паренхимы с проникновением в чашечно-лоханочную систему является предпочтительным:

1) ☒ Люмботомия, ушивание разрыва почки, нефростомия

2) ☐ Нефрэктомия

- 3) ☐ Ангиография, эмболизация артериальных сосудов почки
-
- 4) ☐ Ангиография, эмболизация венозных сосудов почки
-
- 5) ☐ Пункционная нефростомия
-

128. При закрытой травме почки пациента следует немедленно оперировать при наличии:

- 1) ☐ Гематурии
-
- 2) ☐ Паранефральной гематомы объемом более 200 мл
-
- 3) ☐ Подкапсульной гематомы
-
- 4) ☐ КТ- признаков повреждения капсулы почки
-
- 5) ☒ Все ответы неверные
-

129. Степень повреждения почки при закрытой травме зависит от:

- 1) ☐ Артериального давления
-
- 2) ☐ Возраста пострадавшего
-
- 3) ☐ Наличия пиелонефрита в анамнезе
-
- 4) ☒ Силы травматического воздействия
-
- 5) ☐ Все ответы верные
-

130. При травме почки наиболее часто повреждаются:

- 1) ☐ Надпочечник
-
- 2) ☐ Чашечно-лоханочная система
-
- 3) ☐ Верхняя треть мочеточника
-
- 4) ☒ Паренхима
-

5) ☐ Сосудистая ножка

131. К повреждению почки при травме могут предрасполагать все перечисленные заболевания, кроме:

1) ☐ Гидронефроза

2) ☐ Опухоли почки

3) ☒ Туберкулеза

4) ☐ Поясничной дистопии

5) ☐ Кисты почки

132. Нехарактерным проявлением изолированной закрытой травмы почки в первые сутки является:

1) ☐ Локальная боль

2) ☐ Припухлость в поясничной области

3) ☐ Макрогематурия

4) ☐ Наличие ссадин в поясничной области

5) ☒ Ускоренная СОЭ

133. Для травматического разрыва паренхимы почки, не проникающего в чашечно-лоханочную систему характерно все, кроме:

1) ☐ Боли на стороне поражения

2) ☐ Паранефральной гематомы

3) ☐ Гематурии

4) ☒ Урогематомы

5) ☐ Все перечисленное неверно

134. Для повреждения (отрыва) сосудов почки не характерно:

- 1) ☐ Шок
- 2) ☐ Забрюшинная гематома
- 3) ☐ Анемия
- 4) ☐ Падение артериального давления
- 5) ☒ Интенсивная гематурия

135. Тяжесть повреждения почки зависит:

- 1) ☒ От ударной силы ранящего предмета
- 2) ☐ От половой принадлежности пациента
- 3) ☐ От возраста пациента
- 4) ☐ От степени наполнения мочевого пузыря
- 5) ☐ Все перечисленное верно

136. При выполнении цистографии для диагностики разрыва мочевого пузыря оптимальный объем раствора контрастного препарата составляет:

- 1) ☐ 30-50 мл
- 2) ☐ 100-150 мл
- 3) ☒ 250-350 мл
- 4) ☐ Более 500 мл
- 5) ☐ 700 мл

137. Минимальная длительность дренирования мочевого пузыря уретральным катетером при ятрогенной травме:

- 1) ☐ 1 сутки
 - 2) ☒ 7-10 суток
 - 3) ☐ 17-20 суток
 - 4) ☐ 1 месяц
 - 5) ☐ 3 месяца
-

138. Цистографический признак разрыва мочевого пузыря:

- 1) ☐ Пузырно-мочеточниковый рефлюкс
 - 2) ☐ Деформация мочевого пузыря
 - 3) ☒ Затёк контрастного вещества на пределы контура
 - 4) ☐ Наличие дефекта наполнения
 - 5) ☐ Тень конкремента в проекции мочевого пузыря
-

139. Необходимым методом исследования при подозрении на внутрибрюшинный разрыв мочевого пузыря является:

- 1) ☐ УЗИ
 - 2) ☐ Экскреторная урография
 - 3) ☐ Цистоскопия
 - 4) ☒ Цистография
 - 5) ☐ Диагностическая лапароскопия
-

140. Для проведения пробы Зельдовича необходимо выполнение:

- 1) ☐ УЗИ
-

- 2) ☐ Цистографии
 - 3) ☐ Экскреторной урографии
 - 4) ☒ Катетеризации мочевого пузыря
 - 5) ☐ Катетеризации мочеточника
-

141. Что является обязательным условием для внутрибрюшинного разрыва мочевого пузыря?

- 1) ☐ Перелом костей таза
 - 2) ☐ Опорожненный мочевой пузырь
 - 3) ☐ Непрямой удар
 - 4) ☒ Наполненный мочевой пузырь
 - 5) ☐ Истончение детрузора
-

142. Внебрюшинный разрыв мочевого пузыря диагностируется на основании:

- 1) ☐ УЗИ
 - 2) ☐ Экскреторной урографии
 - 3) ☐ Физикального обследования
 - 4) ☒ Цистографии
 - 5) ☐ Диагностической лапароскопии
-

143. При внутрибрюшинном разрыве мочевого пузыря не может быть:

- 1) ☐ Отсутствие мочеиспускания
 - 2) ☐ Положительная проба Зельдовича
 - 3) ☒ Частое мочеиспускание малыми порциями
-

- 4) ☐ Положительные перитонеальные симптомы
-
- 5) ☐ Резкая болезненность и напряжение мышц в нижних отделах живота
-

144. В каком случае можно воздержаться от операции и ограничиться дренированием мочевого пузыря:

- 1) ☐ Огнестрельное ранение мочевого пузыря
-
- 2) ☒ Внебрюшинная перфорация мочевого пузыря при трансуретральной резекции
-
- 3) ☐ Внутрибрюшинный разрыв мочевого пузыря у женщины
-
- 4) ☐ Повреждение мочевого пузыря костными фрагментами при переломе костей таза
-
- 5) ☐ Любой вид повреждения у мужчин моложе 30 лет
-

145. При внутрибрюшинном разрыве мочевого пузыря показано:

- 1) ☐ Длительное дренирование мочевого пузыря уретральным катетером
-
- 2) ☐ Ушивание мочевого пузыря после курса антибактериальной терапии
-
- 3) ☒ Ушивание мочевого пузыря и ревизия брюшной полости в экстренном порядке
-
- 4) ☐ Трансуретральная коагуляция кровоточащих сосудов
-
- 5) ☐ Эмболизация внутренней подвздошной артерии
-

146. Предпочтительным вариантом для длительного дренирования мочевого пузыря при травме у мужчин является:

- 1) ☐ Уретральный катетер
-
- 2) ☒ Цистостомия
-
- 3) ☐ Самостоятельное мочеиспускание
-
- 4) ☐ Интермиттирующая катетеризация мочевого пузыря
-

5) ☐ Уретральный катетер из силикона

147. Наиболее информативным методом для визуализации травмы мочеточника является:

1) ☐ УЗИ

2) ☐ Экскреторная урография

3) ☐ Цистография

4) ☒ КТ с внутривенным контрастированием

5) ☐ Динамическая нефросцинтиграфия

148. Укажите оптимальную тактику при интраоперационном обнаружении повреждения мочеточника:

1) ☐ Нефростомия

2) ☒ Восстановление целостности мочеточника, установка стента

3) ☐ Дренирование забрюшинного пространства

4) ☐ Дренирование малого таза

5) ☐ Перевязка мочеточника

149. В акушерско-гинекологической практике повреждение мочеточника наиболее часто встречается:

1) ☐ Правого мочеточника

2) ☐ Левого мочеточника

3) ☐ Одновременно обоих мочеточников

4) ☒ В нижней трети

5) ☐ В средней трети

150. Характерным симптомом травмы уретры является:

- 1) ☐ Макрогематурия
- 2) ☐ Гематома полового члена
- 3) ☒ Уретроррагия
- 4) ☐ Частое мочеиспускание малыми порциями
- 5) ☐ Недержание мочи

151. Основным методом диагностики травмы уретры является:

- 1) ☐ Экскреторная урография
- 2) ☐ УЗИ
- 3) ☐ КТ
- 4) ☒ Уретроцистография
- 5) ☐ МРТ

152. Диагностическая катетеризация при травме уретры:

- 1) ☐ Только металлическим катетером
- 2) ☒ Нецелесообразна
- 3) ☐ Только при уретроррагии
- 4) ☐ Обязательна
- 5) ☐ Только мягким катетером

153. Восстановительные операции на уретре целесообразно выполнять после травмы через:

- 1) ☐ Как можно раньше

2) ☐ 10-14 дней

3) ☐ 1 месяц

4) ☒ 3-6 месяцев

5) ☐ 1 год

154. Уретроррагия - это:

1) ☐ Примесь крови в начале акта мочеиспускания

2) ☐ Примесь крови в конце акта мочеиспускания

3) ☐ Примесь крови в моче

4) ☒ Выделение крови из уретры вне акта мочеиспускания

5) ☐ Болезненное учащенное мочеиспускание

155. Типичное осложнение травмы уретры:

1) ☐ Острый простатит

2) ☐ Эректильная дисфункция

3) ☐ Недержание мочи

4) ☒ Стриктура уретры

5) ☐ Острый уретрит

156. Перекрут яичка чаще возникает после:

1) ☒ Активной физической нагрузки

2) ☐ Орхита

3) ☐ ОРВИ

4) ☐ Переохлаждения

5) ☐ Эрекции

157. При повреждении яичка его удаление производится:

1) ☐ Всегда

2) ☐ При повреждении белочной оболочки яичка

3) ☒ Только в крайнем случае при массивном размождении

4) ☐ Никогда

5) ☐ При повреждении придатка яичка

158. При травме полового члена нет оснований заподозрить перелом при наличии:

1) ☐ Отеке полового члена

2) ☐ Характерном звуке хруста во время травмы

3) ☐ Гематоме полового члена

4) ☒ Сохраняющейся эрекции

5) ☐ Уретроррагии

159. Лечение перелома полового члена:

1) ☐ Консервативная медикаментозная терапия

2) ☐ Установка уретрального катетера

3) ☒ Оперативное лечение (ушивание белочной оболочки)

4) ☐ Цистостомия

5) ☐ Динамическое наблюдение

160. К закрытым повреждениям наружных половых органов относят все, кроме:

- 1) ☐ Перелом полового члена
- 2) ☐ Перекрут яичка
- 3) ☒ Ампутация полового члена
- 4) ☐ Ушиб полового члена
- 5) ☐ Ушиб яичка

161. Перелом полового члена возможен:

- 1) ☒ В состоянии эрекции
- 2) ☐ При ударе вне эрекции
- 3) ☐ При переломе костей таза
- 4) ☐ При катетеризации мочевого пузыря
- 5) ☐ При внутрикавернозных инъекциях

162. Для острой почечной недостаточности наиболее характерно:

- 1) ☐ Гематурия
- 2) ☐ Хилурия
- 3) ☐ Странгурия
- 4) ☒ Олигоанурия
- 5) ☐ Лейкоцитурия

163. К развитию ренальной формы острой почечной недостаточности может привести:

- 1) ☒ Отравление солями тяжелых металлов

- 2) ☐ Тампонада сердца
 - 3) ☐ Тромбоэмболия легочной артерии
 - 4) ☐ Кардиогенный шок
 - 5) ☐ Травма органов мошонки
-

164. Самым достоверным признаком хронической почечной недостаточности является:

- 1) ☒ Повышение уровня креатинина крови, снижение скорости клубочковой фильтрации
 - 2) ☐ Олигурия
 - 3) ☐ Пневматурия
 - 4) ☐ Гипергликемия
 - 5) ☐ Гиперлипидемия
-

165. Непроизвольное выделение мочи по каплям при переполненном мочевом пузыре это:

- 1) ☒ Парадоксальная ишурия
 - 2) ☐ Энурез
 - 3) ☐ Стрессовое недержание мочи
 - 4) ☐ Ургентное недержание мочи
 - 5) ☐ Анурия
-

166. Отсутствие мочи в мочевом пузыре в течение суток это:

- 1) ☒ Анурия
 - 2) ☐ Энурез
 - 3) ☐ Никтурия
-

4) ☐ Недержание мочи

5) ☐ Поллакиурия

167. Больной А., 63 лет, поступил в клинику с жалобами на невозможность самостоятельного мочеиспускания, переполнение мочевого пузыря, выделение мочи по каплям из уретры. К какому симптому можно отнести описанные жалобы?

1) ☒ Парадоксальная ишурия

2) ☐ Ургентное недержание мочи

3) ☐ Анурия

4) ☐ Никтурия

5) ☐ Стрессовое недержание мочи

168. Больной мочится большими порциями. За сутки диурез составляет более 4 литров мочи. Как называется этот симптом?

1) ☒ Полиурия

2) ☐ Никтурия

3) ☐ Ноктурия

4) ☐ Олигурия

5) ☐ Анурия

169. Гемодиализ показан при:

1) ☒ Терминальной стадии хронической почечной недостаточности

2) ☐ Полиурической стадии острой почечной недостаточности

3) ☐ Остром обструктивном пиелонефрите

- 4) ☐ Стадии выздоровления острой почечной недостаточности
- 5) ☐ Вторичном хроническом пиелонефрите, фазе латентного воспаления
-

170. Группа антибактериальных препаратов, обладающая наибольшим нефротоксическим действием:

- 1) ☒ Аминогликозиды
- 2) ☐ Цефалоспорины
- 3) ☐ Макролиды
- 4) ☐ Пенициллины
- 5) ☐ Нитрофураны
-

171. К развитию постренальной формы острой почечной недостаточности может привести:

- 1) ☒ Сдавление мочеточников извне опухолевым процессом в малом тазу
- 2) ☐ Тромбоз почечных сосудов
- 3) ☐ Геморрагический шок
- 4) ☐ Острый баланопостит
- 5) ☐ Острый интерстициальный нефрит
-

172. К развитию постренальной формы острой почечной недостаточности может привести:

- 1) ☐ Хронический гломерулонефрит
- 2) ☒ Конкремент мочеточника единственной почки
- 3) ☐ Отравление солями тяжелых металлов
- 4) ☐ Септический шок
- 5) ☐ Тромбоэмболия легочной артерии
-

173. Какая стадия острой почечной недостаточности характеризуется наибольшей летальностью?

- 1) ☐ Начальная
- 2) ☒ Олигоанурическая
- 3) ☐ Диуретическая
- 4) ☐ Выздоровления

174. При постренальной форме острой почечной недостаточности экстренную помощь начинают с:

- 1) ☒ Катетеризации мочеточников или чрескожной пункционной нефростомии
- 2) ☐ Дистанционной ударно-волновой литотрипсии
- 3) ☐ Физиотерапии
- 4) ☐ Лапаротомии
- 5) ☐ Антибиотикотерапии

175. Механизм развития хронической почечной недостаточности чаще всего обусловлен:

- 1) ☒ Уменьшением количества функционирующих нефронов
- 2) ☐ Канальцевым некрозом
- 3) ☐ Обструкцией на уровне собирательных трубочек
- 4) ☐ Обструкцией на уровне мочевого пузыря
- 5) ☐ Венозной гипертензией в почечных венах

176. Укажите функцию клеток Лейдига в яичке:

- 1) ☐ Предшественник злокачественной аденомы.
- 2) ☐ Источник эстрогенов для стимуляции сперматогенеза

3) ☒ Вырабатывают гормоны андрогены для процесса сперматогенеза

4) ☐ Предшественники стволовых клеток.

177. Укажите наиболее частый вид злокачественной опухоли яичка

1) ☒ Семинома

2) ☐ Остеосаркома

3) ☐ Нейробластома

4) ☐ Аденома

178. Как обычно проявляется опухоль яичка?

1) ☒ В виде безболезненного увеличения яичка или узелка

2) ☐ Ожирением

3) ☐ Хилурией

4) ☐ Бесплодным браком

5) ☐ Гемикранией

179. У пациента 32 лет во время бурного полового акта отмечен хруст ткани и сильные боли в половом члене. Пациент применял высокие дозы ингибиторов фосфодиэстеразы. Боли в области гениталий, пальпируется кровоизлияние округлой формы, половой член скрыт в отечных тканях. Выберите правильный диагноз.

1) ☒ Перелом полового члена

2) ☐ Перелом костей таза

3) ☐ Разрыв мочевого пузыря

4) ☐ Гидроцефалия

5) ☐ Проникающее ранение перикарда

180. Чем могут быть вызваны дисплазии полового члена и шейки матки?

- 1) ☒ Онкогенным папиллома-вирусом человека типа 16,18,31,33,35,39
- 2) ☐ Онкомаркером СА-125
- 3) ☐ Последствиями герниопластики в детстве
- 4) ☐ Выполнением полифокальной биопсии предстательной железы

181. Выберите вид радикального вмешательства при водянке оболочек яичка.

- 1) ☒ Иссечение оболочек по Бергману или по Винкельману
- 2) ☐ Пункционным дренированием гидроцеле
- 3) ☐ Склеротерапия

182. Какой гистологический тип характерен для рака полового члена?

- 1) ☒ Сквамозно-клеточная карцинома
- 2) ☐ Нейробластома
- 3) ☐ Рабдосаркома
- 4) ☐ Аденома

183. Что означает гистологическое выявление лимфоматозной инфильтрации ткани полового члена?

- 1) ☒ Выявление лимфоматозной инфильтрации делет показанным поиск системного заболевания с гематологом.
- 2) ☐ Выявление лимфоматозной инфильтрации делет показанным диагностику туберкулеза легких.
- 3) ☐ Выявление лимфоматозной инфильтрации делет показанным эмпирическую химиотерапию.
- 4) ☐ Выявление лимфоматозной инфильтрации делет показанным проведение радикальной операции.

184. Больной 50 лет жалуется на увеличение в размерах левой половины мошонки с видимыми полнокровными червеобразными венами, что подтверждено при доплерографии. Пальпируются полнокровные вены в мошонке слева Бесплодный брак. Укажите диагноз?

- 1) ☒ Левостороннее варикоцеле
- 2) ☐ Опухоль мочевого пузыря в поздней стадии
- 3) ☐ Лимфосаркома поздней стадии с симптоматическим гидроцеле
- 4) ☐ Артериофенозная фистула предплечья с поздними осложнениями
- 5) ☐ Высокая тонкокишечная непроходимость на фоне гидроцеле

185. Больной 50 лет жалуется на увеличение правой половины мошонки до 7 x 6 см. При эхографии мошонки визуализирована жидкость окружающая яичко. Диафаноскопия положительная. Выберите диагноз?

- 1) ☐ Фибропластическая индурация полового члена с эректильной деформацией.
- 2) ☐ Андрогенный дефицит, показана биопсия
- 3) ☐ Подозрение на рак предстательной железы.
- 4) ☒ Гидроцеле (водянка оболочек) справа
- 5) ☐ Нейрогенная дисфункция органов малого таза и полового члена

186. У больного 67 лет на фоне тяжелого инсулинопотребного сахарного диабета нет лечебного эффекта высоких доз ингибиторов 5-фосфодиэстеразы. Какое лечение следует рекомендовать пациенту.

- 1) ☒ Операция установки внутрикавернозных протезов.
- 2) ☐ Внутримышечное применение депо форм эстрогенов
- 3) ☐ Подкожные инъекции агонистов ЛГРГ
- 4) ☐ Внутримышечные антагонисты ЛГРГ

187. Больной 27 лет, инвалид с осколочной травмой позвоночника и спинного мозга и нижним парапарезом,

перемещается на коляске и требует реабилитации эректильной функции для сохранения семьи.

- 1) ☐ Какую операцию необходимо выполнить больному?
- 2) ☒ Внутрикавернозное эндофаллопротезирование
- 3) ☐ Внутримышечное введение депо форм эстрогенов
- 4) ☐ Имплантация помпы для применения инсулина
- 5) ☐ Перевязку и пересечение большой подкожной вены бедра
- 6) ☐ Операцию по Винкельману или Бергману

188. Наибольшей чувствительностью и специфичностью при диагностики мочекаменной болезни обладает...

- 1) ☒ Компьютерная томография
- 2) ☐ УЗИ
- 3) ☐ Экскреторная урография
- 4) ☐ Селективная артериография почек

189. К рентгенпозитивным камням относятся...

- 1) ☐ Уратные
- 2) ☐ Лекарственные
- 3) ☐ Ксантиновые
- 4) ☒ Оксалатные

190. Какие камни могут быть подвержены литолizu (растворению)?

- 1) ☐ Оксалатные
- 2) ☐ Фосфатные

3) ☒ Уратные

4) ☐ Лекарственные

191. Почечная колика возникает за счет...

1) ☐ Раздражения слизистой мочевого пузыря камнем

2) ☒ Растяжения капсулы почки при нарушении оттока мочи

3) ☐ Удара камня о стенку мочеточника при тряской езде

4) ☐ Острой задержки мочи

192. О чем может свидетельствовать появление фебрильной температуры у пациента с камнем мочеточника?

1) ☐ О развитии почечной колики

2) ☒ Об обструктивном пиелонефрите

3) ☐ О самостоятельном отхождении конкремента

4) ☐ О реакции отторжения конкремента слизистой мочеточника

193. Чем вызвана примесь крови в моче при наличии камня мочеточника?

1) ☐ Необходимостью натуживания для отхождения конкремента

2) ☐ Обструктивным пиелонефритом

3) ☒ Разрывом мелких вен форникального сплетения почки

4) ☐ Нарушением гемостаза при мочекаменной болезни

194. При какой локализации камня характерны жалобы на частые позывы к мочеиспусканию?

1) ☐ Камень нижней чашечки почки

- 2) ☒ Камень нижней трети мочеточника
-
- 3) ☐ Коралловидный камень почки
-
- 4) ☐ Камень почки любой локализации
-

195. Чем обусловлено появление тошноты и рвоты при камне мочеточника?

- 1) ☒ Афферентной импульсацией в чревный ганглий при растяжении капсулы почки
-
- 2) ☐ Развитием перифокального воспаления в зоне локализации камня
-
- 3) ☐ Общей интоксикацией организма
-
- 4) ☐ Давлением камня на стенку желудка
-

196. У пациента с анамнезом мочекаменной болезни, приступ почечной колики сочетается с повышением температуры до 39С с потрясающим ознобом. О каком осложнении мочекаменной болезни следует подумать?

- 1) ☐ Острая почечная недостаточность
-
- 2) ☒ Обструктивный пиелонефрит
-
- 3) ☐ Разрыв дивертикула мочевого пузыря
-
- 4) ☐ Острый простатит
-

197. Укажите оптимальный вариант лечения камня нижней трети мочеточника.

- 1) ☐ Чрескожная нефролитотомия
-
- 2) ☐ Уретерокутанеостомия
-
- 3) ☒ Контактная уретеролитотрипсия
-
- 4) ☐ Лапароскопическая пиелолитотомия
-

198. Выберите тактику лечения при обструктивном пиелонефрите, обусловленном камнем средней трети мочеточника.

- 1) ☐ Дистанционная ударно-волновая литотрипсия
- 2) ☒ Установка внутреннего мочеточникового стента
- 3) ☐ Литокинетическая и антибактериальная терапия
- 4) ☐ Перкутанная нефролитотрипсия

199. У пациента в анамнезе длительное время отмечается самостоятельное отхождение мелких конкрементов с мочой. При обследовании - по данным КТ выявлен камень нижней трети правого мочеточника 3 мм. Почечная колика купирована. Признаков воспалительного процесса нет. Какую тактику лечения Вы выберете?

- 1) ☐ Установка мочеточникового стента
- 2) ☐ Лапароскопическая уретеролитотомия
- 3) ☐ Литолитическая терапия
- 4) ☒ Литокинетическая терапия

200. У пациента на обзорной урограмме выявлена тень, подозрительная на камень, в проекции правой почки. При компьютерной томографии подтвержден камень лоханки правой почки 3х2 см, плотностью 1400 НУ. Какова оптимальная тактика лечения?

- 1) ☐ Дистанционная ударно-волновая литотрипсия
- 2) ☒ Чрескожная пункционная нефролитотрипсия
- 3) ☐ Лапароскопическая резекция почки с камнем
- 4) ☐ Растворение камня (литолитическая терапия)

Раздел: **Урология 2**
Модуль: **2**
Тема: **9.Урология**

1. Простая дистопия почки может быть:

- 1) ☒ Тазовой
- 2) ☒ Поясничной
- 3) ☐ Мошоночной
- 4) ☐ Легочной

2. К аномалиям развития формы почек относят:

- 1) ☒ S-образная почка
- 2) ☒ L-образная почка
- 3) ☐ Дистопия почки
- 4) ☐ Гидронефроз

3. При мультикистозе почки отмечается:

- 1) ☒ Почка увеличена и представлена конгломератом тонкостенных кист, тесно расположенных, различной величины и формы
- 2) ☒ Деления на слои нет. Лоханка отсутствует или гипоплазирована. Чашечки не выявляются
- 3) ☐ Функция почки сохранена
- 4) ☐ Чашечно-лоханочная система и паренхима дифференцируется

4. При поликистозе почки отмечается :

- 1) ☒ Множество кист в паренхиме почек при отсутствии абсолютных критериев дисплазии

- 2) ☒ Функция почки сохранена, но снижена
-
- 3) ☐ Функция почки не сохранена
-
- 4) ☐ Чашечно-лоханочная система и паренхима не дифференцируется
-

5. К аномалиям развития яичек относятся:

- 1) ☒ Монорхизм
-
- 2) ☒ Полиорхизм
-
- 3) ☐ Гидроцеле
-
- 4) ☐ Орхит
-

6. Для крипторхизма характерны следующие локализации яичка:

- 1) ☒ Абдоминальная
-
- 2) ☒ Паховая
-
- 3) ☐ Бедренная
-
- 4) ☐ Промежностная
-

7. Для эктопии характерны следующие локализации яичка:

- 1) ☒ Бедренная
-
- 2) ☒ Промежностная
-
- 3) ☐ Абдоминальная
-
- 4) ☐ Паховая
-

8. В отличие от мультикистоза обеих почек, поликистоз обеих почек:

- 1) ☒ Не летальный порок
 - 2) ☐ Летальный порок
 - 3) ☒ Функциональная способность почек сохранена, но снижена
 - 4) ☐ Функциональная способность почек отсутствует
-

9. Для острого простатита характерно:

- 1) ☒ Равномерное увеличение предстательной железы
 - 2) ☐ Каменистая консистенция предстательной железы
 - 3) ☒ Резкая болезненность предстательной желез при пальпации
 - 4) ☐ Уменьшение размеров предстательной железы
 - 5) ☐ Отсутствие болевого синдрома
-

10. Возможны все перечисленные формы острого простатита, кроме:

- 1) ☐ Катаральный
 - 2) ☐ Фолликулярный
 - 3) ☒ Фибринозный
 - 4) ☒ Эмфизематозный
 - 5) ☐ Паренхиматозный
-

11. Главными признаками абсцесса предстательной железы являются:

- 1) ☐ Уменьшение размеров предстательной железы
 - 2) ☒ Наличие очагов размягчения и флюктуации
 - 3) ☒ Болезненность и асимметрия предстательной железы при пальпации
-

4) ☐ Симптомы раздражения брюшины

5) ☐ Боль в эпигастральной области

12. Чем характеризуется мочеиспускание при остром простатите?

1) ☐ Свободное, безболезненное

2) ☒ Частое, болезненное, затруднённое

3) ☐ Затруднённое, безболезненное

4) ☐ Недержанием мочи при напряжении

5) ☒ Возникновение острой задержки мочи

13. Симптомами хронического простатита являются:

1) ☐ Эритематозная сыпь

2) ☒ Боль в промежности

3) ☒ Нарушение акта мочеиспускания

4) ☐ Отечность ног

5) ☐ Абсансы

14. Для диагностики хронического простатита применяют:

1) ☒ Исследование секрета предстательной железы

2) ☐ Обзорная урография

3) ☒ ТРУЗИ предстательной железы

4) ☐ Компьютерная томография без контрастирования

5) ☐ Диафаноскопия

15. Для диагностики везикулита применяют:

- 1) ☐ Анализ мочи
- 2) ☒ Ультразвуковое исследование семенных пузырьков и предстательной железы
- 3) ☒ Пальцевое ректальное обследование
- 4) ☐ Уретроцистография
- 5) ☐ Обзорную рентгенографию

16. Какие из указанных методов исследования могут осложниться острым эпидидимоорхитом:

- 1) ☒ Цистоскопия
- 2) ☐ УЗИ мочевого пузыря
- 3) ☐ ЭхоКГ
- 4) ☒ Ретроградная уретеропиелография
- 5) ☐ Компьютерная томография брюшной полости

17. Выберите клинические проявления эпидидимита:

- 1) ☐ Боль в эпигастральной области
- 2) ☒ Сильная боль в мошонке
- 3) ☐ Отечность нижних конечностей
- 4) ☐ Уменьшение боли при движении
- 5) ☒ Повышение температуры до 38-39°C

18. При остром эпидидимите придаток яичка:

- 1) ☐ Уменьшен в размерах

- 2) ☐ Не изменен
-
- 3) ☒ Болезненный
-
- 4) ☒ Увеличен в размерах, уплотнен
-
- 5) ☐ Безболезненный
-

19. Дифференциальную диагностику острого эпидидимоорхита проводят с:

- 1) ☒ Перекрутом яичка
-
- 2) ☐ Прободной язвой желудка
-
- 3) ☒ Ущемленной пахово-мошоночной грыжей
-
- 4) ☐ Нефроптозом
-
- 5) ☐ Баланопоститом
-

20. Лечение острого эпидидимита включает в себя:

- 1) ☐ Альфа1-адреноблокаторы
-
- 2) ☐ Ингибиторы 5 альфа-редуктазы
-
- 3) ☐ Активная ходьба, около 4 км в день
-
- 4) ☒ Применение антибиотиков широкого спектра действия
-
- 5) ☒ Назначение нестероидных противовоспалительных препаратов
-

21. Хронический неспецифический эпидидимит следует дифференцировать с:

- 1) ☒ Новообразованиями придатка яичка
-
- 2) ☒ Туберкулезом придатка яичка
-
- 3) ☐ Пиелонефритом
-

4) ☐ Мочекаменной болезнью

5) ☐ Кавернитом

22. Лечение парафимоза заключается:

1) ☒ «Вправление» головки за ущемляющее кольцо крайней плоти

2) ☒ Полное или частичное иссечение крайней плоти

3) ☐ Катетеризация мочевого пузыря

4) ☐ Ношение суспензория

5) ☐ Физиотерапевтические процедуры

23. Уретрит является противопоказанием для :

1) ☒ Катетеризации мочевого пузыря

2) ☐ УЗИ мочевого пузыря и простаты

3) ☒ Уретроцистоскопии

4) ☐ Гастроскопии

5) ☐ ЭхоКГ

24. К острому гнойному пиелонефриту относятся;

1) ☒ Апостематозный пиелонефрит

2) ☐ Туберкулез почки

3) ☒ Карбункул почки

4) ☒ Абсцесс почки

5) ☐ Гидронефроз

25. К неосложненным инфекциям мочевыводящих путей относят все, кроме:

- 1) ☐ Острый необструктивный пиелонефрит у пациентов без сопутствующих заболеваний, осложняющих течение основного.
- 2) ☒ Острый обструктивный пиелонефрит
- 3) ☐ Острый внебольничный цистит
- 4) ☒ Пионефроз
- 5) ☒ Апостематозный пиелонефрит

26. При обследовании пациенток с гестационным пиелонефритом можно применять все методы исследования, кроме

- 1) ☐ Хромоцистоскопия
- 2) ☒ Радиоизотопная нефросцинтиграфия
- 3) ☒ Обзорная и экскреторная урография
- 4) ☐ Ультразвуковое исследование
- 5) ☐ Магнито-резонансная томография

27. Для острого цистита не характерно:

- 1) ☒ Отсутствие позывов к мочеиспусканию
- 2) ☐ Дизурия
- 3) ☐ Лейкоцитурия и бактериурия
- 4) ☒ Гипертермия с ознобом
- 5) ☒ Боли в поясничной области

28. Консервативная терапия при остром гнойном пиелонефрите возможна при следующих состояниях:

- 1) ☒ Апостематозный пиелонефрит
 - 2) ☐ Гнойный пиелонефрит нефункционирующей почки
 - 3) ☐ Абсцесс почки
 - 4) ☒ Карбункул почки
 - 5) ☐ Множественные карбункулы почки с развитием септического шока
-

29. К оперативным методам лечения гнойно-деструктивного пиелонефрита относят все, кроме

- 1) ☐ Дренирование абсцесса почки
 - 2) ☐ Нефрэктомия
 - 3) ☒ Биопсия почки
 - 4) ☒ Уретероскопия
 - 5) ☐ Ревизия и декапсуляция почки
-

30. К методам дренирования ЧЛС почки при обструктивном пиелонефрите относят все, кроме

- 1) ☐ Нефростомия
 - 2) ☐ Установка внутреннего стента
 - 3) ☒ Троакарная цистостомия
 - 4) ☒ Биопсия почки
 - 5) ☐ Катетеризация лоханки почки
-

31. К симптомам острого пиелонефрита относится все, кроме

- 1) ☐ Гипертермия с ознобом
 - 2) ☒ Уретроррагия
-

- 3) ☐ Боль в поясничной области
-
- 4) ☒ Острая задержка мочеиспускания
-
- 5) ☒ Никтурия
-

32. Возникновению гестационного пиелонефрита способствует:

- 1) ☒ Снижение тонуса верхних мочевых путей вследствие нейрогуморальных сдвигов, преимущественно гормонального характера
-
- 2) ☐ Остеохондроз пояснично-крестцового позвоночника
-
- 3) ☒ Механическое давление матки с плодом на мочеточники
-
- 4) ☐ Желчекаменная болезнь
-
- 5) ☒ Наличие асимптоматической бактериурии
-

33. Для диагностики острого пиелонефрита применимы следующие методы, кроме

- 1) ☐ Посев мочи с определением антибиотикочувствительности
-
- 2) ☐ Ультразвуковое исследование почек, компьютерная томография
-
- 3) ☒ Биопсия почки
-
- 4) ☒ Цистоскопия
-
- 5) ☐ Общий анализ мочи
-

34. Пациенты, которым показано стационарное лечение:

- 1) ☒ Острый пиелонефрит единственной почки
-
- 2) ☐ Острый цистит
-
- 3) ☐ Острый баланопостит
-

4) ☒ Обсрый обструктивный пиелонефрит

5) ☒ Гестационный пиелонефрит

35. Пути проникновения инфекции в почку при остром пиелонефрите:

1) ☒ Восходящий

2) ☒ Гематогенный

3) ☐ Воздушно-капельный

4) ☐ Фекально-оральный

5) ☐ Контактный

36. Для диагностики острого эпидидимоорхита применяют следующие методы, кроме:

1) ☒ Биопсия яичка

2) ☐ УЗИ мошонки

3) ☐ Пальпация органов мошонки

4) ☒ Уретроскопия

5) ☒ Остеосцинтиграфия

37. Различают следующие типы анурии, кроме

1) ☐ Преренальная

2) ☐ Постренальная

3) ☐ Ренальная

4) ☒ Билатеральная

5) ☒ Мочеточниковая

38. Кетоновые тела в моче выявляются у пациентов при:

- 1) ☐ Удвоении чашечно-лоханочного сегмента почки
- 2) ☐ Опухоли почки
- 3) ☐ Опухоли мочевого пузыря
- 4) ☒ Сахарном диабете
- 5) ☒ Злоупотреблении алкоголем, голодании

39. Гематурия может наблюдаться у пациентов с:

- 1) ☐ Рубцовым фимозом
- 2) ☒ Гломерулонефритом
- 3) ☒ Коагулопатией
- 4) ☒ Опухолью мочевого пузыря
- 5) ☐ Крипторхизмом

40. Противопоказания к выполнению цистоскопии:

- 1) ☐ Пневматурия
- 2) ☐ Киста почки
- 3) ☒ Острый эпидидимоорхит
- 4) ☐ Микрогематурия
- 5) ☒ Острый простатит

41. При ретроградной уретроцистографии у мужчин контрастируются:

- 1) ☒ Мочеиспускательный канал

2) ☐ Мочеточник

3) ☒ Мочевой пузырь

4) ☐ Лоханка

5) ☐ Чашечки

42. При ретроградной уретеропиелографии контрастируются:

1) ☒ Мочеточник

2) ☐ Уретра

3) ☐ Паренхима почки

4) ☒ Чашечно-лоханочная система почки

5) ☐ Мочевой пузырь

43. Лабораторные признаки туберкулеза почек:

1) ☐ Нейтральная pH мочи

2) ☒ Протеинурия

3) ☒ Асептическая пиурия

4) ☒ Кислая реакция мочи

5) ☐ Появление кетонов в моче

44. Причиной лейкоцитурии могут являться:

1) ☒ Острый пиелонефрит

2) ☐ Травма мягких тканей поясничной области

3) ☐ Крипторхизм

4) ☒ Острый простатит

5) ☒ Острый цистит

45. Какие заболевания могут привести к гидронефротической трансформации почки:

1) ☒ МКБ. Камень мочеточника

2) ☐ Гидроцеле

3) ☒ Уретероцеле

4) ☐ Варикоцеле

5) ☒ Стриктура лоханочно-мочеточникового сегмента почки

46. Причиной развития инфравезикальной обструкции могут являться:

1) ☒ Доброкачественная гиперплазия предстательной железы

2) ☒ Рак предстательной железы

3) ☐ Нефроптоз

4) ☐ Гидронефроз

5) ☒ Стриктура уретры

47. Причиной мужского бесплодия могут являться:

1) ☐ Гидронефроз

2) ☒ Варикоцеле

3) ☐ Дивертикул мочевого пузыря

4) ☒ Крипторхизм

5) ☒ Паротит

48. Болезненное мочеиспускание характерно для таких острых воспалительных заболеваний, как:

- 1) ☐ Острый пиелонефрит
- 2) ☒ Острый простатит
- 3) ☐ Острый орхит
- 4) ☒ Острый цистит
- 5) ☒ Острый уретрит

49. Урологические причины гематурии:

- 1) ☒ Травма почки
- 2) ☐ Подковообразная почка
- 3) ☒ Рак мочевого пузыря
- 4) ☒ Рак почки
- 5) ☐ Крипторхизм

50. Наиболее распространенные формы сгустков крови при макрогематурии:

- 1) ☒ Червеобразные
- 2) ☐ Подковообразные
- 3) ☒ Бесформенные
- 4) ☐ Цилиндрические
- 5) ☐ Прямоугольные

51. Показаниями к МРТ при опухоли почки являются

- 1) ☐ желание пациента

2) ☒ аллергия на контрастное вещество

3) ☒ беременность

4) ☐ ожирение

52. К органосохраняющим методам лечения почечно-клеточном рака относятся

1) ☒ резекция почки с опухолью

2) ☒ криоабляция опухоли почки

3) ☐ открытая нефрэктомия

4) ☐ лучевая терапия

53. Основными путями метастазирования при раке почки являются ?

1) ☒ лимфогенный

2) ☒ гематогенный

3) ☐ имплантационный

4) ☐ интраканаликулярный

54. Что из нижеперечисленного является центральными звеньями в патогенезе доброкачественной гиперплазии предстательной железы?

1) ☒ 5-альфаредуктаза

2) ☐ Тиреотропный гормон

3) ☒ Дигидротестостерон

4) ☐ Пролактин

5) ☐ Окситоцин

55. Что из нижеперечисленного относится к симптомам накопления:

- 1) ☒ Учащенное мочеиспускание
- 2) ☒ Ноктурия
- 3) ☐ Слабая струя
- 4) ☒ Ургентность
- 5) ☐ Парадоксальная ишурия

56. Что из нижеперечисленного относится к симптомам опорожнения:

- 1) ☒ Вялая струя мочи
- 2) ☒ Прерывистость мочеиспускания
- 3) ☒ Задержка мочи
- 4) ☐ Ургентность
- 5) ☒ Затрудненное мочеиспускание, необходимость напрягать брюшную стенку при мочеиспускании

57. Из перечисленных исследований при доброкачественной гиперплазии предстательной железы сопутствующий диагноз рака предстательной железы позволяет заподозрить:

- 1) ☐ Осмотр и пальпация наружных половых органов
- 2) ☒ Трансректальное пальцевое исследование предстательной железы
- 3) ☐ Цистоскопия
- 4) ☐ Уретрография
- 5) ☒ Анализ на уровень общего простатспецифического антигена крови

58. Какие методы исследования используются при диагностике доброкачественной гиперплазии предстательной железы:

- 1) ☒ Трансректальное пальцевое исследование предстательной железы
 - 2) ☒ Урофлоуметрия
 - 3) ☐ Аускультация живота
 - 4) ☒ Трансректальное ультразвуковое исследование предстательной железы
 - 5) ☐ Диагностическая лапароскопия
-

59. С чем из нижеперечисленного проводят дифференциальный диагноз доброкачественной гиперплазии предстательной железы:

- 1) ☒ Стриктура уретры
 - 2) ☐ Болезнь Пейрони
 - 3) ☒ Камни уретры
 - 4) ☒ Склероз шейки мочевого пузыря
 - 5) ☒ Нарушение сократительной способности детрузора
-

60. Что входит в комплексное уродинамическое исследование:

- 1) ☒ Цистометрия наполнения
 - 2) ☒ Исследование отношения давление/поток
 - 3) ☒ ЭМГ тазового дна
 - 4) ☐ Биопсия простаты
 - 5) ☐ Цистоскопия
-

61. Основные показания к биопсии простаты при доброкачественной гиперплазии предстательной железы:

- 1) ☒ Наличие при пальцевом ректальном исследовании признаков, подозрительных в отношении рака предстательной железы
-

- 2) ☒ Увеличение уровня общего простатспецифического антигена выше 4 нг/мл у мужчин моложе 75 лет
 - 3) ☐ Инфекция мочевыводящих путей
 - 4) ☐ Ношение узкого белья
 - 5) ☐ Аутоиммунные заболевания
-

62. Медикаментозная терапия доброкачественной гиперплазии предстательной железы включает в себя:

- 1) ☒ Альфа1-адреноблокаторы
 - 2) ☒ Ингибиторы 5-альфаредуктазы
 - 3) ☐ Ингибиторы протонной помпы
 - 4) ☐ Ингибиторы Са-каналов
 - 5) ☐ Статины и бета-блокаторы
-

63. Какие методы используют для оперативного лечения доброкачественной гиперплазии предстательной железы?

- 1) ☒ Позадилонная аденомэктомия
 - 2) ☒ Трансуретральная резекция простаты
 - 3) ☒ Лазерная энуклеация доброкачественной гиперплазии предстательной железы
 - 4) ☐ Перевязка внутренних подвздошных артерий
 - 5) ☐ Установка кава-фильтра
-

64. Абсолютные показания к оперативному лечению доброкачественной гиперплазии предстательной железы:

- 1) ☒ Острая задержка мочеиспускания, рефрактерная к медикаментозной терапии альфа-блокаторами
 - 2) ☒ Тампонада мочевого пузыря сгустками крови
-

3) ☒ Камни мочевого пузыря

4) ☐ Острый простатит

5) ☐ Наличие паховой грыжи

65. Применение экскреторной урографии для диагностики камней мочеточника противопоказано при...:

1) ☒ Аллергии на йодсодержащие препараты

2) ☒ Уровне креатинина крови выше 173 мкмоль/л

3) ☐ Двусторонних камнях мочеточников

4) ☐ Двусторонних камнях почек

66. К рентгенконтрастным мочевым камням относятся:

1) ☒ Оксалаты

2) ☐ Ураты

3) ☒ Фосфаты

4) ☐ Все виды камней

67. Укажите этиологические факторы мочекаменной болезни:

1) ☐ Недержание мочи

2) ☒ Проживание в странах с жарким климатом

3) ☐ Работа в лакокрасочной промышленности

4) ☒ Наличие подковообразной почки

68. Укажите эндогенные этиологические факторы мочекаменной болезни:

- 1) ☒ Подагра
 - 2) ☐ Хроническая обструктивная болезнь легких
 - 3) ☒ Гиперпаратиреоз
 - 4) ☐ Язвенная болезнь желудка
-

69. В зависимости от рентгенологических свойств камни почек бывают:

- 1) ☒ Рентгенпозитивные
 - 2) ☐ Рентгенотражающие
 - 3) ☒ Рентгеннегативные
 - 4) ☒ Слаборентгенпозитивные
-

70. К возможным клиническим проявлениям мочекаменной болезни следует отнести:

- 1) ☐ Боли в области лопатки, иррадиирующие в руку
 - 2) ☒ Боли в поясничной области, иррадиирующие в пах
 - 3) ☐ Многократный жидкий стул
 - 4) ☒ Тошнота, рвота
-

71. Почечная колика представляет собой боль...

- 1) ☐ Тупую ноющую
 - 2) ☒ Спастическую
 - 3) ☒ Иррадиирующую по ходу мочеточника
 - 4) ☐ Опоясывающую
-

72. Для диагностики мочекаменной болезни рутинно используется...

- 1) ☐ Динамическая нефросцинтиграфия
- 2) ☐ Позитронно-эмиссионная томография
- 3) ☒ Компьютерная томография
- 4) ☒ Экскреторная урография

73. Какие методы обследования следует использовать для диагностики мочекаменной болезни при беременности?

- 1) ☒ Магнитно-резонансная урография
- 2) ☐ Экскреторная урография
- 3) ☒ УЗИ
- 4) ☐ Динамическая нефросцинтиграфия

74. Укажите показания для дренирования почек при мочекаменной болезни.

- 1) ☐ Рецидивный характер камнеобразования
- 2) ☐ Возраст старше 75 лет
- 3) ☒ Блок почки с начинающимся воспалительным процессом
- 4) ☒ Некупирующаяся почечная колика

75. Интраоперационное разрушение камня почки возможно с помощью...

- 1) ☒ Гольмиевого лазера
- 2) ☐ Атомарного кислорода
- 3) ☒ Пневматического литотриптора

4) ☐ Жидкого азота

76. Укажите варианты дренирования почки при мочекаменной болезни.

1) ☒ Чрескожная пункционная нефростомия

2) ☐ Троакарная цистостомия

3) ☒ Установка внутреннего мочеточникового стента

4) ☐ Перинеостомия

77. Укажите варианты лечения при коралловидном нефролитиазе.

1) ☒ Чрескожная пункционная нефролитолапаксия

2) ☐ Литокинетическая терапия

3) ☒ Открытая нефролитотомия

4) ☐ Уретерокутанеостомия

78. Какие анализы следует назначить пациенту с рецидивным характером камнеобразования?

1) ☒ Анализ крови на парат-гормон

2) ☐ Анализ крови на свободный тестостерон

3) ☐ Анализ крови на ПСА

4) ☒ Посев мочи на флору

79. Показаниями к проведению остеосцинтиграфии при раке предстательной железы являются:

1) ☒ Боли в костях

2) ☐ Наличие плотного очага при пальцевом ректальном исследовании

3) ☒ Уровень ПСА более 20 нг/мл

4) ☐ Макрогематурия

5) ☐ Возраст более 65 лет

80. Осложнениями гормональной терапии при раке предстательной железы являются:

1) ☒ Утрата полового влечения и потенции

2) ☒ Остеопороз

3) ☐ Уретро-везикальный свищ

4) ☐ Недержание мочи

5) ☒ Гинекомастия

81. Показаниями к проведению брахитерапии при раке предстательной железе являются:

1) ☒ Локализованный рак простаты

2) ☒ Пациенты без симптомов нижних мочевых путей

3) ☐ Объем предстательной железы более 100 см³

4) ☐ Уровень ПСА более 20 нг/мл

5) ☒ Объем предстательной железы менее 50 см³

82. К лучевым методам лечения рака предстательной железы относятся:

1) ☒ Брахитерапия

2) ☐ HIFU- терапия

3) ☐ Максимальная андрогенная блокада

4) ☐ Криоабляция

5) ☒ Дистанционная лучевая терапия

83. Факторами риска развития рака предстательной железы являются:

1) ☒ Наследственность

2) ☒ Возраст

3) ☐ Химические канцерогены (анилиновые красители, мышьяк)

4) ☐ Табакокурение

5) ☒ Гормональные изменения

84. Недостатками промежностной простатэктомии являются:

1) ☒ Отсутствие доступа к тазовым лимфоузлам

2) ☐ Близость к предстательной железе у тучных пациентов

3) ☒ Более частое повреждение прямой кишки

4) ☒ Сложнее сохранить сосудисто-нервный пучок

5) ☐ Наличие доступа к тазовым лимфоузлам

85. Показаниями к проведению первичной биопсии предстательной железы являются:

1) ☒ Повышение уровня ПСА выше возрастной нормы

2) ☐ Возраст более 55 лет

3) ☒ Наличие узлов уплотнения при проведении пальцевого ректального исследования

4) ☒ Подозрительные очаги по ТРУЗИ

5) ☐ Макрогематурия

86. Повышение уровня ПСА может быть при :

- 1) ☒ ДГПЖ
- 2) ☒ Простатит
- 3) ☒ Рак предстательной железы
- 4) ☐ При половом воздержании
- 5) ☒ После пальцевого ректального исследования

87. Противопоказания к Радикальной простатэктомии

- 1) ☒ Метастатический рак предстательной железы
- 2) ☐ Стадия T1c у пациента молодого возраста с вероятно долгой продолжительностью жизни
- 3) ☒ Отягощенный соматический фон, не позволяющий выполнить оперативное лечение
- 4) ☒ Ожидаемая продолжительность жизни менее 10 лет
- 5) ☐ Ожидаемая продолжительность жизни более 10 лет

88. Варианты выполнения лапароскопической простатэктомии

- 1) ☒ Чрезбрюшинная
- 2) ☐ Трансректальная
- 3) ☒ Внебрюшинная
- 4) ☐ Транслюминальная
- 5) ☐ Промежностная

89. Для стадии Рака предстательной железы T1c характерно

- 1) ☒ Опухоль диагностируется с помощью пункционной биопсии

- 2) ☐ Опухоль поражает обе доли предстательной железы
-
- 3) ☐ Опухоль распространяется на семенные пузырьки
-
- 4) ☒ Опухоль клинически не проявляется, не пальпируется и не визуализируется лучевыми способами
-
- 5) ☐ Опухоль распространяется за капсулу
-

90. К дериватам ПСА относят:

- 1) ☒ Плотность ПСА (ПСА D)
-
- 2) ☒ Скорость прироста ПСА (ПСА V)
-
- 3) ☐ Скорость распада ПСА (ПСА VD)
-
- 4) ☐ Гама-семинопротеин
-
- 5) ☒ Соотношение уровня свободного ПСА к уровню общего ПСА (f/t-ПСА)
-

91. Методы гормонотерапии при лечении Рака предстательной железы

- 1) ☒ Кастрация
-
- 2) ☐ Химиотерапия Таксанами
-
- 3) ☒ Максимальная андрогенная блокада
-
- 4) ☒ Монотерапия антиандрогенами
-
- 5) ☒ Периферическая блокада андрогенов
-

92. Нормальным уровнем ПСА для мужчины 45 лет является

- 1) ☐ 3,2 нг/мл
-
- 2) ☒ 0,2 нг/мл
-
- 3) ☒ 1,0 нг/мл
-

4) ☒ 2,1 нг/мл

5) ☐ 3,9 нг/мл

93. Рак мочевого пузыря может сопровождаться следующими симптомами:

1) ☒ Макрогематурия

2) ☒ Дизурия

3) ☒ Боли над лоном, в прямой кишке

4) ☐ Полиурия

5) ☐ Пиурия

94. Противопоказаниями к проведению БЦЖ-терапии относятся:

1) ☒ Ранее перенесенный туберкулез

2) ☒ Резко положительная туберкулиновая проба;

3) ☐ Псориаз

4) ☐ Кисты почек

5) ☐ Хроническая почечная недостаточность

95. Какие из перечисленных стадий рака по TNM относятся к немышечно-инвазивному раку мочевого пузыря:

1) ☐ T2

2) ☐ T3

3) ☐ T4

4) ☒ Tis

5) ☒ Ta

96. Какие из перечисленных стадий рака по TNM относятся к мышечно-инвазивному раку мочевого пузыря:

1) ☒ T2

2) ☐ Tis

3) ☒ T3

4) ☐ N1

5) ☐ Ta

97. Противопоказаниями к проведению внутрипузырной химиотерапии после ТУР стенки мочевого пузыря с опухолью являются:

1) ☒ Перфорация стенки мочевого пузыря во время ТУР стенки мочевого с опухолью

2) ☒ Кровотечение после ТУР стенки мочевого с опухолью требующее промывания мочевого пузыря

3) ☐ Размер опухоли более 3 см

4) ☐ Рак предстательной железы

5) ☐ Хроническая почечная недостаточность

98. Какие показания к выполнению повторного ТУР стенки мочевого пузыря с опухолью:

1) ☐ Наличие опухоли шейки мочевого пузыря

2) ☒ Отсутствие мышечного слоя в удаленном гистологическом материале

3) ☒ Рак мочевого пузыря стадии T1

4) ☒ Уротелиальный рак высокой степени злокачественности

5) ☐ Опухоли более 1 см

99. Радикальная цистэктомия у женщин включает в себя:

- 1) ☒ Удаление матки с придатками и передней стенки влагалища
- 2) ☒ Удаление мочевого пузыря
- 3) ☒ Расширенную тазовую лимфаденэктомию
- 4) ☐ Резекцию прямой кишки
- 5) ☐ Трахелэктомию

100. Радикальная цистэктомия у мужчин включает в себя:

- 1) ☒ Удаление мочевого пузыря
- 2) ☒ Удаление предстательной железы с семенными пузырьками
- 3) ☒ Расширенную тазовую лимфаденэктомию
- 4) ☐ Резекцию прямой кишки
- 5) ☐ Резекцию предстательной железы

101. Какие из перечисленных операций относятся к методам отведения мочи после радикальной цистэктомии:

- 1) ☒ Формирование илеумкондуита
- 2) ☒ Формирование мочевого резервуара из сегмента подвздошной кишки
- 3) ☐ Операция Гартмана
- 4) ☐ Операция Иванисевича
- 5) ☐ Операция Мармара

102. Какие показания к выполнению радикальной цистэктомии:

- 1) ☒ Мышечно-инвазивный рак мочевого пузыря
 - 2) ☒ Рецидив рака *in situ* после БЦЖ терапии
 - 3) ☐ Рак мочевого пузыря T1a
 - 4) ☐ Рак предстательной железы стадии T2c
 - 5) ☐ Опухоль мочевого пузыря более 3 см
-

103. Цистоскопия с биопсией позволяют определить:

- 1) ☒ Локализацию опухоли
 - 2) ☒ Размер опухоли
 - 3) ☒ Близость опухоли к устьям мочеточников
 - 4) ☐ Наличие уротелиальной опухоли лоханки почки
 - 5) ☒ Наличие опухоли *in situ*
-

104. Какие из методов диагностики обладают большей информативностью чем цистоскопия при белом свете при диагностике рака мочевого пузыря:

- 1) ☒ Узкоспектральная цистоскопия
 - 2) ☐ Хромоцистоскопия
 - 3) ☐ Бимануальное исследование
 - 4) ☐ Цистография
 - 5) ☒ Флуоресцентная цистоскопия
-

105. Противопоказаниями к отведению мочи путем формирования мочевых резервуаров из сегмента подвздошной кишки являются:

- 1) ☒ Местно-распространённый и метастатический рак мочевого пузыря
-

- 2) ☒ Рак мочеиспускательного канала
 - 3) ☒ Ранее перенесенная лучевая терапия на область малого таза и брюшной полости
 - 4) ☒ Металльный статус пациента (невозможность соблюдения режима мочеиспускания)
 - 5) ☐ Гипертоническая болезнь и ИБС
-

106. Ведущими симптомами при отрыве почки являются все перечисленные, исключая:

- 1) ☒ Макрогематурию со сгустками
 - 2) ☐ Шок
 - 3) ☒ Уретроррагию
 - 4) ☐ Нестабильную гемодинамику
 - 5) ☐ Интенсивную боль
-

107. Характерными рентгенологическими признаками повреждения почки по данным обзорной рентгенограммы мочевых путей являются:

- 1) ☐ Наличие уровней жидкости в петлях кишечника
 - 2) ☒ Сглаженность тени края поясничной мышцы
 - 3) ☒ Наличие сопутствующего перелома поперечного отростка позвонка и ребра
 - 4) ☐ Наличие рентгенконтрастных теней в проекции мочеточника на стороне поражения
 - 5) ☐ Признаки свободного газа в брюшной полости
-

108. Из перечисленных методов исследования наиболее информативными при повреждении почки являются:

- 1) ☐ Обзорная рентгенография почек и мочевых путей
 - 2) ☒ Компьютерная томография почек с контрастированием
-

- 3) ☐ Экскреторная урография
-
- 4) ☐ Ретроградная уретеропиелография
-
- 5) ☒ Почечная артериография с экскреторной фазой
-

109. При травме почки оперативное лечение показано:

- 1) ☒ При профузной гематурии со сгустками при нарастании забрюшинной гематомы
-
- 2) ☐ При макрогематурии
-
- 3) ☐ Когда на экскреторной урограмме отсутствует выделение поврежденной почкой рентгеноконтрастного вещества
-
- 4) ☒ При нестабильной гемодинамике
-
- 5) ☐ При нормальной функции контралатеральной почки
-

110. Какие варианты повреждения почки не требуют хирургического вмешательства

- 1) ☐ Размозжение почечной паренхимы
-
- 2) ☒ Ушиб почки с гематурией
-
- 3) ☐ Травма почки с формированием урогематомы
-
- 4) ☐ Отрыв почечной ножки
-
- 5) ☒ Субкапсулярная гематома
-

111. При травме почки 3 и 4 группы гематурия бывает:

- 1) ☐ Инициальная
-
- 2) ☐ Терминальная
-
- 3) ☒ Тотальная
-

4) ☒ Макрогематурия

5) ☐ Микрогематурия

112. Какие данные КТ почек являются определяющими для решения вопроса о хирургическом вмешательстве

1) ☒ Отрыве почечной ножки, урогематоме больших размеров

2) ☐ Наличие паранефральной гематомы

3) ☐ Наличие субкапсулярной гематомы

4) ☐ Наличие повреждения капсулы почки

5) ☒ Наличие признаков размозжения почечной паренхимы

113. По какой причине нативная (без контраста) КТ считается недостаточно информативной при травме почки

1) ☒ Не дает достоверной информации о наличии экстравазации контрастного вещества

2) ☐ Невозможность распознать разрыв почечной паренхимы

3) ☒ Невозможность диагностировать продолжающееся кровотечение

4) ☐ Невозможность распознать наличие паранефральной гематомы

5) ☐ Невозможность распознать наличие субкапсулярной гематомы

114. Какие данные являются наиболее важными для решения вопроса в отношении выполнения нефрэктомии при травме почки

1) ☒ Наличие и функция контрлатеральной почки

2) ☐ Макрогематурия

3) ☐ Урогематома

4) ☒ Продолжающееся кровотечение

5) ☐ Ушиб почки

115. Травма мочеточника

1) ☐ Всегда требует немедленной хирургической ревизии

2) ☒ В большинстве случаев ятрогенна

3) ☐ Чаще связана с операцией на прямой кишке

4) ☐ Обычно может быть излечена путем дренирования мочевого пузыря

5) ☒ Чаще возникает после урологических и гинекологических вмешательств

116. Самыми частым признаками возможной травмы почки является:

1) ☐ Уретроррагия

2) ☒ Гематурия.

3) ☐ Лихорадка

4) ☐ Острая задержка мочеиспускания.

5) ☒ Ссадины и припухлость в поясничной области

117. Какие варианты повреждения почки не требуют хирургического вмешательства

1) ☐ Отрыв почечной ножки

2) ☐ Нарастающая паранефральная гематома

3) ☒ Субкапсулярная гематома

4) ☐ Урогематома

5) ☒ Ушиб почки с наличием макрогематурии

118. При изолированном интраоперационном повреждении мочевого пузыря у женщины целесообразно выполнить:

- 1) ☒ Ушивание дефекта
- 2) ☐ Уретеросигмостомию
- 3) ☐ Билатеральную кутанеостомию
- 4) ☒ Дренирование мочевого пузыря уретральным катетером
- 5) ☐ Билатеральную пункционную нефростомию

119. Ятрогенными травмами мочевого пузыря можно считать:

- 1) ☐ Разрыв мочевого пузыря при ударе в живот
- 2) ☐ Разрыв мочевого пузыря при переломе костей таза
- 3) ☒ Перфорация стенки мочевого пузыря при катетеризации
- 4) ☐ Перфорация вследствие опухолевого распада
- 5) ☒ Перфорация при трансуретральной резекции мочевого пузыря

120. Необходимые методы исследования при подозрении на внебрюшинный разрыв мочевого пузыря:

- 1) ☐ УЗИ почек
- 2) ☐ Динамическая нефросцинтиграфия
- 3) ☐ Экскреторная урография
- 4) ☒ Цистография
- 5) ☒ Проба Зельдовича

121. Аргументы против выполнения срочной уретропластики при травме уретры:

- 1) ☒ Частое образование стриктур
 - 2) ☐ Частое формирование свищей
 - 3) ☒ Трудность визуализации в связи с отеком и кровотечением
 - 4) ☐ Частая несостоятельность анастомоза
 - 5) ☐ Необходимость более длительного дренирования мочевого пузыря
-

122. К ранним осложнениям травмы уретры относят:

- 1) ☒ Мочевые затеки
 - 2) ☐ Мочевые свищи
 - 3) ☐ Стриктуры уретры
 - 4) ☒ Кровотечение
 - 5) ☐ Эректильная дисфункция
-

123. Каковы 2 основных симптома разрыва уретры?

- 1) ☐ Боль в промежности
 - 2) ☒ Уретроррагия
 - 3) ☐ Гематурия
 - 4) ☒ Острая задержка мочеиспускания
 - 5) ☐ Гематома мошонки
-

124. Клинические признаки стриктуры уретры:

- 1) ☒ Ослабление струи мочи
 - 2) ☐ Гидроцеле
-

3) ☒ Необходимость натуживаться при мочеиспускании

4) ☐ Азооспермия

5) ☐ Паховая лимфаденопатия

125. Оптимальные действия при интраоперационном обнаружении повреждения верхней или средней трети мочеточника:

1) ☐ Перевязка мочеточника

2) ☐ Аутоотрансплантация почки

3) ☒ Установка мочеточникового стента

4) ☐ Кутанеостомия

5) ☒ Восстановление целостности мочеточника

126. При ревизии мошонки после травмы выявлено, что более 50% правого яичка повреждено. Возможные варианты лечения?

1) ☒ Орхэктомия

2) ☐ Второй этап оперативного лечения в отсроченном порядке

3) ☒ Ушивание яичка

4) ☐ Динамическое наблюдение

5) ☐ Консервативная терапия

127. Для травмы мошонки, приводящей к разрыву яичка характерно:

1) ☐ Всегда сопровождается гематурией

2) ☐ Не требует лечения

3) ☒ Диагноз подтверждается при выполнении УЗИ

- 4) ☐ Требуется консервативного лечения
- 5) ☒ В большинстве случаев диагностируется при визуальном осмотре и пальпации
-

128. Тактика при перекруте яичка:

- 1) ☒ Хирургическая
- 2) ☐ Медикаментозная терапия
- 3) ☐ Динамическое наблюдение
- 4) ☐ Не требует лечения
- 5) ☒ Попытка деторсии яичка
-

129. После ушиба яичка возможно возникновение:

- 1) ☒ Орхоэпидидимита
- 2) ☐ Крипторхизма
- 3) ☒ Атрофии яичка
- 4) ☐ Уретроррагии
- 5) ☐ Острой задержки мочеиспускания
-

130. Для диагностики перелома полового члена обычно достаточно:

- 1) ☒ Осмотра полового члена
- 2) ☐ КТ
- 3) ☐ МРТ
- 4) ☐ Артериографии полового члена
- 5) ☒ УЗИ на предмет наличия дефекта белочной оболочки кавернозных тел
-

131. Показания к ампутации полового члена при травме:

- 1) ☒ Гангрена
- 2) ☐ Пересечение кавернозных тел
- 3) ☐ Пересечение уретры
- 4) ☐ Продолжающееся кровотечение
- 5) ☒ Полное размождение

132. Последствия перелома полового члена могут включать:

- 1) ☒ Искривление полового члена
- 2) ☒ Эректильная дисфункция
- 3) ☐ Хронический простатит
- 4) ☐ Рубцовый фимоз
- 5) ☐ Формирование привычного перелома

133. Хроническая почечная недостаточность характеризуется:

- 1) ☐ Гипертермией
- 2) ☒ Уменьшением числа функционирующих нефронов
- 3) ☐ Гипергликемией
- 4) ☒ Повышением уровня мочевины и креатинина крови
- 5) ☐ Уретроррагией

134. К развитию хронической почечной недостаточности чаще приводят:

- 1) ☒ Гломерулонефрит

- 2) ☒ Ретроперитонеальный фиброз со сдавлением мочеточников
-
- 3) ☐ Острый баланопостит
-
- 4) ☐ Тромбоэмболия легочной артерии
-
- 5) ☐ Геморрагический шок
-

135. Хроническая почечная недостаточность характеризуется:

- 1) ☒ Снижением скорости клубочковой фильтрации
-
- 2) ☐ Усилением процессов анаболизма
-
- 3) ☒ Повышением уровня мочевины и креатинина крови
-
- 4) ☐ Эритроцитозом
-
- 5) ☐ Гипергликемией
-

136. К развитию ренальной формы острой почечной недостаточности могут привести:

- 1) ☐ Инфаркт миокарда
-
- 2) ☒ Гломерулонефрит
-
- 3) ☐ Конкремент мочеточника единственной почки
-
- 4) ☒ Отравление солями тяжелых металлов
-
- 5) ☐ Сдавление мочеточников извне опухолевым процессом в малом тазу
-

137. Гемодиализ показан при:

- 1) ☐ Лейкоцитозе крови со сдвигом лейкоцитарной формулы влево
-
- 2) ☒ Уремии
-
- 3) ☐ Гипергликемии
-

4) ☐ Гематурии

5) ☒ Гиперкалиемии выше 7 ммоль/л

138. При острой почечной недостаточности может быть повреждение следующих анатомических структур:

1) ☒ Почечные клубочки

2) ☐ Почечное нервное сплетение

3) ☐ Паранефральная клетчатка

4) ☒ Почечные канальцы

5) ☐ Фиброзная капсула почки

139. К развитию преренальной формы острой почечной недостаточности могут привести:

1) ☐ Гломерулонефрит

2) ☒ Гемморагический шок

3) ☒ Обезвоживание

4) ☐ Отравление солями тяжелых металлов

5) ☐ Камень мочеточника единственной почки

140. К развитию постренальной формы острой почечной недостаточности могут привести:

1) ☐ Флотирующий камень мочевого пузыря

2) ☒ Сдавление мочеточников извне опухолевым процессом

3) ☐ Кардиогенный шок

4) ☒ Перевязка мочеточника единственно функционирующей почки при операциях на органах малого таза

5) ☐ Пузырно-мочеточниковый рефлюкс

141. К развитию постренальной формы острой почечной недостаточности могут привести:

- 1) ☐ Гломерулонефрит
- 2) ☐ Обезвоживание
- 3) ☒ Ретроперитонеальный фиброз со сдавлением мочеточников
- 4) ☐ Отравление солями тяжелых металлов
- 5) ☒ Конкремент мочеточника единственной почки

142. Токсический острый канальцевый некроз может быть связан с:

- 1) ☒ Отправлением соединениями тяжелых металлов (особенно ртути)
- 2) ☐ Гипогликемией
- 3) ☒ Отравлением органическими растворителями
- 4) ☐ Гиперпаратиреозом
- 5) ☒ Воздействием некоторых лекарственных препаратов с нефротоксическим действием (аминогликозиды, противоопухолевые средства, рентген-контрастные вещества и т.д.)

143. К развитию хронической почечной недостаточности чаще приводят:

- 1) ☐ Двустороннее варикоцеле
- 2) ☐ Острый баланопостит
- 3) ☒ ДГПЖ осложнившаяся хронической задержкой мочи
- 4) ☐ Конкремент нижней группы чашечек
- 5) ☒ Опухоли мочевого пузыря с поражением обоих устьев мочеточников

144. Специальная диета для больных с хронической почечной недостаточностью включает:

- 1) ☐ Увеличение приема продуктов, содержащих калий, натрий, фосфор
 - 2) ☒ Уменьшение приема продуктов, содержащих калий, натрий, фосфор
 - 3) ☐ Увеличение потребления белка
 - 4) ☒ Уменьшение потребления белка
 - 5) ☒ Прием незаменимых аминокислот
-

145. При постренальной форме острой почечной недостаточности экстренную помощь начинают с:

- 1) ☒ Катетеризации мочеточников
 - 2) ☐ Физиотерапии
 - 3) ☒ Чрескожной пункционной нефростомии
 - 4) ☐ Проведения гемодиализа
 - 5) ☐ Антибиотикотерапии
-

146. К возникновению хронической задержки мочеиспускания могут привести:

- 1) ☒ Стриктуры уретры
 - 2) ☐ Острый пиелонефрит
 - 3) ☒ ДГПЖ
 - 4) ☐ Острый баланопостит
 - 5) ☒ Склероз шейки мочевого пузыря
-

147. Назовите результат работы клеток Лейдига в яичке:

- 1) ☐ Вызывают аденому полового члена.
 - 2) ☐ Вырабатывают эстрогены для стимуляции сперматогенеза
-

3) ☒ Андроген - продуцирующие клетки

4) ☐ Предшественники стволовых клеток

5) ☒ Вырабатывают тестостерон

148. Как типично проявляется опухоль яичка?

1) ☒ В виде безболезненного увеличения яичка

2) ☐ При аутопсии.

3) ☐ Дисфагией.

4) ☒ В виде безболезненного увеличения узелка яичка

5) ☐ Бесплодным браком

149. Какова частота возникновения варикоцеле одновременно с двух сторон?

1) ☒ Частота возникновения варикоцеле синхронно с двух сторон является низкой.

2) ☒ Симультанное возникновение варикоцеле с двух сторон является редким.

3) ☐ Частота возникновения двухстороннего варикоцеле высокая.

4) ☐ Возникновение симульного варикоцеле является типичным для подростков

5) ☐ Частота варикоцеле и опухолей яичка синхронно симульно с двух сторон не изучена

150. Какие виды поражения полового члена могут быть вызваны папиллома-вирусом человека тиа 16,18,31,33,35,39

1) ☒ Остроконечные кондиломы и кондиломы Бушке-Левенштайна

2) ☒ Бовеноидный папулез и рак полового члена

3) ☐ Кандидозный баланит

4) ☐ Физиологический фимоз

5) ☐ Болезнь Альцгеймера

151. Выберите вид радикального вмешательства при водянке оболочек яичка

1) ☒ Иссечение оболочек по Бергману

2) ☒ Операция по Лорду

3) ☒ Операция по Винкельману

4) ☐ Склеротерапия

152. По какой системе проводят стадирование рака полового члена?

1) ☒ Международного противоракового союза TNM ВОЗ

2) ☐ Gleason

3) ☒ TNM (WHO UICC)

4) ☐ Хаунсфилда

153. При обследовании больного с клинической картиной сквамозного рака головки полового члена, какую манипуляцию необходимо выполнить для определения гистологического строения образования?

1) ☒ Показана биопсия полового члена с гистологическим исследованием

2) ☐ Возможна радикальная эмаскуляция с лимфодиссекцией

3) ☒ Показано выполнение цитологических отпечатков на предметное стекло для цитологического исследования.

4) ☐ Показана цистопростатэктомия и удалением уретры

5) ☐ Желательно динамическое наблюдение онкологом амбулаторно с квартальной дерматоскопией

154. Что является наиболее частым признаком метастатического распространения при раке полового члена?

- 1) ☒ Паховая лимфаденопатия с изъязвлениями кожи.
- 2) ☒ Распад основной опухоли с паховой лимфаденопатией.
- 3) ☐ Терминальная гематурия является наиболее частым признаком метастатического рака полового члена
- 4) ☐ Сперматоррея является наиболее частым признаком метастатического поражения полового члена
- 5) ☐ Преждевременная эякуляция является наиболее частым признаком метастатического поражения полового члена

155. Выберите два эффективных метода лечения при эректильной дисфункции для больного 67 лет

- 1) ☒ Внутрикавернозное инъекционное применение альпростадил
- 2) ☒ Внутрикавернозное эндофаллопротезирование
- 3) ☐ Внутрикавернозное инъекционное применение пропранолола
- 4) ☐ Массаж воротниковой зоны шеи.
- 5) ☐ Внутрикавернозное инъекционное применение дроперидола

156. Больной 27 лет, инвалид с низкой осколочной травмой позвоночника и спинного мозга и нижним парапарезом, перемещается на коляске и требует реабилитации эректильной функции для сохранения семьи.

- 1) ☐ Какое лечение показано и возможно назначить выполнить пациенту?
- 2) ☒ Внутрикавернозное инъекционное применение альпростадил.
- 3) ☒ Внутрикавернозное эндофаллопротезирование
- 4) ☐ Имплантация помпы для введения инсулина.
- 5) ☐ Перевязку и пересечение перфорантных вен голени.

157. Больной 65 лет, выписан три дня назад из кардиореанимации стационара, где в течение 3 суток был

установлен постоянный уретральный катетер с последующим удалением. Правое и левое яичко увеличены, резко болезненные, лихорадка до 38 градусов с ознобом. Дизурия. Ваш предварительный диагноз ??

-
- 1) ☐ Левостороннее варикоцеле
-
- 2) ☐ Перекрут гидатиды Морганьи.
-
- 3) ☐ Хронический туберкулез почки
-
- 4) ☒ Острый эпидидиммоорхит.
-
- 5) ☒ Острый простатит.
-