

**ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА (ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ) ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**

ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.67 «ХИРУРГИЯ»

- 1 Хирургия
- 1 К преимуществам эндотрахеального наркоза относятся следующие утверждения:
 - оптимальная искусственная вентиляция легких
 - обеспечение проходимости дыхательных путей
 - достижения максимально необходимой релаксации мышц
 - предупреждение развития бронхоспазма
 - предупреждение остановки сердца
- 2 Основным показанием к трансфузии эритроцитарной взвеси является
 - стимуляция кроветворения
 - иммунокоррекция
 - дезинтоксикация
 - коррекция гемостаза
 - значительная анемия вследствие кровопотери
- 3 В основе сепсиса лежит реакция организма в виде
 - ответа острой фазы на бактериальную инфекцию
 - эндотоксемии
 - системного воспаления на инфекцию различной природы
 - нестабильности гемодинамики
 - локального воспаления на инфекцию различной природы
- 4 Иррадиирующая боль возникает как следствие
 - сокращения или растяжения органа
 - депрессии
 - передачи импульсов на участки поверхности тела, которые имеют общую корешковую иннервацию с пораженным органом брюшной полости
 - наличия патологических процессов в париетальной брюшине и тканях, имеющих окончания чувствительных спинномозговых нервов

неустановленной причины

- 5 Основной причиной висцеральной боли является
спастические сокращения или растяжение органа
депрессия
передача импульсов на участки поверхности тела, которые имеют общую
корешковую иннервацию с пораженным органом брюшной полости
наличие патологических процессов в париетальной брюшине и тканях, имеющих
окончания чувствительных спинномозговых нервов
неустановленная причина
- 6 Соматическая боль является следствием
спастических сокращений или растяжения органа
депрессией
передачи импульсов на участки поверхности тела, которые имеют общую
корешковую иннервацию с пораженным органом брюшной полости
наличия патологических процессов в париетальной брюшине и тканях, имеющих
окончания чувствительных спинномозговых нервов
неустановленной причины
- 7 К медиаторам, участвующим в формировании боли, относятся:
гистамин
ГАМК
серотонин
эндорфины
ацетилхолин
- 8 В подавлении боли участвуют следующие вещества:
гистамин
ГАМК
опиаты
эндорфины
ацетилхолин

- 9 Анаэробная неклостридиальная инфекция наиболее чувствительна к следующим антибактериальным препаратам:
- метронидазолу
 - пенициллину
 - левомицетину
 - гентамицину
 - меронему
- 10 Важной особенностью MRSA-штаммов является высокая частота ассоциированной устойчивости к препаратам следующих групп:
- линкозамиды
 - фторхинолоны
 - аминогликозиды
 - фузидиевая кислота
 - оксазолидиноны
 - гликопептиды
- 11 Для антимикробной терапии инфекций, вызванных MRSA, используют:
- цефалоспорины 3 поколения;
 - аминогликозиды;
 - ципрофлоксацин;
 - ванкомицин;
 - линезолид
- 12 Неоправданное назначение антибактериальных препаратов системного действия повышает риски:
- нежелательных побочных эффектов
 - инфицирования *Clostridioides difficile*
 - селекции антибиотикорезистентности
 - повышения летальности
 - сепсис-индуцированной гипоперфузии

- 13 Резидентная флора на руках чаще всего представлена
спорообразующими бактериями
кишечной палочкой
грибами
эпидермальным стафилококком
золотистым стафилококком
- 14 Целью хирургической обработки рук является
уничтожение резидентной флоры
удаление и уничтожение транзиторной микрофлоры и снижение численности резидентной флоры
удаление и уничтожение транзиторной микрофлоры
удаление грязи и транзиторной микрофлоры
удаление грязи и резидентной флоры
- 15 Какие из перечисленных ниже микроорганизмов устойчивы к действию спиртовых антисептиков?
спорообразующие бактерии
оболочечные вирусы
грамотрицательные бактерии
микобактерии
грибы
- 16 Биологическим критерием здорового тела является
правильные пропорции
толерантность к сверхнагрузкам
соответствие формальным критериям анализов
возможность адекватной физической активности
позитивное сопоставление представления о себе

- 17 Продолжительность клинической смерти в нормальных условиях окружающей среды составляет
- 1-2 минуты
 - 5-6 минут
 - 10-15 минут
 - до 20 минут
 - до 2 часов
- 18 Укажите, какие из нижеперечисленных методик относятся к местной анестезии:
- транскутанная
 - инфильтрационная
 - каудальная
 - нейролептанальгезия
 - ингаляционная
- 19 К физической антисептике относится следующий метод
- первичная хирургическая обработка раны
 - удаление некротических тканей из раны
 - дренирование раны тампоном
 - промывание раны антисептиком
 - повязка на рану с ферментсодержащей мазью
- 20 При плазмаферезе из организма не удаляются
- Токсические метаболиты
 - Микробные тела
 - Микробные токсины
 - Циркулирующие иммунные комплексы
 - Гемоглобин
- 21 К путям эндогенной бактериальной контаминации раны относятся:
- микрофлора желудочно-кишечного тракта
 - бактериально контаминированный экссудат брюшной полости

проникновение через нестерильный хирургический инструмент
с током лимфы и крови из гнойно-воспалительных очагов
проникновение с рук медперсонала

- 22 К экзогенным источникам бактериальной контаминации операционных ран относят:

бактериально контаминированный экссудат брюшной полости

бактерионосительство среди больных и медперсонала

микрофлора желудочно-кишечного тракта

микробная загрязненность рук хирурга

микробная загрязненность воздуха операционных залов, палат и перевязочных

- 23 Местными анестетиками из группы амидов являются:

лидокаин

бензокаин

бупивакаин

тетракаин

новокаин

ропивакаин

- 24 Местными анестетиками из группы эфиров являются:

прокаин

бензокаин

тетракаин

лидокаин

тримекаин

бупивакаин

- 25 Операция, выполняющаяся немедленно после постановки диагноза в связи с угрозой для жизни больного, называется

экстренной

радикальной

одномоментной
симптоматической
срочной

- 26 Абсолютным противопоказанием к экстренной операции является
агональное состояние
возраст старше 90 лет
инфаркт миокарда
гиперпиретическая лихорадка
асцит
- 27 Классификация вмешательств по цели выполнения включает операции таких
видов, как
диагностические и лечебные
традиционные открытые, эндоскопические, эндоваскулярные и
микрохирургические
радикальные, паллиативные и симптоматические
традиционные открытые, эксцизионные и инцизионные
диагностические и лечебные
- 28 Радикальной операцией можно считать
операцию, полностью излечивающую от заболевания
одномоментное вмешательство
операцию, существенно повышающую качество жизни больного
операцию, обеспечивающую устойчивую ремиссию хронического заболевания
- 29 При подозрении на несостоятельность швов желудочно-кишечного анастомоза
следует выполнить
контрастное рентгенологическое исследование
обзорную рентгенографию брюшной полости
УЗИ брюшной полости
лапароскопию

КТ с внутривенным контрастным усилением

- 30 Для диагностики причины механической желтухи наиболее информативным методом является
- ретроградная холангиография
 - внутривенная холецистохолангиография
 - КТ с внутривенным контрастным усилением
 - пероральная холецистография
 - сцинтиграфия печени
 - ретроградная холангиография
- 31 При оценке степени тяжести кровопотери по лабораторным тестам отдают предпочтение следующему показателю
- дефициту глобулярного объема
 - уровню гемоглобина
 - гематокритному числу
 - дефициту объема циркулирующей плазмы
 - уровню ферритина
- 32 Перед переливанием свежзамороженной плазмы проводят следующую пробу
- биологическую пробу
 - определение групповой и резус совместимости
 - пробу на индивидуальную совместимость
 - пробу на резус-совместимость
 - пробу с полиглобулином
- 33 Для выявления конкрементов в желчном пузыре показано проведение
- ультразвукового исследования брюшной полости
 - ретроградной холангиографии
 - ангиографии сосудов желчного пузыря
 - внутривенной холецистохолангиографии
 - обзорной рентгенографии брюшной полости

- 34 Хирургическое вмешательство без согласия больного возможно в следующих случаях:
- имеется заключение психиатра о недееспособности больного
 - отказ от операции угрожает жизни пациента
 - имеются абсолютные показания к экстренному вмешательству
 - имеют место настойчивые просьбы родственников о необходимости операции при отказе от операции со стороны дееспособного больного
 - отказ от операции угрожает жизни пациента в бессознательном состоянии
- 35 Для проведения лапароскопических вмешательств в брюшную полость инсуффлируют
- углекислый газ
 - кислород
 - воздух
 - закись азота
- 36 При лапароскопических операциях обычно используют внутрибрюшное давление, равное
- 12 мм.рт.ст.
 - 8 мм.рт.ст.
 - 24 мм.рт.ст.
 - 18 мм.рт.ст.
 - 28 мм.рт.ст.
- 37 Клиника острой кровопотери возникает при кровопотере, равной
- 500 мл
 - 1000 мл
 - 1500 мл
 - 2000 мл
 - 2500 мл
- 38 Для гиповолемии характерно значение центрального венозного давления

менее 60 мм вод ст.

от 60 до 120 мм вод ст.

от 130 до 180 мм вод ст.

от 190 до 240 мм вод ст.

- 39 Противопоказаниями к переливанию крови относятся:
- декомпенсация сердечной деятельности
 - септический эндокардит
 - шок
 - хирургическая инфекция
 - тяжелое нарушение функции печени
 - гипотония
- 40 Проба на индивидуальную совместимость крови проводится между
- плазмой реципиента и кровью донора
 - плазмой донора и кровью реципиента
 - форменными элементами крови реципиента и кровью донора
 - форменными элементами крови донора и реципиента
 - плазмой реципиента и кровью донора
- 41 Клиническая картина острой гемолитической реакции, встречающаяся при трансфузии эритроцитов, характеризуется развитием
- внутрисосудистым гемолизом перелитых эритроцитов
 - острой почечной недостаточностью
 - отека легких
 - повышенной кровоточивостью
 - острой печеночной недостаточностью
- 42 К обязательным пробам, проводимым перед каждым переливанием крови, относятся проверка на совместимость
- групповую, индивидуальную, биологическую
 - групповую, индивидуальную, резус-совместимость

групповую, биологическую, келл-совместимость
индивидуальную, биологическую

- 43 К критериям эффективности (через 48 - 72 часов после начала) антибактериальной терапии перитонита относится
- уменьшение выраженности системной воспалительной реакции
 - уменьшение интоксикации
 - увеличение уровня лейкоцитов
 - снижение лихорадки
- 44 Антибиотикопрофилактику проводят для предотвращения развития
- послеоперационной раневой инфекции
 - инфекции мочевыводящих путей
 - вентилятор-ассоциированной пневмонии
 - катетер-ассоциированной инфекции
- 45 После лимфосорбции не уменьшается концентрация
- Мочевины
 - Остаточного азота
 - Гемоглобина
 - Циркулирующие иммунных комплексов
 - Токсических веществ
- 46 Основной целью экстракорпоральных методов лечения при сепсисе является
- сохранение фильтрационной функции почек
 - нейтрализация или удаление некоторых компонентов крови, вызывающих или поддерживающих болезнь, или экзогенных токсинов
 - снижение системного воспаления на инфекцию различной природы
 - удаление продуктов перекисного окисления липидов
- 47 Эндогенную интоксикацию не вызывают
- Деструкция тканей

Повышенный белковый катаболизм

Нарушение функции почек

Нарушение функции печени

Сердечная недостаточность

48 К методам диализа и фильтрации относятся:

гемофильтрация

гемосорбция

гемодиализ

плазмосорбция

ультрафильтрация

плазмаферез

49 Сорбционными методами эфферентной терапии являются:

гемофильтрация

гемосорбция

гемодиализ

плазмосорбция

гемодиафильтрация

плазмаферез

50 К аферезным методам детоксикации относятся:

цитаферез

гемосорбция

гемодиализ

плазмосорбция

гемодиафильтрация

плазмаферез

51 Использование здорового образа жизни в профилактике и лечении
неинфекционных патологий целесообразно

у онкологических пациентов

- у женщин детородного возраста
- у пожилых
- у соматически не отягощенных пациентов
- у всех групп пациентов

52 Какие компоненты включает здоровье по определению Всемирной организации здравоохранения?

- национальное здоровье
- физическое здоровье
- социальное здоровье
- государственное здоровье
- психологическое здоровье

53 Рекомендации врачей по здоровому образу жизни

- черпают данные в основном из альтернативной и комплементарной медицины
- черпают данные только из доказательной медицины
- сочиняются врачом из чистого разума
- являются сложным продуктом медицинских и общекультурных представлений

54 Что такое здоровый образ, стиль жизни?

- это механическая совокупность действий человека в конкретной ситуации
- это репрезентация в поведении человека определённой идеи здоровья
- это соответствие поведения человека рекомендациям Минздрава
- это вид правового поведения человека
- бодипозитивизм

55 Основным механизмом действия макролидных, линкозамидных и стрептограминowych антибиотиков (МЛС группа) является

- ингибирование биосинтеза белка на рибосомах
- нарушение функций цитоплазматической мембраны
- ингибирование синтеза клеточной стенки
- ингибирование ДНК-зависимой РНК-полимеразы

- 56 Основной мишенью действия фторхинолонов является
ДНК-гираза у грамотрицательных микроорганизмов, топоизомераза у грамположительных микроорганизмов
ДНК-гираза у грамотрицательных и грамположительных микроорганизмов
топоизомераза у грамотрицательных микроорганизмов, ДНК-гираза у грамположительных микроорганизмов
топоизомераза у грамотрицательных и грамположительных микроорганизмов
- 57 Первичная оценка эффективности антибактериальной терапии проводится через
12-24 часа
48-72 часа
96-120 часов
24-36 часов
- 58 Максимальная длительность приема антибактериальных препаратов интраоперационно в целях профилактики составляет
2 суток
1 сутки
3 суток
4 суток
- 59 Выделяют следующие фазы раневого процесса:
воспаление
реорганизация рубца и эпителизация
регенерация и пролиферация
гидратация
дегидратация
инфицирование
- 60 К понятию хирургической обработки раны относится
рассечение и иссечение раны, удаление сгустков крови, дренирование раны, восстановительная операция

промывание раны, введение в мягкие ткани антибиотиков

смазывание краев раны йодом, наложение повязки, введение внутримышечно антибиотиков

удаление из раны инородных тел, обработка раны антисептиками, тампонирование раны

- 61 Проведение первичной хирургической обработки раны противопоказано в случае состояния травматического шока IV степени

наличия у пострадавшего более тяжелого повреждения, опасного для жизни (внутреннее кровотечение)

наличия точечной раны с венозным кровотечением

раны с ровными краями и наличия аллергии на местные анестетики

- 62 К видам первичной хирургической обработки ран относятся:

ранняя

срочная

отсроченная

поздняя

плановая

- 63 Первичная хирургическая обработка ран показана в следующих случаях:

раны, прикрытой сгустком

ссадины, царапины

загрязненные раны

повреждения резанного типа

мелких и неглубоких поверхностных порезов

- 64 Вторичной хирургической обработкой раны называется

хирургическая обработка, сделанная при неудовлетворительном результате первичной хирургической обработки

хирургическая обработка, сделанная позднее одной недели после повреждения

наложение вторичных швов на рану после первичной хирургической обработки, сделанной 1 - 3 дня назад

пластическое закрытие кожного дефекта после хирургической обработки

- 65 Первыми клиническими признаками эритематозной рожи являются
- чувство жжения и боль в месте поражения
 - четко очерченная гиперемия кожи с ее инфильтрацией
 - выраженная гиперемия без отека подкожной клетчатки
 - максимальная болезненность при пальпации в центре очага
- 66 Для раны в III фазе характерен следующий признак
- яркие грануляции
 - отек тканей
 - фибринозные налеты
 - гнойный экссудат
 - эпителизация
- 67 Для раны в II фазе характерен следующий признак
- яркие грануляции
 - отек тканей
 - некроз тканей
 - гнойный экссудат
 - эпителизация
- 68 К неспорообразующим возбудителям анаэробной инфекции относятся:
- Fusobacterium
 - Clostridium perfringens
 - Clostridium septicus
 - Clostridium hystoliticus
 - Bacteroides
- 69 Симптомом аэробной инфекции является
- резкая гиперемия кожи в области поражения

снижение температуры тела

бледно-цианотичный оттенок окраски кожи в области поражения

выраженный отек тканей вокруг пораженной области

70 Для флегмоны характерно

нагноение без четких границ

наличие полости с гноем, окруженной капсулой

понижение температуры тела

отсутствие болезненности в зоне патологического очага

71 К мероприятиям, рекомендуемым при сепсисе, относится

вскрытие гнойного очага

ограниченное введение жидкости

внутримышечное введение антибиотиков

переливание крови

72 Выберите правильное определение термина «Сепсис»

патологический процесс, в основе которого лежит реакция организма в виде генерализованного (системного) воспаления на инфекцию различной природы (бактериальную, вирусную, грибковую), приводящая к остро возникающей органной дисфункции

патологическое состояние, характеризующееся выраженными циркуляторными, клеточными, метаболическими нарушениями, которые обуславливают повышение риска летального исхода

наличие инфекционного очага с или без клинических проявлений синдрома системной воспалительной реакции

повышенная температура тела ($>37,8^{\circ}\text{C}$ в ротовой полости или или $>38,2^{\circ}\text{C}$ ректально), или изменение температуры тела выше известного нормального дневного показателя человека

выделение микроорганизмов из крови

73 Выберите правильное определение термина «Септический шок»

патологический процесс, в основе которого лежит реакция организма в виде генерализованного (системного) воспаления на инфекцию различной природы

(бактериальную, вирусную, грибковую), приводящая к остро возникающей органной дисфункции

патологическое состояние, характеризующееся выраженными циркуляторными, клеточными, метаболическими нарушениями, которые обуславливают повышение риска летального исхода

наличие инфекционного очага с или без клинических проявлений синдрома системной воспалительной реакции

повышенная температура тела ($>37,8^{\circ}\text{C}$ в ротовой полости или $>38,2^{\circ}\text{C}$ ректально), или изменение температуры тела выше известного нормального дневного показателя человека

выделение микроорганизмов из крови

- 74 Взрослым пациентам с установленным или предполагаемым септическим шоком назначение антимикробной терапии рекомендуют начинать

в течение 1 часа после установления или предположения сепсиса

за 30 минут до оперативного пособия

в течение 3 часов после того, как диагноз «сепсис» установлен или признан наиболее вероятным диагнозом

только после забора крови для бактериологического исследования

- 75 К критериям органной дисфункции при сепсисе относятся следующие показатели:

диурез < 80 мл/4 часа

лактат > 2 ммоль/л

ЧД < 21 /мин

диурез > 80 мл/4 часа

лактат < 2 ммоль/л

- 76 В диагностики сепсиса важно выявление следующих изменений:

выявление очага инфекции

уровень прокальцитонина $> 0,5$ нг/мл

уровень прокальцитонина $< 0,5$ нг/мл

уровень С-реактивного белка > 24 мг/л

уровень С-реактивного белка < 24 мг/л

- 77 К антимикробным препаратам, рекомендованным к назначению у пациентов с сепсисом с неустановленным первичным очагом согласно программе СКАТ, при внебольничной инфекции относятся:

Ампициллин/сульбактам

Цефепим/сульбактам

Левифлоксацин + метронидазол

Меропенем

Имипенем

- 78 К антимикробным препаратам, рекомендованным к назначению у пациентов с сепсисом с неустановленным первичным очагом согласно программе СКАТ, при подозрении на нозокомиальную инфекцию относятся

Цефотаксим + метронидазол

Цефепим/сульбактам

Ампициллин/сульбактам

Меропенем

Имипенем

- 79 Для оценки наличия органной дисфункции вне ОРИТ (ОАР) и вне стационара для первичного скрининга вероятности развития сепсиса у взрослого пациента рекомендуется использовать упрощенную шкалу

APACHE II

ASA

SOFA

SAPS II

- 80 С целью ускорения заживления раны в фазе регенерации используется

вторичные швы

диализирующее мембранное устройство

вакуумирование раны

первично-отсроченный шов

- 81 Заживлению раны первичным натяжением способствует
- активация фибринолиза
 - наличие в ране дренажа
 - адаптация краев раны
 - образование серомы
 - лизирование гематомы
- 82 Заживление ран вторичным натяжением — это заживление
- посредством гранулирования
 - без натяжения
 - с сосудистой реакцией
 - путем эпителизации
 - после хирургической обработки
- 83 В механизме контракции при заживлении раны решающую роль играют
- фибробласты
 - макрофаги
 - тучные клетки
 - эозинофилы
 - нейтрофильные лейкоциты
- 84 Принцип активного хирургического лечения гнойных ран обеспечивает
- сокращение фазы регенерации
 - перевод гнойной раны в заживление по типу первичного натяжения
 - нормализацию состояния больного
 - бактериостатический эффект
 - бактерицидное действие
- 85 Карбункулом называется острое гнойно-некротическое воспаление
- нескольких волосяных мешочков и окружающих тканей
 - клетчаточных пространств

нескольких волосяных мешочков, сальных желез и окружающих тканей
сальной железы
волосяного фолликула, сальной железы и окружающей ткани

- 86 Вторичная деструкция тканей в первой фазе раневого процесса обусловлена
размерами раны
возрастом больного
вирулентностью микрофлоры
иммунодефицитом
избыточным отеком
- 87 Фибробластическая реакция в фазе регенерации раневого процесса обеспечивает
некролиз
бактериолиз, протеолиз
иммунологические реакции
коллагенез
выработку гистамина
- 88 Главным в лечении гнойных ран является
обработка ран кавитирующим ультразвуком
устройство трансмембранного дренажа
антибактериальное лечение
активное хирургическое вмешательство
лечение в управляемой абактериальной среде
первичный шов раны
- 89 Швы, наложенные на рану спустя 2-3 суток после первичной хирургической
обработки раны, до развития в ней грануляций, называются
провизорными
первичными
вторичными ранними
вторичными поздними

первично-отсроченными

- 90 При отсутствии возможности сопоставления краев раны в фазе регенерации выполняют

первично-отсроченный шов

первичный шов

ранний вторичный шов

аутодермопластика

лечение в управляемой абактериальной среде

- 91 Современное лекарственное средство для местного медикаментозного лечения гнойных ран в фазе воспаления в идеале должно обладать следующими свойствами:

антигистаминным

некролитическим

антимикробным

обезболивающим

дегидратирующим

- 92 При выборе местного медикаментозного средства для лечения ран ориентируются на

общее состояние больного

степень выраженности воспалительного процесса

степень реакции регионарных лимфатических узлов

фазу течения раневого процесса

степень выраженности перифокальной воспалительной реакции окружающих тканей

- 93 При анаэробной газовой гангрене могут быть выполнены следующие хирургические операции:

некротомия

иссечение пиемических очагов

широкое рассечение кожи и подкожной клетчатки, фасций

некрэктомия

ампутация или экзартикуляция конечности

- 94 Неспецифическая профилактика столбняка заключается в
использовании средств экстракорпоральной детоксикации организма
использовании средств интракорпоральной детоксикации организма
назначении анаболических гормонов
ранней и полноценной первичной хирургической обработке ран
превентивной антибиотикотерапии
- 95 Специфическая профилактика столбняка заключается во введении
антирабического гаммаглобулина
противостолбнячного гаммаглобулина
противостолбнячного анатоксина и противостолбнячной сыворотки
противостолбнячного гаммаглобулина и противостолбнячной сыворотки
противостолбнячной сыворотки
- 96 Для диагностики гастроэзофагеальной рефлюксной болезни используют следующие методы:
сцинтиграфия с радиоактивным технецием
эзофагогастродуоденоскопия
рентгеноскопия пищевода и желудка
мониторирование pH
компьютерная томография
- 97 Показанием к оперативному лечению гастроэзофагеальной рефлюксной болезни является
стриктура пищевода
неэффективность консервативной терапии в течение 2 недель
кровотечение из эрозии пищевода
тотальный эрозивный эзофагит
наличие *H.pylori* инфекции

выявленные моторные нарушения пищевода

- 98 Наибольшей чувствительностью в диагностике гастроэзофагельной рефлюксной болезни обладает
- 24-часовая рН-метрия
 - манометрия
 - хромозэндоскопия
 - эндоскопическое УЗИ
 - рентгеноскопия пищевода и желудка
- 99 I стадия ахалазии кардии характеризуется
- кратковременных нарушений расслабления нижнего пищеводного сфинктера при глотании
 - постоянным спазмом и незначительным расширением пищевода
 - рубцовой деформацией мышечного слоя кардии и резким супрастенотическим расширением пищевода
 - декомпенсированным стенозом кардиального отдела и значительной дилатацией пищевода
- 100 II стадия ахалазии кардии характеризуется
- постоянным спазмом и незначительным расширением пищевода
 - интермиттирующим спазмом кардиального отдела пищевода
 - рубцовой деформацией мышечного слоя кардии и резким супрастенотическим расширением пищевода
 - декомпенсированным стенозом кардиального отдела и значительной дилатацией пищевода
- 101 IV стадия ахалазии кардии характеризуется
- кратковременных нарушений расслабления нижнего пищеводного сфинктера при глотании
 - постоянным спазмом и незначительным расширением пищевода
 - рубцовой деформацией мышечного слоя кардии и резким супрастенотическим расширением пищевода

декомпенсированным стенозом кардиального отдела и значительной дилатацией пищевода

- 102 К эндоскопическим методам лечения ахалазии кардии относятся
- пневмокардиодилатация
 - бужирование пищевода
 - стентирование пищевода
 - интрамуральное введение ботулотоксина
- 103 При рубцовой послеожоговой стриктуре пищевода в отдаленном периоде возможно развитие
- рака пищевода
 - кровотечения
 - перфорации пищевода
 - полипоза пищевода
 - хронический эзофагит
- 104 Бужирование пищевода после острого ожога следует начинать
- на 1-2 сутки
 - через 1 месяц
 - на 8-9 сутки
 - при возникновении стойкой дисфагии
 - при неэффективности консервативной терапии
- 105 Наличие пузырьков воздуха в околопищеводной клетчатке указывает на
- перфорацию пищевода
 - эмфизему легких
 - дивертикул пищевода
 - кардиоспазм
 - рефлюкс-эзофагит
- 106 При резекции желудка по Ру гастроэнтероанастомоз формируют

на Y-образной петле тонкой кишки
на длинной петле тонкой кишки
на короткой петле тонкой кишки
с двенадцатиперстной кишкой

107 Каков побочный эффект блокаторов H₂-гистаминовых рецепторов?

боль в эпигастрии
диарея
метеоризм
феномен «рикошета»
формирование атрофического гастрита

108 К компонентам схем эрадикации *Helicobacter pylori* относятся:

спазмолитик
антибиотик
субцитрат висмута
антацид
блокатор протонной помпы

109 Косвенными рентгенологическими признаками язвы желудка являются:

конвергенция складок слизистой оболочки по направлению к язвенному кратеру
«ниша» на контуре или на рельефе слизистой оболочки
рубцово-язвенная деформация желудка и луковицы двенадцатиперстной кишки
местный циркулярный спазм мышечных волокон на противоположной стенке желудка по отношению к язве
конвергенция складок слизистой оболочки по направлению от язвенного кратера

110 При рентгенологическом исследовании «прямым» признаком язвенной болезни является

конвергенция складок слизистой оболочки по направлению к язвенному кратеру
нижний полюс желудка провисает ниже гребешковой линии
«ниша» на контуре или на рельефе слизистой оболочки

рубцово-язвенная деформация желудка и луковицы двенадцатиперстной кишки

111 Проведение эндоскопического гемостаза показано в следующих случаях:

обнаружение тромба в дне язвы

обнаружение видимого кровеносного сосуда в дне язвы

активного медленного кровотечения из язвы

струйного кровотечения из язвы.

эрозивный гастрит

112 Наиболее частой причиной развития гастроинтестинального кровотечения является

эрозивный гастрит

язвенная болезнь желудка и/или 12-перстной кишки

портальная гипертензия

распад опухоли желудка

эрозивный эзофагит

113 Гемодинамически нестабильному пациенту с кровотечением из верхних отделов желудочно-кишечного тракта показаны:

эндоскопическая остановка кровотечения

эндоваскулярная артериальная эмболизация

открытое оперативное вмешательство

продолжение консервативной терапии

установка зонда Блекмора

114 ЭГДС пациентам с язвенными гастродуоденальными кровотечениями от момента госпитализации должна быть выполнена в течение

первых 30 минут

первого часа

первых двух часов

первых 6 часов

первых суток

- 115 Методами диагностики кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта являются:
- селективная ангиография
 - эзофагогастроскопия
 - МСКТ органов брюшной полости
 - УЗИ органов брюшной полости
 - рентгенография желудка
- 116 Методами остановки кровотечения из варикозно-расширенных вен дистального отдела пищевода являются:
- установка зонда Блэкмора;
 - эндоскопическое клипирование;
 - резекция желудка;
 - эндоскопическое лигирование.
 - селективная эмболизация
- 117 При какой эндоскопической картине язвенного кровотечения (по Forrest) эндоскопический гемостаз не проводится?
- FI-A
 - FI-B
 - FII-A
 - FII-B
 - FII-C
- 118 Согласно национальным клиническим рекомендациям при перфоративной язве желудка и двенадцатиперстной кишки используются следующие инструментальные методы обследования:
- рентгенографии брюшной полости
 - рентгенография желудка
 - диагностической лапаротомия
 - компьютерная томография

- 119 Ведущим рентгенологическим признаком перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки является наличие
- свободного газа в брюшной полости
 - складок Керкринга
 - свободного газа и затемнение в забрюшинном пространстве вдоль правой большой поясничной мышцы
 - симптома перистости
- 120 Характерным клиническим признаком пенетрирующей язвы желудка является
- иррадиация болей в спину
 - «доскообразное» напряжение мышц живота
 - боли при пальпации живота
 - острое начало заболевания с «кинжальной» болью в животе
 - дисфагия
- 121 Эндоскопическое исследование позволяет выявить
- синдром Меллори-Вейса
 - синдром Золингер-Эллисона
 - гистологическую форму рака
 - протяженность стеноза привратника
- 122 К задачам, которые необходимо решить при эзофагогастродуоденоскопии по поводу желудочно-кишечного кровотечения, относятся:
- выявление кровотечения на момент осмотра и его интенсивность
 - определение источника кровотечения
 - определение угрозы рецидива кровотечения
 - определение объема кровопотери
- 123 К осложнениям язвенной болезни желудка относятся:
- дуоденостаз
 - кровотечение

пенетрация

перфорация

- 124 Наиболее рациональными методами эндоскопического лечения при кровотечениях из глубоких язв желудка и 12-перстной кишки являются:

аргоноплазменная коагуляция

местное введение сосудосуживающих препаратов

местное нанесение пленкообразующих препаратов

электрокоагуляция

эндоклипирование

- 125 Наиболее рациональными методами эндоскопического лечения при кровотечениях из глубоких язв желудка и 12-перстной кишки являются:

диатермокоагуляция или аргонно-плазменная коагуляция

эндоклипирование

нанесение аэрозольных пленкообразующих препаратов

орошение холодowymi агентами

местное введение сосудосуживающих препаратов

- 126 Прогноз при желудочно-кишечном кровотечении коррелирует с

возрастом больного

количеством потерянной крови

локализацией язвы

полом

размерами язвы

- 127 Противопоказаниями к эндоскопическому способу остановки кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта являются

агональное состояние больного

кровотечение из злокачественной опухоли

массивное поступление крови, заливающей источник кровотечения и смотровое окно эндоскопа

невозможность увидеть источник кровотечения (деформация, стеноз)

- 128 В каких ситуациях рекомендуется проведение ЭГДС у больных с прободной язвой?
- при подозрении на стеноз пилорoduоденальной зоны или гастрoduоденальное кровотечение
 - при признаках перитонита
 - при неоднозначной клинико-инструментальной картине (отсутствие симптомов перитонита отсутствие рентгенологических признаков пневмоперитонеума)
 - при любом подозрении на прободную язву
 - при наличии гипертермии
- 129 В каких случаях применяют консервативный метод лечения прободной язвы?
- невозможность выполнить операцию из-за крайней тяжести состояния пациента
 - у пациентов старше 70 лет
 - отсутствие лапароскопической аппаратуры в клинике
 - при категорическому отказе пациента и родственников от операции
- 130 В каких случаях противопоказано ушивание прободного отверстия гастрoduоденальной язвы?
- прободение гигантской или пенетрирующей язвы
 - перфорации язвы задней стенки двенадцатиперстной кишки или кардиального отдела желудка
 - подозрение на малигнизацию язвы
 - стеноз пилорoduоденальной зоны
 - прорезывание швов ушиваемых тканей
 - сомнении в герметичности ушитого прободного отверстия из-за инфильтрации тканей вокруг язвенного дефекта
- 131 Метод Тейлора при лечении перфоративной язвы включает следующие компоненты:
- активная назогастральная аспирация желудочного содержимого
 - антибактериальная терапия и анальгезия
 - неотложное оперативное вмешательство
 - дезинтоксикационная терапия

- 132 Какие инструментальные методы исследования используют при диагностике прободной язвы?
- рентгенологическое исследование
 - компьютерная томография брюшной полости
 - УЗИ брюшной полости
 - доплерография
 - электроэнцефалография (ЭЭГ)
 - эзофагогастродуоденоскопия
- 133 При сочетании прободной язвы двенадцатиперстной кишки со стенозом целесообразно выполнение:
- ушивания прободное отверстие с наложением обходного гастроэнтероанастомоза на длинной петле с межкишечным анастомозом
 - резекции желудка
 - ушивания язвы с проведением назоинтестинального зонда для питания в послеоперационном периоде
 - иссечение язвы с выполнением пилоропластики по Финнею
- 134 Пациенту с прободной язвой и нестабильными показателями жизнедеятельности показано проведение
- лечения по методу Тэйлора
 - экстренной лапаротомии
 - кратковременной предоперационной подготовки с последующей лапаротомией
 - лапароскопического ушивания язвы
- 135 Решение вопроса об операции у пациента с прободной язвой должно быть принято
- на догоспитальном этапе врачом скорой помощи
 - в течение 2-х часов после поступления больного в стационар
 - в течение 2-х суток на фоне обезболивающей терапии
 - в срочном порядке после полного диагностического поиска

- 136 Что следует предпринять при обнаружении перфоративной язвы во время эзофагогастродуоденоскопии в поликлинике?
- немедленно вызвать скорую помощь и отправить пациента в хирургический стационар
 - назначить обезболивание и антисекреторные препараты и оставить пациента для наблюдения в дневном стационаре
 - назначить обезболивание и антисекреторные препараты и отпустить пациента домой
 - попытаться через эндоскоп ушить перфорационное отверстие при помощи клипс
- 137 Что следует предпринять у пациента, у которого во время лапароскопического ушивания прободной язвы возникли явления нестабильной гемодинамики?
- снизить внутрибрюшное давление и продолжить лапароскопическую операцию
 - продолжить лапароскопическую операцию
 - выполнить конверсию
 - немедленно завершить оперативное вмешательство
- 138 Причиной появления напряжения мышц передней брюшной стенки в правой подвздошной области, возникающей при прободной язве двенадцатиперстной кишки является
- затекание кислого желудочного содержимого по правому боковому каналу
 - рефлекторные связи через ветви блуждающего нерва
 - развитие септического тромбоза верхней брыжеечной вены
 - развитие деструктивного процесса в стенке червеобразного отростка в результате воздействия пепсина желудочного сока
- 139 Больным с декомпенсированным стенозом привратника язвенной этиологии, выраженными водно-электролитными расстройствами и судорожным синдромом, следует произвести
- резекцию желудка после подготовки больного в течение 7-10 дней
 - экстренную резекцию желудка с большим и малым сальником
 - экстренную гастростомию после нормализации в течение 2-3 суток водно-электролитного баланса
 - экстренную резекцию желудка с оставлением большого и малого сальника

- 140 Для подготовки больного к операции по поводу стеноза выходного отдела желудка язвенного происхождения необходимо выполнить:
- промывание желудка
 - внутривенные инфузии аминокaproновой кислоты, гепатопротекторов
 - коррекцию диспротеинемии
 - энтеральное введения белковых растворов
 - введение растворов электролитов
- 141 К характерным признакам стеноза привратника относят:
- шум плеска натошак
 - изжогу
 - похудание
 - боли в пояснице
 - отрыжку «тухлым»
- 142 При декомпенсированном стенозе выходного отдела желудка у пациента с высоким анестезиологическим риском оптимальными методами лечения будут:
- стентирование выходного отдела желудка
 - установка назоинтестинального зонда
 - гастроэнтеростомия
 - еюностомия
- 143 Малигнизацию язвы желудка позволяет заподозрить при выявлении
- язвенной ниши более 2 см в диаметре
 - лейкоплакии слизистой
 - повышении кислотности желудочного содержимого
 - кровотечении
- 144 Для эндоскопической картины синдрома Мэллори-Вейса характерны следующие признаки:
- излюбленная локализация – передняя стенка кардиоэзофагеального перехода
 - края разрывов отечны, пропитаны кровью

излюбленная локализация – малая кривизна и задняя стенка кардиоэзофагеального перехода

щелевидный дефект слизистой оболочки в виде конуса с тромботическими массами

излюбленная локализация – большая кривизна и выходной отдел желудка

- 145 Какие из перечисленных факторов способствуют развитию кровотечений из варикозно-расширенных вен дистального отдела пищевода?

наличие сопутствующего рефлюкс-эзофагита

наличие маркеров репликации вирусов гепатита В или С

значительные размеры варикозных узлов

высокая степень портальной гипертензии

- 146 Какие из перечисленных факторов способствуют развитию кровотечений из варикозно-расширенных вен дистального отдела пищевода?

пожилой возраст больного

наличие сопутствующего рефлюкс-эзофагита

прием НПВС

высокая секреция соляной кислоты

- 147 От каких факторов зависит цвет рвотных масс при желудочно-кишечном кровотечении?

локализации источника кровотечения;

состояния моторики желудочно-кишечного тракта;

уровня секреции соляной кислоты;

быстроты развития кровотечения

- 148 Показания для открытого хирургического вмешательства при кровотечении из верхних отделов желудочно-кишечного тракта являются:

профузное кровотечение

рецидив кровотечения

гемодинамически нестабильный пациент

неудачная попытка эндоскопической остановки кровотечения

- 149 Самым частым осложнением стрессовой язвы желудка является
- кровотечение
 - перфорация
 - пенетрация
 - малигнизация
- 150 Риск рецидива кровотечения из язвы желудка оценивают по
- уровню гемоглобина
 - длительности язвенного анамнеза
 - данным эзофагогастродуоденоскопии
 - выраженности реакции кала на скрытую кровь
 - волемическому статусу пациента
- 151 К пострезекционным синдромам относятся:
- синдром малого желудка
 - демпинг-синдром
 - синдром приводящей петли
 - желчный гастрит культи
 - сахарный диабет
 - желчнокаменная болезнь
- 152 Для демпинг-синдрома характерна следующая клиническая симптоматика:
- слабость после приема пищи
 - диарея
 - тошнота
 - рвота
 - брадикардия
 - тахикардия

- 153 В какой срок наступают необратимые некробиотические изменения кишечника при полном прекращении мезентериального кровотока у пациентов со странгуляционной кишечной непроходимостью?
- через 12 часов
 - через 2 часа
 - через 6 часов
 - через 24 часа
- 154 В каком месте рекомендовано осуществлять энтеротомию при острой желчнокаменной кишечной непроходимости?
- на уровне места обструкции
 - проксимальное места обструкции
 - дистальнее места обструкции
 - операция при желчнокаменной кишечной непроходимости никогда не предусматривает выполнение энтеротомии
- 155 В чем заключается польза неоперативного лечения больных с острой кишечной непроходимостью?
- позволяет избежать операции у 50-90% пациентов со спаечной кишечной непроходимостью
 - отсрочка операции у пациентов с острой странгуляционной спаечной непроходимостью
 - меньшая длительность стационарного лечения по сравнению с оперированными больными
 - более низкая летальность и частота осложнений по сравнению с оперированными больными
- 156 Выберите наиболее предпочтительный вариант лечения пациента с заворотом сигмовидной кишки без очевидных признаков ишемии кишки и перитонита
- расправление заворота с трансанальной декомпрессией кишки
 - эндоскопическая деторсия заворота
 - сегментарная резекция кишки с первичным межкишечным анастомозом
 - обструктивная резекция кишки с выведением колостомы

- 157 При толстокишечной непроходимости, обусловленной заворотом сигмовидной кишки с её некрозом, наиболее оправданной операцией будет
- резекция сигмовидной кишки с анастомозом «конец в конец»
 - деторсия кишки и мезосигмопликация по Гаген-Торну
 - обструктивная резекция сигмовидной кишки с формированием одноствольной колостомы
 - деторсия кишки и сигмопексия
 - левосторонняя гемиколэктомия
- 158 Появление симптома «шума плеска» при острой кишечной непроходимости объясняется
- появлением выпота в брюшной полости
 - скоплением жидкости и газа в приводящей петле кишечника
 - наличием свободного газа в брюшной полости
 - скоплением жидкости и газа в отводящей петле кишечника
 - перфорацией кишки и развитием калового перитонита
- 159 Дайте корректное определение ранней спаечной кишечной непроходимости
- спаечная кишечная непроходимость, наступившая в ближайшие сутки после абдоминальной операции
 - спаечная кишечная непроходимость, наступившая в сроки менее 6 недель после абдоминальной операции
 - спаечная кишечная непроходимость, наступившая в сроки менее 6 месяцев после абдоминальной операции
 - спаечная кишечная непроходимость, наступившая в ближайшие 7 суток после абдоминальной операции
- 160 Дайте определение термина «кишечная непроходимость»
- механическая обструкция тонкой кишки
 - функциональная или механическая обструкция тонкой или толстой кишки
 - функциональная обструкция тонкой или толстой кишки
 - механическая обструкция тонкой или толстой кишки

- 161 Проба с контрастного препарата при острой кишечной непроходимости позволяет оценить:
- эффективность консервативной терапии при острой спаечной тонкокишечной непроходимости
 - пассаж контрастного вещества по тонкой кишке
 - эффективность консервативной терапии при острой обтурационной толстокишечной непроходимости
 - поступление контрастного вещества в толстую кишку
- 162 КТ-симптомами, указывающими на механический характер кишечной непроходимости, являются:
- симптом «точки перехода»
 - наличие проксимальных расширенных и дистальных спавшихся отделов тонкой кишки
 - лимфаденопатия брюшной полости
 - симптом «тонкокишечных фекалий»
- 163 При сомнительной жизнеспособности кишки, но без очевидных доказательств ее необратимого ишемического повреждения должна быть выполнена
- обструктивная резекция кишки с последующей программированной релапаротомией и реконструктивной операцией через 24-36 часов
 - повторная операция с оценкой жизнеспособности кишки через 24 - 36 часов
 - резекция кишки с наложением первичного анастомоза
 - обструктивная резекция кишки с постоянной кишечной стомой
- 164 Какие инструментальные методы применяются для диагностики неопухолевой кишечной непроходимости?
- УЗИ брюшной полости
 - КТ брюшной полости
 - эндосонография панкреатобилиарной зоны
 - обзорная рентгенография брюшной полости
 - реовазография

- 165 Какие клинико-лабораторные признаки являются показанием к операции на фоне длительного неоперативного лечения пациентов с кишечной непроходимостью?
- сброс по назогастральному зонду более 500 мл к 3-м суткам терапии
 - удвоение показателей креатинина крови
 - отхождение стула и газов
 - сохраняющийся высокий уровень лактата крови на фоне адекватной инфузионной терапии
 - удвоение показателей билирубина крови
- 166 Какие мероприятия включает неоперативное лечение кишечной непроходимости?
- рассечение внутрибрюшных спаек
 - профилактика осложнений и контроль показателей гомеостаза
 - введение в назогастральный зонд 100-150 мл контрастного препарата
 - инфузионная терапия
 - назогастральная декомпрессия
 - стимуляция кишечной моторики
- 167 В какой ситуации лечение кишечной непроходимости рекомендовано начинать с неоперативного?
- всем пациентам с кишечной непроходимостью старше 70 лет
 - неоперативное лечение у пациентов с кишечной непроходимостью противопоказано
 - всем пациентам с кишечной непроходимостью
 - стабильным пациентам без признаков кишечной ишемии и перитонита
- 168 Наиболее характерным УЗ-признаком острой кишечной непроходимости является
- дилатация кишки с формированием уровней жидкости
 - «маятникообразное» движение содержимого кишки с расширением ее просвета
 - наличие свободной жидкости в брюшной полости
 - пневматизация петель кишечника

- 169 Первичный Рг/КТ-контроль динамики пассажа контрастного препарата у больных со спаечной тонкокишечной непроходимостью проводят после введения в срок не ранее
- 8 часов
 - 12 часов
 - 24 часов
 - 36 часов
 - 2 часов
- 170 Назовите тактику хирурга при выявлении странгуляции у пациента с острой спаечной кишечной непроходимостью?
- срочная операция
 - консервативная терапия
 - динамическое наблюдение
 - экстренная операция
- 171 В случае прекращения пассажа контрастного вещества по кишечнику на обзорной рентгенографии брюшной полости можно думать:
- об отсутствии эффекта от проводимой консервативной терапии
 - о положительном эффекте от консервативной терапии
 - о наличии частичной кишечной непроходимости
 - о наличии полной кишечной непроходимости
- 172 Желчный камень, вызывающий обтурационную кишечную непроходимость, попадает в просвет кишки чаще всего через фистулу между желчным пузырём и
- двенадцатиперстной кишкой
 - тощей кишкой
 - слепой кишкой
 - малой кривизной желудка
- 173 Возможными причинами функциональной (динамической) кишечной непроходимости являются:
- прием опиоидов

уремия

прием антигистаминных препаратов

прием антихолинергических препаратов

прием М-холинолитиков

прием блокаторов H₂-рецепторов

- 174 Клинико-лабораторными критериями, свидетельствующими о необходимости отказа от консервативного лечения острой кишечной непроходимости в пользу оперативного вмешательства, являются:

появление или нарастание признаков системной воспалительной реакции

снижение показателей лактата сыворотки крови

появление органной дисфункции

нарастание интенсивности болевого синдрома

снижение интенсивности болевого синдрома

- 175 Лабораторными признаками, указывающими на интестинальную ишемию, являются:

высокий уровень лактата крови

лейкоцитоз

низкий уровень лактата крови

лейкопения

ацидоз

алкалоз

- 176 Показаниями к экстренному оперативному лечению острой кишечной непроходимости являются:

длительность заболевания более суток

перитонит

странгуляционная кишечная непроходимость

спастическая кишечная непроходимость

- 177 Характерными КТ-признаками странгуляционной кишечной непроходимости являются:

повышенное накопления контрастного вещества кишечной стенкой

«замкнутая» петля кишки

отек брыжейки кишки

снижение накопления контрастного вещества кишечной стенкой

газ в ветвях воротной вены

- 178 Проба с контрастным препаратом при острой спаечной тонкокишечной непроходимости подразумевает

введение контраста внутривенно для последующей КТ брюшной полости с целью диагностики причины кишечной непроходимости

оценка пассажа контрастного вещества по тонкой кишке

введение контраста внутривенно для последующей КТ брюшной полости с целью диагностики странгуляции

введение контрастного вещества *per rectum*

- 179 Укажите рекомендованный вариант проведения пробы с контрастным препаратом при кишечной непроходимости

водорастворимый контрастный препарат в дозе 50-150 мл вводится через зонд или перорально

водорастворимый контрастный препарат в дозе 300-400 мл вводится через зонд или перорально

бария сульфат в дозе 300-400 мл вводится через зонд или перорально

бария сульфат в дозе 50-150 мл вводится через зонд или перорально

- 180 Что является абсолютным противопоказанием к проведению лапароскопического адгезиолизиса при острой спаечной тонкокишечной непроходимости?

наличие более 2-х операций в анамнезе

наличие срединной лапаротомии в анамнезе

риск развития сердечно-легочной недостаточности на фоне карбоксиперитонеума

наличие разлитого перитонита в анамнезе

- 181 В каком случае стентирование рассматривают, как окончательный этап лечения обтурационной кишечной непроходимости опухолевой этиологии?

при невозможности выполнения резекции пораженного участка кишечника

при отказе пациента от выведения колостомы

при выполнении стентирования как этапа подготовке к резекционному вмешательству

при необходимости проведения химиолучевой терапии

- 182 В ходе лапаротомии и ревизии по поводу острой обтурационной кишечной непроходимости, развившейся из-за циркулярной опухоли дистального отдела сигмовидной кишки, ошибочным является выполнение

операции Гартмана

резекции сигмовидной кишки с формированием анастомоза

брюшно-анальной резекции прямой и сигмовидной кишки с низведением ободочной в анальный канал с избытком

формирование колостомы на вышележащих отделах толстой кишки

стентирования опухоли

- 183 Возможным осложнением стентирования опухолевой стриктуры толстой кишки непосредственно во время процедуры является

рецидив кишечной непроходимости

миграция стента

перфорация

кровотечение

- 184 Для каких клинических ситуаций характерны симптомы Цеге-Мантейфеля и Обуховской больницы?

илеоцекальная инвагинация

болезнь Гиршпрунга

кишечная непроходимость на фоне обтурации опухолью восходящей кишки

заворот сигмовидной кишки

кишечная непроходимость на фоне обтурации опухолью сигмовидной кишки

каловый камень прямой кишки

- 185 Для клинической картины острой обтурационной кишечной непроходимости опухолевой этиологии характерны:

появление тошноты и рвоты на поздних сроках заболевания

медленное развитие

появление тошноты и рвоты на ранних сроках заболевания

выраженные постоянные боли

схваткообразные боли

быстрое начало

- 186 К операции в объёме удаления опухоли ободочной кишки при острой обтурационной кишечной непроходимости следует прибегать в следующих случаях:
- во всех случаях при выполнении лапаротомии
 - потенциальный риск неблагоприятного исхода этапного лечения превышает выгоду одноэтапного подхода
 - при наличии настоятельного пожелания пациента
 - в ситуациях, когда это необходимо для спасения жизни больного
- 187 Какие заболевания могут вызвать обтурационную непроходимость толстой кишки?
- глистная инвазия
 - амебиаз
 - заворот сигмовидной кишки
 - болезнь Крона
 - опухоль сигмовидной кишки
- 188 Какие патофизиологические процессы приводят к секвестрации и скоплению жидкости и газа в просвете кишки при обтурационной кишечной непроходимости?
- венозная недостаточность кровоснабжения кишечной стенки
 - артериальная ишемия кишечной стенки
 - резкое угнетение тканевой перфузии
 - перерастяжения кишечной стенки
 - транслокация кишечной флоры за пределы кишечной стенки
- 189 Какие факторы из перечисленных могут являться причиной развития паралитической кишечной непроходимости?

отравление свинцом
острый панкреатит
забрюшинная гематома
травма брюшной полости
перитонит

- 190 При наличии опухоли восходящей кишки, осложнённой острой обтурационной кишечной непроходимостью в стадии декомпенсации следует выполнить
- правостороннюю гемиколэктомию
 - операцию Гартмана
 - колэктомию
 - формирование цекстомы
 - формирование илеостомы
- 191 При наличии опухоли восходящей кишки, осложнённой острой обтурационной кишечной непроходимостью в стадии компенсации следует выполнить
- правостороннюю гемиколэктомию
 - операцию Гартмана
 - колэктомию
 - формирование цекстомы
 - формирование илеостомы
- 192 Клиническими проявлениями компенсированной опухолевой обтурационной кишечной непроходимости являются:
- периодически возникающая задержка стула
 - выявление на обзорной рентгенограмме брюшной полости пневматизации толстой кишки
 - периодически возникающее затруднение отхождения газов
 - выявление на обзорной рентгенограмме брюшной полости чаш Клойбера
 - выявление на обзорной рентгенограмме брюшной полости единичных уровней жидкости

- 193 Оптимальным сроком для применения метода стентирования опухолевой стриктуры от момента начала манифестирующей клинической картины острой обтурационной толстокишечной непроходимости опухолевой этиологии является
- 3 – 4 сутки
 - 10 – 12 суток
 - 12 – 14 суток
 - 5 – 10 суток
- 194 В каких ситуациях возможно изолированное консервативное антибактериальное лечение при остром аппендиците?
- острый аппендицит с исходом в аппендикулярный инфильтрат без признаков абсцедирования
 - при отказе пациента от предложенной операции
 - в рамках зарегистрированных исследований, одобренных этическим комитетом в крупных клинических центрах
 - при наличии отграниченного периаппендикулярного абсцесса
 - при любой форме острого неосложненного аппендицита
- 195 Во время неотложной лапароскопии, предпринятой по поводу подозрения на острый аппендицит, обнаружен не удлинённый, не утолщённый червеобразный отросток иссиня-белесого цвета, свободно свисающий на инструменте. Ваши дальнейшие действия
- отказ от аппендэктомии и дальнейшей ревизии органов брюшной полости
 - лапароскопическая аппендэктомия
 - дальнейшая ревизия органов брюшной полости с последующей лапароскопической аппендэктомией
 - отказ от аппендэктомии, дальнейшая ревизия органов брюшной полости
- 196 Рекомендованными методами диагностики у беременных с подозрением на острый аппендицит являются:
- эндоскопическая ультрасонография слепой кишки
 - МРТ органов брюшной полости
 - обзорная рентгенография брюшной полости
 - УЗИ органов брюшной полости
 - КТ органов брюшной полости

- 197 Выберите факторы риска развития послеоперационного абсцесса у больных, оперированных по поводу острого аппендицита
- ожирение
 - женский пол
 - разлитой фибринозно-гнойный перитонит
 - перфорация аппендикса
 - продолжительность операции более 90 минут
- 198 Для острого аппендицита характерны следующие симптомы:
- локальная боль в правой подвздошной области
 - появление локальной болезненности в правой подвздошной области при скользящем движении руки по брюшной стенке
 - появление боли в области правого подреберья при легком поколачивании внутренним краем кисти по реберной дуге справа
 - тошнота и однократная рвота
 - смещение боли из эпигастрия в правую подвздошную область в первые часы после начала заболевания
 - появление локальной болезненности в левой подвздошной области при скользящем движении руки по брюшной стенке
- 199 Для течения острого аппендицита в пожилом и старческом возрасте характерны
- более частая встречаемость первично-гангренозной формы
 - стертая клиническая картина с преобладанием признаков интоксикации
 - частое abortивное течение с быстрым купированием при консервативном лечении
 - более быстрое развитие осложнений
 - преобладание болевого синдрома и слабая выраженность интоксикации
- 200 Оптимальный срок от установления диагноза острого аппендицита до оперативного вмешательства у пациента без органной дисфункции
- не более суток
 - не более 2 часов
 - 6 - 12 часов

2 - 6 часов

- 201 Существенными предрасполагающими факторами развития острого аппендицита являются:
- пожилой возраст пациента
 - патогенная микрофлора в червеобразном отростке
 - нарушение пассажа содержимого из просвета червеобразного отростка
 - тромбоз аппендикулярной артерии
 - беременность
- 202 Оптимальным способом обработки брыжейки червеобразного отростка во время лапароскопической аппендэктомии при остром флегмонозном аппендиците является
- пересечение острым путем
 - пересечение при помощи монополярной электрокоагуляции
 - поэтапное лигирование и пересечение
 - клипирование и пересечение
- 203 Оптимальным объемом операции у пациента с острым флегмонозным аппендицитом является
- лапароскопическая аппендэктомия дренирование брюшной полости
 - традиционная аппендэктомия из срединного лапаротомного доступа
 - традиционная аппендэктомия из доступа по Волковичу-Дьяконову
 - лапароскопическая аппендэктомия
- 204 Преимуществами лапароскопической аппендэктомии по сравнению с традиционной при остром аппендиците являются:
- меньшая выраженность боли в послеоперационном периоде
 - лучший косметический эффект
 - более короткий период пребывания в стационаре и восстановления работоспособности
 - снижение операционно-анестезиологического риска у пожилых пациентов с сердечно-легочной патологией

- 205 Симптом Воскресенского при остром аппендиците – это
- значительное усиление болей при пальпации в правой подвздошной области в положении на левом боку
 - появление или усиление боли в правой подвздошной области при поднимании выпрямленной правой ноги
 - усиление локальной болезненности при легком постукивании кончиком пальца в правой подвздошной области
 - появление локальной болезненности в правой подвздошной области при скользящем движении руки по брюшной стенке
 - появление локальной болезненности в левой подвздошной области при скользящем движении руки по брюшной стенке
- 206 Симптом Ровзинга при остром аппендиците – это
- появление локальной болезненности в правой подвздошной области при скользящем движении руки по брюшной стенке
 - усиление локальной болезненности при легком постукивании кончиком пальца в правой подвздошной области
 - значительное усиление болей при пальпации в правой подвздошной области в положении на левом боку
 - усиление боли в правой подвздошной области при толчкообразном надавливании на противоположной стороне брюшной стенки
- Симптом Образцова характерен для
- 207 острого аппендицита при тазовом расположении червеобразного отростка
- острого аппендицита при подпечёночном расположении червеобразного отростка
 - острого аппендицита при ретроцекальном расположении червеобразного отростка
 - эмпиемы червеобразного отростка
 - острого аппендицита при типичном расположении червеобразного отростка
- 208 Оптимальным способом обработки культи червеобразного отростка при лапароскопической аппендэктомии при остром флегмонозном аппендиците является
- наложение на культю двух титановых клипс с последующей обработкой антисептиком

лигирование основания отростка с последующим погружением культи зет-образным швом

пересечение основания отростка острым путем с последующей электрокоагуляцией культи

резекция купола слепой кишки с основанием червеобразного отростка

лигирование основания отростка с оставлением культи в брюшной полости

209 Выберите клинические ситуации, при которых рекомендовано выполнение ретроградная аппендэктомия при остром аппендиците

никогда не выполняется при остром аппендиците

ретроцекальное расположение червеобразного отростка

выраженный спаечный процесс в области купола слепой кишки

ретроперитонеальное расположение червеобразного отростка

всем пациентам с острым аппендицитом.

210 КТ-признаками острого аппендицита являются:

гомогенный выпот в малом тазу

уплотнение и слоистость стенки червеобразного отростка

увеличение размеров червеобразного отростка и толщины его стенки

утолщение и инфильтрация брыжейки червеобразного отростка

«замкнутая» петля

211 Первично-гангренозный аппендицит развивается вследствие

тромбоза артерии червеобразного отростка

участия воспалительном процессе бактериальной инфекции

длительного приёма кортикостероидов

депрессии иммунитета больного

обтурации опухоли устья червеобразного отростка

212 Флегмона забрюшинного пространства при остром аппендиците может развиваться в случае

ретроперитонеального расположения червеобразного отростка

переднего подпечёчного расположения червеобразного отростка

местного перитонита в правой подвздошной области
ретроцекального расположения червеобразного отростка

- 213 В случае выявления аппендикулярного инфильтрата показано
консервативное лечение
оперативное лечение – аппендэктомия
оперативное лечение – дренирование и тампонирование брюшной полости
оперативное лечение – лапароскопическая аппендектомия
оперативное лечение – аппендэктомию с ревизией органов, вовлеченных в инфильтрат
- 214 Аппендикулярный инфильтрат обычно формируется
на 3-4 сутки с момента заболевания
в первые двое суток от начала заболевания
на 7-9 сутки от начала заболевания
через 2-4 недели после аппендэктомии
- 215 Пилефлебит обычно является осложнением
деструктивного аппендицита
прободной язвы желудка
некроза тонкой кишки вследствие эмболии верхней брыжеечной артерии
заворота тонкой кишки
тромбоза печеночных вен
- 216 У больного, 52 лет, на второй день после аппендэктомии 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 в первую очередь?
пилефлебит
абсцесс печени
подпеченочный абсцесс
поддиафрагмальный абсцесс

правосторонняя нижнедолевая пневмония

- 217 В кишечной петле, несущей свищ, различают
- восходящую петлю
 - нисходящую петлю
 - отводящую петлю
 - приводящую петлю
- 218 В классификации кишечного свища, по степени сформированности, выделяют
- несформировавшиеся
 - полные
 - сформировавшиеся
 - частичные
 - зрелые
- 219 В классификации кишечного свища, по типу сообщения, различают
- внутренние
 - наружные
 - неспецифические
 - смешанные
 - специфические
- 220 Радикальным оперативным пособием при кишечных свищах является
- отключении отводящей петли кишки, несущей свищ
 - отключении приводящей петли кишки, несущей свищ
 - резекция кишки, несущей свищ с формированием энтероэнтероанастомоза
 - формирование илеостомы
- 221 К компонентам местного лечения кишечных свищей относятся:
- аспирация кишечного содержимого
 - вакуумная терапия (VAC-терапия)

гомеопатия

дренирование отводящей петли

обтурация резиновыми трубками

- 222 Клиническая картина флегмоны передней брюшной стенки возле кишечного свища характеризуется:

болями в ране

лейкоцитозом

петехиальной сыпью

повышением температуры выше 38°C

- 223 Консервативное лечение кишечных свищей включает следующие компоненты:

нутритивная поддержка

первичная хирургическая обработка

предупреждение/лечение инфекционных осложнений

устранение метаболических нарушений

отключение приводящей петли кишки, несущей свищ

- 224 Какие методы инструментальной диагностики являются наиболее значимыми у пациентов с тонкокишечными свищами?

УЗИ органов брюшной полости

ЭГДС

колоноскопия

КТ органов брюшной полости и малого таза

фистулоэнтерография

- 225 Какой из перечисленных тонкокишечных свищей никогда не закрывается на фоне консервативной терапии?

толстокишечный

сформированный

трубчатый

губовидный

- 226 Предпочтительным вариантом хирургического лечения непаразитарных кист печени является
- лапароскопическая фенестрация кисты
 - анатомическая резекция печени
 - атипичная резекция печени
 - пункционно-дренирующий способ
- 227 К радикальным вариантам хирургического лечения эхинококковых кист печени относятся:
- перицистэктомия
 - капитонаж
 - открытая эхинококкэктомия
 - пункционно-дренирующий способ
 - резекция печени
- 228 Предпочтительным вариантом хирургического лечения абсцессов печени является
- пункционно-дренирующий способ
 - резекция печени
 - лапаротомия, наружное дренирование
 - радиочастотная абляция
- 229 Множественные мелкие абсцессы печени, как правило, развиваются при
- остром тяжелом холангите
 - нагноении непаразитарной кисты печени
 - остром деструктивном холецистите
 - остром флегмонозном аппендиците
- 230 При отсутствии цирроза критический объём резекции печени для сохранения адекватной функции остающейся после операции части печёночной паренхимы является
- 70 – 80 %

45 – 50 %

55 – 60 %

65 – 70 %

- 231 Наиболее частой локализацией эхинококковых кист печени является
- правая доля печени
 - левая доля печени
 - обе доли
 - первый сегмент
- 232 Для остановки небольшого по объему кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода используют
- баллонную тампонаду зондом Блейкмора
 - баллонную тампонаду зондом Линтона-Нахласса
 - эмболизацию кровоточащей артерии
 - эндоскопическое лигирование или склерозирующую терапию варикозно расширенных вен пищевода
- 233 Оптимальным способом вторичной профилактики рецидива кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода I-II степени при циррозе печени класса А и В и умеренной портальной гипертензией является
- баллонная тампонада зондом Блекмора в течение 48-72 часов
 - лигирование варикозно расширенных вен пищевода
 - трансюгулярное внутрипеченочное порто-системное шунтирование
 - эмболизация артерии, ассоциированной с остановившемся кровотечением
- 234 Оптимальным способом вторичной профилактики рецидива кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода III-IV степени при циррозе печени класса С и выраженной портальной гипертензией является
- баллонная тампонада зондом Блекмора в течение 48-72 часов
 - лигирование варикозно расширенных вен пищевода
 - трансюгулярное внутрипеченочное порто-системное шунтирование
 - эмболизация артерии, ассоциированной с остановившемся кровотечением

- 235 Трансъюгулярное внутripеченочное портосистемное шунтирование — это создание сообщения между
- брюшной полости и верхней полой вены
 - воротной вены и нижней полой вены
 - печеночной вены и селезеночной вены
 - печеночной и воротной вены
- 236 Позволяет подтвердить диагноз цирроза печени следующий метод
- пункционная биопсия печени
 - УЗИ с доплеровским картированием
 - компьютерная томография с внутривенным контрастированием
 - биохимическое исследование крови
 - иммунологический анализ
- 237 К осложнениям цирроза печени относятся:
- асцит
 - печеночная энцефалопатия
 - механическая желтуха
 - кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода
 - острый панкреатит
 - острый холецистит
- 238 Что является достоверным признаком портальной гипертензии?
- Асцит
 - Наружный геморрой
 - Гинекомастия
 - Расширение внутripеченочных желчных протоков
 - Варикозное расширение вен пищевода и желудка

- 239 Выраженная болезненность при пальпации между ножками правой грудино-ключично-сосцевидной мышцы свидетельствует о наличии положительного симптома
- Мюсси-Георгиевского
- Бартомье-Михельсона
- Щеткина-Блюмберга
- Савельева-Попова
- 240 Выраженная болезненность справа при поколачивании ребром ладони по реберной дуге слева и справа свидетельствует о наличии положительного симптома
- Захарьина
- Мерфи
- Ортнера
- Василенко
- 241 Для установления II степени тяжести течения острого холецистита (TG18/TG13 severity grading for acute cholecystitis) необходимо наличие
- 4 или более признаков умеренно-тяжелого течения холецистита
- 2 или более признаков умеренно-тяжелого течения холецистита
- 3 или более признаков умеренно-тяжелого течения холецистита
- 1 или более признаков умеренно-тяжелого течения холецистита
- 242 Для установления III степени тяжести течения острого холецистита (TG18/TG13 severity grading for acute cholecystitis) необходимо наличие
- 4 или более признаков тяжелого течения холецистита
- 2 или более признаков тяжелого течения холецистита
- 3 или более признаков тяжелого течения холецистита
- 1 или более признаков тяжелого течения холецистита
- 243 Значительным предиктором при оценке класса риска наличия холедохолитиаза по WSES является диаметр холедоха при сохраненном желчном пузыре более
- 8 мм
- 6 мм

2 мм

4 мм

- 244 Основными признаками острого холецистита при ультразвуковом исследовании являются:

продольный размер желчного пузыря более 8,0 см

толщина стенки желчного пузыря более 3 мм

слоистая или неоднородная эхоструктура

продольный размер желчного пузыря до 8,0 см

поперечный размер желчного пузыря до 4,0 см

- 245 Косвенным ультразвуковым признаком хронического бескаменного холецистита является утолщение стенки желчного пузыря до

1 мм и более

2 мм и более

3 мм и более

4 мм и более

- 246 Магнитно-резонансная холангиопанкреатография позволяет с высокой точностью обнаруживать камни внепеченочных желчных протоков размером более

5 мм

3 мм

9 мм

7 мм

- 247 Наложение чрескожной чреспеченочной холецистостомы под контролем ультразвукового исследования рекомендуется пациентам с острым бескаменным холециститом с высоким операционно-анестезиологическим риском, соответствующим ASA

III и более

II и более

V и более

IV и более

248 При I и II степени активности острого холецистита антибиотикотерапия может завершаться после холецистэктомии в течение

12 ч

24 ч

96 ч

72 ч

48 ч

249 Протертую пищу небольшими порциями вводят после холецистэктомии

на 6-7 день

на 2-3 день

через 3-4 часа

на 1-2 день

250 К деструктивным формам острого холецистита относятся:

катаральная

гангренозная

перфоративная

флегмонозная

251 В этиологии развития острого флегмонозного калькулезного холецистита ведущую роль играет

раздражающее действие желчных кислот

гидролиз липидов в полости пузыря

нарушение эвакуации желчи из желчного пузыря

повышение литогенности желчи

ишемия стенки желчного пузыря

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

магниторезонансную томографию

внутривенную холецистохолангиографию
ультразвуковое исследование брюшной полости
компьютерную томографию
гепатобилисцинтиграфию

253 Желчнокаменная болезнь опасна возможностью развития следующих осложнений:

первичный билиарный цирроз печени
острый панкреатит
вторичный билиарный цирроз печени
холангит
рак общего желчного протока

254 Триада Шарко при холангите включает в себя следующие признаки:

желтуха
энцефалопатия
петехиальная сыпь
увеличение печени
лихорадка
боль в правом подреберье

255 Основным признаком повреждения желчных протоков в раннем послеоперационном периоде является

желчеистечение
перитонит
желтуха
ознобы

256 Для острого катарального холецистита характерно наличие следующих симптомов:

положительные симптомы Кера
положительные симптомы Мэрфи

отрицательный симптомы Мэрфи
положительный симптом Щёткина-Блюмберга
отрицательный симптом Ортнера
положительный симптом Ровсинга

- 257 Если при остром флегмонозном холецистите во время операции обнаружен воспалительный инфильтрат в области шейки желчного пузыря и гепатодуоденальной связки, то при этом необходимо
- выполнить холецистэктомию от дна
 - первоначально произвести холедохотомию, затем холецистэктомию комбинированным способом
 - выполнить холецистостомию
 - первоначально выделить холедох, затем выполнить его дренирование по Керу

- 258 Пациентам с деструктивным холециститом показано выполнение хирургического вмешательства в ближайшие
- 40-50 минут с момента постановки диагноза
 - 2-3 часа с момента поступления в стационар
 - 40-50 минут с момента поступления пациента в стационар
 - 2-3 часа с момента постановки диагноза
 - 2-3 суток с момента поступления в стационар

- 259 Возможными осложнениями острого холецистита являются:
- механическая желтуха, гнойный холангит
 - портальная гипертензия
 - вирсунголитиаз
 - папиллит
 - желчный перитонит

- 260 Для удаления резидуальных камней холедоха предпочтительным способом является
- эндоскопическая папилотомия, литоэкстракция
 - назначение медикаментозных средств

открытое хирургическое вмешательство

ультразвуковая литотрипсия

применение контактных растворителей

- 261 Из возможных последствий холедохолитиаза непосредственную угрозу для жизни представляет

гнойный холангит

портальная гипертензия

стеноз фатерова соска

вторичный билиарный цирроз

паренхиматозная желтуха

- 262 У больного с механической желтухой на почве холедохолитиаза появилась гипертермия до 39,2°C, озноб, интенсивные боли в правом подреберье, олигурия, гипотония и помрачение сознания. Лейкоциты крови - 22,10 х 9/л со сдвигом формулы влево. Билирубин, печеночные трансаминазы и щелочная фосфатаза повышены, уровень амилазы нормальный. Назовите наиболее вероятную причину указанных явлений

гнойный холангит

абсцесс печени

печеночная недостаточность

острый деструктивный холецистит

острый панкреатит

- 263 Развитие первичного гангренозного холецистита обусловлено

тромбозом пузырной артерии

забросом активного панкреатического сока в желчный пузырь

паразитарными заболеваниями желчного пузыря

внедрением в стенку желчного пузыря патогенной микрофлоры

- 264 Наиболее частым интраоперационным осложнением холецистэктомии является повреждение

общей печеночной артерии

правой печеночной артерии

общего желчного протока
воротной вены
поджелудочной железы
двенадцатиперстной кишки

265 Критериями позволяющими дифференцировать острый холецистит от печеночной колики являются:

тошнота, рвота
тахикардия
лейкоцитоз
гипертермия
боли в правом подреберье

266 Интраоперационная холангиография или холедохоскопия абсолютно показана
при наличии мелких камней в холедохе, расширении холедоха
при отсутствии желтух в анамнезе и нормальном диаметре холедоха
при подозрении на рак большого дуоденального соска
при наличии гнойного холангита

267 «Золотым стандартом» лечения холедохолитиаза является
холедохолитотомия, дренирование протоков по Керу
лапароскопическая холецистэктомия
эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография, литоэкстракция
чрескожная чреспеченочная холангиостомия
лапароскопическая холедохотомия, литоэкстракция

268 Диагностическим методом, позволяющим визуально оценить состояние билиарного тракта, является
УЗИ органов брюшной полости
МСКТ органов брюшной полости
МР-холангиопанкреатография
холедохоскопия

- 269 Лабораторными признаками холедохолитиаза, осложненного острым холангитом, являются:
- лейкопения
 - лейкоцитоз
 - тромбоцитопения
 - повышение СОЭ
 - эритроцитоз
- 270 Наиболее современным, информативным и неинвазивным методом диагностики холедохолитиаза является
- эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография
 - УЗИ органов брюшной полости
 - МСКТ органов брюшной полости
 - МР-холангиопанкреатография
- 271 Наиболее частым осложнением диагностической эрхпг является
- ретродуоденальная перфорация
 - кровотечение
 - постманипуляционный панкреатит
 - острый холангит
 - стриктура холедоха
- 272 Осложнениями холедохолитиаза являются:
- острый холецистит
 - рак желчного пузыря
 - механическая желтуха
 - билиарный панкреатит
 - острый холангит
- 273 С целью выявления деструкции паренхимы поджелудочной железы при остром панкреатите оптимально выполнение следующего инструментального метода

компьютерной томографии брюшной полости с в/в контрастированием
лапароскопии
сцинтиграфии
ультразвукового исследования брюшной полости
магниторезонансной томографии

- 274 Достоверным признаком инфицирования очагов деструкции поджелудочной железы является

выявление пузырьков воздуха в ветвях воротной вены при компьютерной томографии

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

выявление пузырьков воздуха во желчных протоках при компьютерной томографии

появление лихорадки у пациента

наличие лейкоцитоза

- 275 При подозрении на холедохолитиаз у пациентов с билиарным панкреатитом альтернативными ретроградной холангиопанкреатографии являются:

компьютерной томографии брюшной полости с в/в контрастированием

лапароскопии

сцинтиграфии

ультразвукового исследования брюшной полости

магниторезонансной томографии

эндоУЗИ

- 276 В состав базисного комплекса лечения острого панкреатита легкой степени входят:

голод в течение суток

диуретики

инфузионная терапия в объеме ~40 мл на 1 кг массы тела пациента в сутки в течение 24 - 48 часов

спазмолитики

антисекреторная терапия

инфузионная терапия в объеме ~80 мл на 1 кг массы тела пациента в сутки в течение 48 - 72 часов

- 277 Всем пациентам с подозрением на острый панкреатит рекомендовано выполнение биохимического анализа крови с определением:

билирубина

мочевой кислоты

амилазы

активности аспартатаминотрансферазы, аланинаминотрансферазы

иммуноглобулинов

мочевины, креатинина

- 278 Выполнение КТ или МРТ органов брюшной полости в ранние сроки (72 - 96 часов от начала заболевания) рекомендуется

при отсутствии эффекта от консервативного лечения

при неясности диагноза и дифференциальной диагностике с другими заболеваниями

при необходимости подтверждения тяжести по выявленным клиническим прогностическим признакам тяжелого острого панкреатита

с диагностической целью при подозрении на острый панкреатит

при положительном эффекте от консервативного лечения

- 279 Диагноз острого панкреатита устанавливают на основании следующих данных:

инструментальных

генетических

клинических

лабораторных

микробиологических

- 280 Закономерными признаками тяжелого или среднетяжелого панкреатита являются:

перипанкреатический инфильтрат

одышка

артериальная гипертензия

метеоризм

лихорадка

- 281 К лекарственным препаратам, прием которых может вызвать острый панкреатит, относятся:

гормональные препараты для системного применения

меркаптопурин

омепразол

гидрохлортиазид

- 282 К ферментам поджелудочной железы, которые вызывают протеолиз белков тканей в патогенезе острого панкреатита, относятся

трипсин

эластаза

пепсин

химотрипсин

- 283 Клинические проявления острого панкреатита зависят от следующих факторов:

морфологической формы

тяжести синдрома системного воспалительного ответа и развития органной (полиорганной) недостаточности

фазы заболевания

возраста

пола пациента

- 284 Критериями, свидетельствующими о наличии вклиненного камня большого дуоденального сосочка являются:

интенсивный болевой синдром не купируемый опиоидами

повышение температуры тела

отсутствие желчи в двенадцатиперстной кишке при дуоденоскопии

быстро прогрессирующая желтуха

признаки билиарной гипертензии по данным УЗИ

- 285 Выделяют следующие формы острого панкреатита в зависимости от этиологии:
- билиарный
 - травматический
 - нейрогенный
 - алкогольно-алиментарный
 - дистрофический
- 286 Первичными факторами агрессии при остром панкреатите являются:
- фосфолипаза A2
 - трипсин, химотрипсин
 - брадикинин, гистамин
 - мононуклеарные клетки, нейтрофилы
 - интерлейкин 1 и 6, простагландины
- 287 У пациентов с осложненными формами панкреатита (наличие острых жидкостных/некротических скоплений) рекомендовано выполнение:
- дренирование под эндоУЗИ-наведением или прилапароскопии
 - лапаротомия, оментобурсостомия
 - видео ассистированная забрюшинная некрэктомия без инсуффляции газа (VARD-технология)
 - чрескожные пункции
 - лапаротомия, панкреатэктомия
- 288 В чем заключается начальный этап терапии болевого синдрома при хроническом панкреатите?
- курсовое назначение парацетамола
 - назначение диеты с низким содержанием жира
 - применение нестероидных противовоспалительных средств
 - применение наркотических анальгетиков
- 289 Возможными осложнениями при хроническом панкреатите являются:

стеаторея

белково-энергетическая недостаточность

дисфагия

нарушение обмена витаминов

энтезопатия

- 290 К лучевым методам, которые применяют для верификации диагноза хронического панкреатита, относятся:

компьютерной томографии брюшной полости

лапароскопии

ультразвукового исследования брюшной полости

магниторезонансной томографии

эндоУЗИ

обзорная рентгенография брюшной полости

- 291 К осложнениям хронического панкреатита, требующим хирургического вмешательства, относятся:

обструкция общего желчного протока

непроходимость 12-перстной кишки

геморрагические осложнения

наличие стриктуры желчных путей

- 292 Основными задачами инвазивного лечения при неосложненном течении хронического панкреатита заключаются в:

выполнении неврелиза

коррекции внешнесекреторной недостаточности

коррекции морфологических изменений системы протоков поджелудочной железы

коррекции воспалительных изменений паренхимы

- 293 Оперативное лечение пациентам с хроническим панкреатитом может быть рекомендовано в следующих случаях:

интенсивная некупируемая абдоминальная боль, ведущая к снижению или утрате трудоспособности

отсутствие эффекта от консервативного лечения в течение 3 недель

отсутствие эффекта от консервативного лечения в течение 3 месяцев

риск развития зависимости от анальгетиков и/или психотропных препаратов

профилактика осложнений

- 294 Показаниями к эндоскопическому лечению у пациентов с хроническим панкреатитом служат:

стриктура главного панкреатического протока

холестаз, желтуха или холангита

псевдокисты поджелудочной железы с наличием клинических проявлений

бессимптомные и неосложненные псевдокисты

- 295 При обструкции общего желчного протока и стойкой желтухе у пациента с хроническим панкреатитом оптимальной лечебной тактикой является

гастроеюностомия

латеральная панкреатоеюностомия

назначение препаратов группы спазмолитиков

гепатикоеюностомия

оментобурсостомия

- 296 Выделяют следующие виды кист селезенки:

истинная (врожденная) киста

ложная (приобретенная) киста

смешанная киста

паразитарные

- 297 Показаниями к малоинвазивному лечению простых кист селезенки служат:

интрапаренхиматозное расположение

наличие осложненной кисты с густым компонентом

отсутствие признаков злокачественного характера поражения

предпочтительно размеры до 4 см

- 298 Укажите правильное тактическое решение при самопроизвольно вправившейся ущемлённой паховой грыже
- экстренное грыжесечение паховым доступом
 - экстренная срединная лапаротомия
 - наблюдение за больным в хирургическом стационаре
 - амбулаторное лечение и наблюдение хирургом
 - экстренная операция по методу Грекова
- 299 Основным признаком скользящей паховой грыжи является
- одновременное нахождение в грыжевом мешке двух и более органов брюшной полости;
 - одной из стенок грыжевого мешка является орган, частично покрытый брюшиной
 - участие в образовании грыжевого мешка «влагалищного» отростка брюшины
 - участие в образовании грыжевого мешка оболочек яичка
 - отсутствие грыжевого содержимого в грыжевом мешке
- 300 Выполнение пластики по Лихтенштейну рекомендовано в следующих случаях:
- при невозможности проведения операции под общей анестезией
 - в первую очередь для пациентов пожилого возраста
 - в первую очередь для пациентов молодого возраста
 - для пациентов с большими пахово-мошоночными грыжами
- 301 Дифференциальную диагностику паховой грыжи следует проводить со следующими заболеваниями:
- варикозной болезнью таза
 - воспалительным инфильтратом
 - новообразованиями мягких тканей
 - эктопией яичка
 - лимфаденитом
 - эндометриоидной кистой

- 302 К позднему осложнению после герниопластики относится
- гематома
 - задержка мочеиспускания
 - хроническая боль в области операции
 - серома
 - гнойно-воспалительные осложнения
- 303 При подозрении на паховую грыжу, но при наличие неоднозначных клинических признаков, первым этапом визуализирующих методов рекомендовано выполнение
- МСКТ органов брюшной полости
 - ультразвукового исследования паховой области
 - лапароскопии
 - МРТ органов брюшной полости
- 304 При неосложненной паховой грыже наблюдают следующие симптомы:
- наличие образования мягкоэластической консистенции в паховой области вправимого в брюшную полость
 - наличие болевого синдрома в области грыжевого выпячивания в покое
 - наличие симптома «кашлевого толчка»
 - отсутствие болевого синдрома в области грыжевого выпячивания в покое
 - отсутствие симптома «кашлевого толчка»
 - наличие образования плотной консистенции в паховой области невправимого в брюшную полость
- 305 При ущемленной паховой грыже наблюдают следующие симптомы:
- наличие образования мягкоэластической консистенции в паховой области вправимого в брюшную полость
 - наличие болевого синдрома в области грыжевого выпячивания в покое
 - наличие симптома «кашлевого толчка»
 - отсутствие болевого синдрома в области грыжевого выпячивания в покое
 - отсутствие симптома «кашлевого толчка»

наличие образования плотной консистенции в паховой области невправимого в брюшную полость

306 Согласно современной стратегии лечения паховых грыж, основанием для хирургического вмешательства являются:

устранение косметического дефекта

улучшение качества жизни пациента

лечение имеющихся или будущих симптомов

предотвращение ущемления

307 Среди перечисленных причин возникновения паховой грыжи отметьте относящийся к производящим

тяжелый физический труд

особенности телосложения

анатомическая слабость стенок пахового канала

возраст

пол

308 Среди перечисленных причин возникновения паховой грыжи отметьте относящиеся к предрасполагающим:

тяжелый физический труд

особенности телосложения

анатомическая слабость стенок пахового канала

возраст

пол

беременность

309 Что обозначает буква г в классификации паховых грыж европейского герниологического общества (EHS)?

медиальная

первичная

латеральная

рецидивная

- 310 Выберите оптимальный объем пособия при ущемленной паховой грыже, осложненной флегмоной грыжевого мешка
- ущемленная некротизированная часть кишки удаляется через герниотомический разрез, герниопластику провести сетчатым аллотрансплантатом
- резецировать некротизированную часть кишки, ее удалить через герниотомический разрез, первичную герниопластику не производить, гнойную рану дренировать
- некротизированная часть кишки удаляется через герниотомический разрез, первичную герниопластику проводить только местными тканями
- тотальную лапаротомию резекцию ущемленного органа из паховой области пластику аллотрансплантатом
- 311 Что такое грыжа Литре?
- косая паховая грыжа
- ущемление в паховой грыже червеобразного отростка
- прямая паховая грыжа
- ущемление в паховой грыже дивертикула Меккеля
- ущемление в паховой грыже дивертикула ободочной кишки
- 312 Что такое грыжа Рихтера?
- флегмона грыжевого мешка
- грыжа с эластическим ущемлением
- пристеночное ущемление
- ретроградное ущемление
- 313 В какие сроки должна быть выполнена операция при ущемленной паховой грыже?
- не более 2 часов
- не более 6 часов
- не более 12 часов
- не более 4 часов

- 314 Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы — это заболевание, связанное со смещением через пищеводное отверстие диафрагмы в грудную клетку
- желудка
 - абдоминального отдела пищевода
 - тонкой кишки
 - толстой кишки
 - почка
- 315 К какому типу диафрагмальных грыж относятся грыжи пищеводного отверстия диафрагмы?
- травматические грыжи естественных отверстий диафрагмы
 - нетравматические грыжи естественных отверстий диафрагмы
 - нетравматические ложные врожденные грыжи
 - нетравматические истинные грыжи слабых зон диафрагмы
 - травматические истинные грыжи
- 316 К профилактике ГПОД относятся:
- отказ от курения
 - увеличение мышечной массы
 - снижение приема НПВС
 - снижение приема ИПП
 - снижение массы тела
- 317 К факторам риска ГПОД относят:
- постоянный прием ингибиторов протонной помпы
 - молодой возраст
 - избыточная масса тела
 - курение
 - постоянный прием нестероидных противовоспалительных препаратов
- 318 Как долго после операции по поводу ГПОД в норме у пациентов могут сохраняться затруднения при глотании?

4-6 дней

4-6 недель

4-6 месяцев

более года

в норме затруднений быть не должно

319 Какие грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, согласно международной классификации, относят к параэзофагеальным грыжам?

при которых гастроэзофагеальный переход расположен на уровне диафрагмы

при которых дно желудка расположено выше диафрагмы

при которых гастроэзофагеальный переход расположен ниже диафрагмы

при которых дно желудка расположено ниже диафрагмы

при которых гастроэзофагеальный переход расположен выше диафрагмы

320 Какие существуют варианты фундопликаций?

по Коллису

по Геллеру

по Тупе

по Ниссену

по Дору

321 Каковы особенности при хирургических вмешательствах по поводу рецидива ГПОД?

ранее сформированная манжета должна быть разобрана

как и при первичной операции важную роль играет адекватная мобилизация пищевода

при повторных вмешательствах эффективность операции снижается

ранее сформированную манжету не следует трогать

при повторных вмешательствах эффективность операции существенно не меняется

322 Какой доступ наиболее оптимальный при выполнении антирефлюксных хирургических вмешательств?

комбинированный
лапароскопический
лапаротомный
торакоскопический
торакотомный

- 323 В каких случаях рекомендуется неотложная диагностическая лапароскопия при ущемленной паховой грыже?
- подозрение на пристеночное ущемление «мнимое» вправление или ретроградное ущемление грыжи
- ущемление более 2-х часов без клинических и инструментальных признаков осложненной ущемленной грыжи
- при распространенном перитоните
- состояние после ущемления (самостоятельное вправление) если факт ущемления не вызывает сомнения, а длительность ущемления составила более 2 часов
- 324 Выберите существующие варианты ущемления грыжи
- эластическое
- ретроградное
- пристеночное
- динамическое
- каловое
- 325 Что такое грыжа Амианда?
- изолированное ущемление червеобразного отростка в паховой или бедренной грыже
- рецидив бедренной грыжи у пожилых пациентов после оперативного вмешательства
- синоним двусторонней бедренной грыжи
- изолированное ущемление дивертикула Меккеля в паховой или бедренной грыже
- 326 Какие критерии лежат в основе классификации типа паховой/бедренной грыжи Европейского герниологического общества (2017 г.)?
- размер грыжи

длительность грыженосительства

пол пациента

локализация грыжи

первичная или рецидивная грыжа

число эпизодов ущемления

327 Каким категориям больных рекомендовано оперативное лечение паховой/бедренной грыжи с использованием эндовидеохирургические способов?

пациенты с большой пахово-мошоночной грыжей

пациенты имеющие противопоказания для общей анестезии

пациенты с двусторонней паховой/бедренной грыжей

пациенты пожилого возраста имеющие хронические сердечно-легочные заболевания

лица молодого возраста без сопутствующей патологии с паховой грыжей небольшого размера

328 Выберите признаки, указывающие на флегмону грыжевого мешка при ущемленной паховой/бедренной грыже

безболезненное невправимое грыжевое выпячивание мягкоэластической консистенции

отечное горячее наощупь грыжевое выпячивание

присоединение симптомов системной воспалительной реакции

гиперемия кожи и отек подкожной клетчатки, распространяющиеся за пределы грыжевого выпячивания

появление флюктуации в области грыжи и наличие крепитации в окружающих грыжевое выпячивание тканях

отсутствие отека мягких тканей и гиперемии кожи

329 Перечислите консервативные мероприятия при паховой/бедренной грыже рекомендуемые в случае отказа пациента от оперативного лечения?

ношение бандажа/супинатора

ограничение физических нагрузок

регуляция стула (профилактика запора)

увеличение физической активности («тренировка грыжи»)

тейпирование

330 К возможным осложнениям ущемленной первичной грыжи брюшной стенки относятся:

флегмона грыжевого мешка

миокардит

перитонит

флегмона брюшной стенки

сепсис

331 К первичным грыжам брюшной стенки относятся:

грыжа Литре

поясничная грыжа

грыжа Спигелиевой линии

грыжа белой линии живота

пупочная грыжа

грыжа Рихтера

332 Методика IPOM при оперативном лечении пациентов с первичной грыжей брюшной стенки — это

аллогерниопластика с расположением эндопротеза интраперитонеально

аллогерниопластика с имплантацией эндопротеза во влагалище прямых мышц живота

расширенная тотальная экстраперитонеальная герниопластика с использованием эндопротеза

грыжесечение с аутопластикой грыжевых ворот путем создания дубликатуры апоневроза

аллогерниопластика с имплантацией эндопротеза поверх фасциального (апоневротического) дефекта

333 Методика SCOLA при оперативном лечении пациентов с первичной грыжей брюшной стенки — это

аллогерниопластика с расположением эндопротеза интраперитонеально

аллогерниопластика с имплантацией эндопротеза во влагалище прямых мышц живота

расширенная тотальная экстраперитонеальная герниопластика с использованием эндопротеза

подкожная видеоэндоскопическая пластика с расположением эндопротеза «Onlay»

аллогерниопластика с имплантацией эндопротеза поверх фасциального (апоневротического) дефекта

334 Методика TAPP при оперативном лечении пациентов с первичной грыжей брюшной стенки — это

аллогерниопластика с расположением эндопротеза интраперитонеально

трансабдоминальная преперитонеальная аллогерниопластика

расширенная тотальная экстраперитонеальная герниопластика с использованием эндопротеза

грыжесечение с аутопластикой грыжевых ворот путем создания дубликатуры апоневроза

аллогерниопластика с имплантацией эндопротеза во влагалище прямых мышц живота

335 Методика eTEP при оперативном лечении пациентов с первичной грыжей брюшной стенки — это

аллогерниопластика с имплантацией эндопротеза поверх фасциального (апоневротического) дефекта

аллогерниопластика с имплантацией эндопротеза во влагалище прямых мышц живота

аллогерниопластика с расположением эндопротеза интраперитонеально

грыжесечение с аутопластикой грыжевых ворот путем создания дубликатуры апоневроза

расширенная тотальная экстраперитонеальная герниопластика с использованием эндопротеза

336 Методика «onlay» при оперативном лечении пациентов с первичной грыжей брюшной стенки — это

расширенная тотальная экстраперитонеальная герниопластика с использованием эндопротеза

грыжесечение с аутопластикой грыжевых ворот путем создания дубликатуры апоневроза

аллогерниопластика с имплантацией эндопротеза поверх фасциального (апоневротического) дефекта

аллогерниопластика с имплантацией эндопротеза во влагалище прямых мышц живота

аллогерниопластика с расположением эндопротеза интраперитонеально

337 Методика «sublay» при оперативном лечении пациентов с первичной грыжей брюшной стенки — это

грыжесечение с аутопластикой грыжевых ворот путем создания дубликатуры апоневроза

аллогерниопластика с расположением эндопротеза интраперитонеально

аллогерниопластика с имплантацией эндопротеза во влагалище прямых мышц живота

аллогерниопластика с имплантацией эндопротеза поверх фасциального (апоневротического) дефекта

расширенная тотальная экстраперитонеальная герниопластика с использованием эндопротеза

338 Система классификации первичных и послеоперационных грыж брюшной стенки Европейского общества герниологов (EHS) 2009 года учитывает следующие критерии:

диаметр грыжевого мешка

характер содержимого грыжи

локализация грыжи

размер грыжевых ворот

ширину белой линии

339 Вид перитонита, не требующий оперативного лечения

местный фибринозно-гнойный

панкреатогенный ферментативный

диффузный фибринозно-гнойный

желчный

мочевой

- 340 Тяжесть течения перитонита в наибольшей степени зависит от:
- характера микрофлоры
 - степени выраженности интоксикации и гиповолемии
 - массы тела больного и гиповолемии
 - срока давности перитонита
 - продолжительности антибактериальной терапии
- 341 По характеру патологических примесей в брюшной полости в классификацию перитонита входят:
- желчь
 - желудочное содержимое
 - кишечное содержимое
 - кровь
 - гной
- 342 Выберите функции брюшины:
- резорбтивная
 - секреторная
 - экссудативная
 - иммунная
 - барьерная
- 343 Наиболее частым осложнением при перитоните является
- формирование абсцессов брюшной полости
 - образование кишечный свищей
 - эвентрация
 - пневмония
- 344 К экстраабдоминальным осложнениями перитонита относятся:
- эвентрация
 - тромбоз глубоких вен

несформированные кишечные свищи

плеврит

оментит

пневмония

- 345 Третичный перитонит характеризуется
- специфическим характером инфекционного агента
 - наличием персистирующей внутрибрюшной инфекции
 - фульминантным течением
 - неадекватностью хирургической ликвидации источника перитонита
 - обязательным наличием экстраабдоминальных осложнений
- 346 Перитонит какого происхождения характеризуется наиболее тяжелым течением?
- деструктивный аппендицит
 - деструктивный холецистит
 - деструктивный панкреатит
 - перфоративная гастродуоденальная язва
 - перфорация опухоли ободочной кишки
- 347 Основными перитонеальными симптомами являются:
- Щеткина-Блюмберга
 - Ровзинга
 - Куленкампа
 - Ситковского
 - Воскресенского
- 348 Наиболее тяжело протекающими послеоперационными внутрибрюшными осложнениями являются:
- несостоятельность анастомозов
 - кишечные свищи
 - абсцессы
 - ранняя спаечная кишечная непроходимость

оментит

349 Сколько областей брюшной полости поражается при местном перитоните?

1-2

3-5

5-7

7-9

350 Сколько областей брюшной полости поражается при диффузном перитоните?

1-2

3-5

5-7

7-9

351 Сколько областей брюшной полости поражается при разлитом перитоните?

1-2

2-3

3-5

5-9

352 Какое противопоказание к релапароскопии является абсолютным?

внутрибрюшное кровотечение

лапаротомия в анамнезе

нестабильное состояние пациента

распространенный перитонит

353 Какую методику входа в брюшную полость следует применить у пациента с перитонитом и неоднократными вмешательствами на органах брюшной полости в анамнезе?

закрытая при помощи иглы Вереша

закрытая при помощи троакара

от лапароскопии следует воздержаться

открытая лапароскопия по Хассону

- 354 Относительными противопоказаниями к выполнению лапароскопии/релапароскопии являются:

подозрение на каловый перитонит

внутрибрюшное кровотечение

лапаротомия в анамнезе

распространенный перитонит

спаечный процесс

шок

- 355 Ваша лечебная тактика у пациента с перитонитом, у которого вовремя лапароскопического вмешательства возникли явления нестабильной гемодинамики?

немедленно завершить оперативное вмешательство

выполнить конверсию

продолжить лапароскопическую операцию

снизить внутрибрюшное давление и продолжить лапароскопию

пригласить более опытного хирурга для продолжения лапароскопического вмешательства

- 356 Общая схема предоперационной подготовки у пациента с перитонитом включает следующие мероприятия:

катетеризация центральной вены, мочевого пузыря

инфузионная терапия

коррекция метаболических нарушений

антибактериальная терапия

экстракорпоральная дезинтоксикация

профилактика венозных тромбозов

- 357 Показаниями к этапному хирургическому лечению перитонита определяются следующими факторами:

распространенный фибринозно-гнойный или каловый перитонит

анаэробный перитонит

тяжесть состояния больного

внутрибрюшное давление при сведении краев раны более 15 мм рт.ст.

ликвидация или надежная локализация источника перитонита

внутрибрюшное давление при сведении краев раны ниже 15 мм рт.ст.

358 Стратегию «открытый живот» рекомендуют применять при:

флегмоне передней брюшной стенки

несостоятельности швов анастомозов

инфаркте кишечника

межкишечных абсцессах

нозокомиальной природе перитонита

359 Для профилактики и лечения псевдомембранозного колита применяют

ампициллин

тетрациклин

ванкомицин

азитромицин

360 Локализацию свищевого хода при хроническом парапроктите оценивают по отношению

к внутреннему сфинктеру

наружному сфинктеру заднего прохода

к морганиевой крипте

клетчаточному пространству

к лонному сочленению

361 Для язвенного колита не характерно

поражение терминального отдела тонкой кишки

диарея

поражение прямой кишки

примесь крови в кале

- 362 В диагностике неспецифического язвенного колита наиболее информативным является
- колоноскопия
 - копрология
 - посев кала на микрофлору
 - рентгенологическое исследование толстой кишки
 - гастроскопия
- 363 Самой частой формой острого парапроктита является
- подкожный парапроктит
 - подслизистый парапроктит
 - ишиоректальный
 - пельвиоректальный
 - ретроректальный
- 364 К поверхностным формам острого парапроктита относятся:
- ишиоректальные
 - пельвиоректальные
 - межмышечные
 - подкожные
 - ретроректальные
 - подслизистые
- 365 Группы препаратов, используемые для консервативного лечения болезни Крона:
- иммуностимуляторы
 - антибиотики
 - глюкокортикостероиды
 - биологические генно-инженерные препараты
 - иммуносупрессоры
 - сорбенты

- 366 Самым частым осложнением в послеоперационном периоде после геморроидэктомии является
- выраженный болевой синдром
 - кровотечение
 - гнойно-воспалительные осложнения
 - инконтиненция
 - дизурия
- 367 Показанием к плановому хирургическому вмешательству по поводу неспецифического язвенного колита является
- токсическая дилатация толстой кишки
 - перфорация толстой кишки
 - кишечное кровотечение
 - отсутствие эффекта от консервативной терапии
 - учащение стула до 5-6 раз сутки
- 368 Патогномоничными клиническими признаками болезни Крона является сочетание следующих симптомов:
- понос, боли в суставах
 - наличие инфильтратов в животе, поражение кожи, глаз и суставов
 - постоянное кровотечение из прямой кишки, тошнота, температуры
 - боли в животе, понос, примесь крови и гноя в кале
 - запоры, вздутие живота, повышение температуры
- 369 При глубокой анальной трещине необходимо исключить
- неспецифический язвенный колит
 - дивертикулёз толстой кишки
 - полипоз толстой кишки
 - болезнь Крона
 - внутреннее выпадение прямой кишки
- 370 В патогенезе острой анальной трещины ведущая роль принадлежит

затрудненному венозному оттоку
ректальным кровотечениям
спазму внутреннего сфинктера
спазму наружного сфинктера
анальному зуду и мацерации

371 Острый парапроктит чаще всего возникает в результате проникновения инфекции

гематогенным путём

из соседних органов, поражённых воспалительным процессом

из прямой кишки

лимфогенным путём

через кожу

372 Клиническая картина, характерная для IV стадии хронического геморроя

периодическое выделение алой крови при дефекации без выпадения
геморроидальных узлов

узлы не вправляются самостоятельно, требуется ручное пособие

узлы не вправляются самостоятельно, ручное пособие не помогает продолжаются
периодические кровотечения и обострения воспалительного процесса

наряду с кровотечением при дефекации выпадают геморроидальные узлы

373 Острый парапроктит — это

острое воспаление параректальной клетчатки, вызванное проникновением
инфекции из прямой кишки

любой воспалительный процесс в параректальной клетчатке

острое воспаление в области морганиевых крипт

острое воспаление слизистой прямой кишки

хроническое воспаление аппендикса

374 Характер болей при синдроме раздраженной кишки:

боли, стихающие после дефекации

ночные боли

боли, возникающие после еды
боли постоянного характера
«голодные» боли

- 375 Артериальное кровоснабжение прямой кишки осуществляется за счет:
верхней брыжеечной артерии
внутренней подвздошной артерии
артериальных ветвей, отходящих непосредственно от аорты
нижней брыжеечной артерии
внутренней половой артерии
- 376 Обязательными методами исследования при остром воспалении эпителиального копчикового хода являются:
рентгенография крестца и копчика
пальцевое исследование прямой кишки
абсцессография
ректороманоскопия
введение метиленового синего в первичные отверстия хода
компьютерная томография
- 377 Основные отличия неполных внутренних свищей прямой кишки от анальных трещин:
затруднённый акт дефекации
менее выраженные боли
наличие гнойных выделений из заднего прохода
спазм сфинктера не наблюдается
наличие признаков системной интоксикации
- 378 Дифференциальная диагностика острого парапроктита проводится с такими заболеваниями, как:
пресакральные кисты с воспалительным компонентом
опухоли прямой кишки и параректальной области

острый аппендицит

тромбоэмболия внутренней подвздошной артерии

дивертикул Меккеля

379 Геморроидальные узлы представляют собой

артерио-венозные шунты

мелкие артериальные сосуды

венозные сплетения

артериальные образования

380 К основной макроскопической особенности язвенного колита относится

обязательное поражение слизистой прямой кишки

сегментарное поражение слизистой оболочки

язвенное поражение, возникающие в прямой кишке, имеющие щелевидную форму

поражение слизистой желудка и толстой кишки

381 Основным микроскопическим признаком поражения толстой кишки при болезни Крона является

тотальным поражением слизистой оболочки толстой кишки

тотальным поражением слизистой оболочки всего желудочно-кишечного тракта

поражение стенки кишки с чередованием измененных и здоровых участков

обязательным поражением слизистой оболочки прямой кишки

382 При болезни Крона в подавляющем большинстве случаев имеет место поражение

тонкой кишки

илеоцекального отдела

ободочной кишки

прямой кишки

383 Пациентам с болезнью Крона при необходимости оценки или мониторинга

активности воспаления в кишечнике рекомендовано выполнять анализ кала на

гельминты

фекальный кальпротектин

наличие токсинов клостридии диффициле

патологические примеси

- 384 Показаниями к оперативному вмешательству при болезни Крона служат
- хронические осложнения
 - острые осложнения
 - задержка физического развития
 - неэффективность консервативной терапии
 - наличие трещин анального канала у пациентов с перианальными проявлениями болезни Крона
- 385 У пациентов с болезнью Крона в форме терминального илеита или илеоколита при формировании стриктуры подвздошной кишки или илеоцекального клапана операциями выбора считают:
- резекция илеоцекального угла с формированием илео-асцендоанастомоза
 - субтотальная резекция ободочной кишки с формированием илеостомы
 - резекция илеоцекального угла с формированием стом
 - субтотальная колэктомия с одностольной илеостомией
- 386 У пациентов с болезнью Крона при ограниченном поражении толстой кишки рекомендовано оперативное лечение в следующем объеме
- субтотальная резекция ободочной кишки с формированием илеостомы
 - резекция пораженного сегмента с формированием кишечного анастомоза в пределах здоровых тканей
 - резекция илеоцекального угла с формированием илео-асцендоанастомоза
 - субтотальная колэктомия с одностольной илеостомией
- 387 У пациентов с локализацией болезни Крона в толстой кишке при развитии токсической дилатации операцией выбора считают
- резекцию илеоцекального угла
 - субтотальную резекцию ободочной кишки с формированием илеостомы

резекцию пораженного сегмента с формированием кишечного анастомоза в пределах здоровых тканей

субтотальную колэктомию с одностольной илеостомией

388 К факторам риска токсической дилатации при язвенном колите относятся:

подготовка кишки к колоноскопии при помощи приема масел и клизмы

гипомагниемия

гипернатриемия

подготовка кишки к колоноскопии при помощи осмотических слабительных

гипокалиемия

389 В качестве склерозирующих препаратов при склеротерапии внутренних геморроидальных узлов используют препараты для лечения варикозного расширения вен:

натрия лаурилсульфоацетат

натрия тетрадецилсульфат

дезоксирибонуклеат натрия

лауромакрогол-400

лауромакрогол-800

390 Дезартеризация геморроидальных узлов под контролем ультразвуковой доплерометрии с/без мукопексией(-и) рекомендуется пациентам с наличием границ между наружными и внутренними геморроидальными узлами и хроническим геморроем

4 стадии

2 стадии

3 стадии

1 стадии

391 Геморроидэктомия рекомендуется при неэффективности и/или технической невозможности применения малоинвазивных хирургических методов в комбинации с консервативной терапией всем пациентам с хроническим геморроем

2 стадии

3 стадии

4 стадии

1 стадии

- 392 Лигирование геморроидальных узлов рекомендовано пациентам с наличием отдельно расположенных внутренних геморроидальных узлов с четкими границами и внутренним геморроем

4 стадии

2 стадии

3 стадии

1 стадии

- 393 Основным клиническим симптомом острого тромбоза геморроидальных узлов является

боль в области заднего прохода и прямой кишки

примесь алой крови к кишечному содержимому

наличие увеличенных наружных геморроидальных узлов

выделение крови из заднего прохода при дефекации

1

- 394 Вторичная эмпиема плевры является осложнением

бактериальной деструкции легких

остеомиелита ребер

острого бронхита

пневмоний

- 395 Диагностическую плевральную пункцию при подозрении на эмпиему плевры проводят в

II межреберье по средне-ключичной линии

IV–VII межреберьях по средней подмышечной линии

VI–VII межреберье по задней подмышечной линии

V–VI межреберье по задней подмышечной линии

- 396 Для ликвидации бронхоплеврального свища применяют следующие методы:
- аргоноплазменная коагуляция
 - ушивание аппаратным швом устья бронхиального свища
 - ушивание ручным швом устья бронхиального свища
 - шов Тигеля
- 397 К внутренним бронхиальным свищам относятся:
- бронхокожный
 - бронхолегочный
 - бронхоорганный
 - бронхоплевральный
- 398 К высокоинформативному методу диагностики эмпиемы плевры относится
- диагностическая медиастиноскопия
 - диагностическая видеоторакоскопия
 - полипозиционной рентгеноскопии
 - селективная бронхография
 - торакоэмпиемоскопия
- 399 К осложнениям пункции плевральной полости относятся:
- внутриплевральное кровотечение
 - коллаптоидное состояние
 - пневмоторакс
 - повреждение печени/селезенки
 - повреждение желудка
 - медиастинит
- 400 Осложнениями и исходами хронической эмпиемы плевры являются:
- «плеврогенный цирроз» легкого
 - бронхогенная киста легкого
 - бронхоэктазии

вторичный амилоидоз

401 Острые и хронические эмпиемы плевры разделяют на:

анаэробные

гнилостные

гнойные

серозные

402 Профилактика эмпиемы плевры заключается в:

достижении быстрого расправления легкого в послеоперационном периоде

ранней диагностике и лечении плевральных выпотов и экссудативных плевритов

своевременной рациональной АБТ легочных и внелегочных инфекционных процессов

соблюдении тщательной асептики при хирургических вмешательствах на грудной полости

длительного дренирования плевральной полости после хирургических вмешательств на грудной полости

403 Хирургическое лечение хронической эмпиемы плевры направлено на:

декортикацию легкого и его расправление

ликвидацию стойкой остаточной плевральной полости

рассечение и иссечение шварт

устранение очага инфекционного процесса

ликвидацию дыхательной недостаточности

404 При наличии у больного абсцесса легкого бронхоскопию следует рассматривать

как метод

не имеющий никакого значения

имеющий значение для уточнения диагноза

имеющий лечебное значение

имеющий лечебное и диагностическое значение

имеющий ограниченное применение как опасный

- 405 При наличии гангренозного абсцесса размером 6х6 см. в нижней доле правого легкого необходимо
- госпитализировать в терапевтическое отделение
 - назначить лечение: антибиотики, противовоспалительные препараты, витаминотерапия
 - выполнить экстренную бронхоскопию
 - назначить бронхографию
 - лечение в хирургическом отделении в течение 2 недель с последующей радикальной операцией
- 406 Для лечения гангрены легкого наиболее часто применяют
- пневмотомия
 - клиновидная резекция легкого
 - пневмонэктомия
 - лобэктомия
 - торакопластика
- 407 Наиболее частой локализацией абсцедирующей пневмонии является
- верхняя доля
 - средняя доля
 - нижняя доля
 - язычковый сегмент
 - любая доля и любой сегмент обеих легких
- 408 Наиболее эффективным методом лечения профузного легочного кровотечения на фоне гангренозного абсцесса легкого будет
- гемостатическая терапия
 - искусственный пневмоторакс
 - пневмомедиастинум
 - тампонада и дренирование бронха
 - резекция легкого

- 409 Характерным симптомом нагноительных заболеваний легких является
- боль в грудной клетке
 - явления интоксикации
 - кашель с большим количеством гнойной мокроты
 - кровохаркание
 - симптом "барабанных палочек"
 - кашель с большим количеством слизистой мокроты
- 410 Основными признаками спонтанного пневмоторакса являются:
- боли в груди
 - осиплость голоса
 - одышка
 - кашель
 - ослабление или отсутствие дыхания на стороне поражения
 - усиление дыхания на стороне поражения
- 411 Наиболее частая причина возникновения спонтанного пневмоторакса
- травма груди, переломы ребер
 - разрыв буллезно-измененной ткани легкого
 - абсцесс легкого
 - туберкулезная каверна
 - бронхиальная астма
- 412 Первоначальные действия при легочном кровотечении является
- торакотомия, лобэктомия или пульмонэктомия на высоте кровотечения
 - проведение управляемой гипотонии с комплексом гемостатической терапии, бронхоскопия и пломбировка бронха
 - ангиография бронхиальных артерий с последующей их эмболизацией на высоте продолжающегося кровотечения
 - инфузионная терапия, включая гемотрансфузию

- 413 При спонтанном пневмотораксе и полном коллапсе легкого дренирование плевральной полости целесообразно выполнить
- по средней аксилярной линии в 6-м межреберье
 - два дренажа: во 2-м межреберье по среднеключичной линии и в 7-м или 8-м межреберьях по задней аксилярной линии
 - во 2-м межреберье по среднеключичной линии
 - в 5-м межреберье по задней аксилярной линии
 - в 7-м межреберье по задней аксилярной линии
- 414 Лечение больного с пиопневмотораксом начинают с
- противовоспалительного лечения
 - вагосимпатической блокады
 - плевральной пункции
 - дренирования плевральной полости с постоянным промыванием плевральной полости
 - торакотомии
- 415 Экссудативный плеврит, как правило является вторичным заболеванием, развивающееся как осложнение
- абсцесса
 - туберкулеза
 - бронхоэктатической болезни
 - пневмонии
 - эхинококкоза
- 416 Наиболее простым способом эвакуации экссудата из плевральной полости при серозном характере его является
- дренирование плевральной полости
 - плевральная пункция и аспирация
 - торакотомия
 - торокоспопия
- 417 Наибольшую опасность при легочном кровотечении представляет

острая дыхательная недостаточность

геморрагический шок

аспирация крови и асфиксия

присоединение инфекции

острая сердечная недостаточность

- 418 Наиболее информативный метод диагностики острого медиастинита – это
- рентгенография органов грудной клетки в правой и левой боковой проекциях
 - рентгенография органов грудной клетки в прямой и косой проекциях
 - МСКТ органов грудной клетки с внутривенным контрастированием
 - рентгеноскопия пищевода и желудка с водорастворимым контрастом и ЭГДС

- 419 Причинами острого медиастинита могут быть следующие заболевания:

перфорация пищевода

одонтогенная флегмона шеи

ятрогенное повреждение трахеи

закрытый перелом грудины

аспирационная пневмония

- 420 Тактика лечения при выявлении острого медиастинита

консервативная терапия (инфузионная, антибактериальная, обезболивание) в хирургическом отделении

кратковременная предоперационная подготовка с последующим хирургическим лечением в объеме вскрытия и дренирования средостения

перевод в отделение реанимации, интубация трахеи и установка назогастрального зонда

инфузионная терапия на этапе приемного отделения, далее амбулаторное лечение под наблюдением хирурга поликлиники

- 421 При подозрении на перфорацию пищевода, как причину медиастинита, необходимо выполнить

рентгеноскопию пищевода и желудка с водорастворимым контрастом

УЗИ средостения

спазмолитики и обезболивающие препараты

эзофагогастроскопию

чреспищеводную эхографию

- 422 Для большинства пациентов с узловым коллоидным зобом при отсутствии нарушения функции щитовидной железы, косметического дефекта и синдрома сдавления рекомендуют

динамическое наблюдение

контроль УЗИ щитовидной железы 1 раз в 12 месяцев или реже

контроль УЗИ щитовидной железы 1 раз в 3 месяца

определение ТТГ 1 раз в 12 месяцев

определение ТТГ ежемесячно

- 423 Оптимальная лечебная тактика у пациента с Bethesda II (в соответствии с классификацией) заключается в

динамическом наблюдении

гемитиреоидэктомии

повторной тонкоигольной биопсии

тиреоидэктомии

- 424 Оптимальная лечебная тактика у пациента с Bethesda IV (в соответствии с классификацией) заключается в

динамическом наблюдении

гемитиреоидэктомии

повторной тонкоигольной биопсии

тиреоидэктомии

- 425 Показаниями к оперативному лечению при доброкачественном заключении тонкоигольной биопсии (Bethesda II - доброкачественное образование, вероятность злокачественности) являются:

наличие узлового образования

косметический дефект, снижающий качество жизни

синдром компрессии трахеи, установленный на основании КТ

функциональная автономия с манифестным или субклиническим тиреотоксикозом при невозможности лечения радиоактивным йодом

- 426 Показаниями к проведению тонкоигольной аспирационной (пункционной) биопсии являются:

дисгормональные изменения щитовидной железы

диффузные изменения щитовидной железы при УЗИ

узловые образования ЩЖ, равные или превышающие 1 см в диаметре

узловые образования менее 1 см, если пациент относится к группе риска наличия агрессивных форм рака щитовидной железы

- 427 При выявлении у пациента узлового образования щитовидной железы на первичном этапе диагностики рекомендовано определение уровня следующих показателей:

антител к щитовидной железе

базального уровня тиреотропного гормона

кальцитонина крови

тиреоглобулина

гемоглобина

глюкозы крови

- 428 Многоузловой токсический зоб – это

увеличение щитовидной железы, обусловленное дефицитом йода, у части населения, проживающего в определенном регионе

состояние, при котором стойкая патологическая гиперпродукция тиреоидных гормонов обусловлена формированием в щитовидной железе автономно функционирующих тиреоцитов

увеличение щитовидной железы без нарушения ее функции, определяемое пальпаторно, или методом УЗИ

независимый от влияния тиреотропного гормона гипофиза захват йода и продукция тироксина тиреоцитами

- 429 Нетоксический зоб – это

независимый от влияния тиреотропного гормона гипофиза захват йода и продукция тироксина тиреоцитами

увеличение щитовидной железы, обусловленное дефицитом йода, у части населения, проживающего в определенном регионе

заболевание, характеризующееся диффузным или узловым увеличением щитовидной железы без нарушения ее функции

состояние, при котором стойкая патологическая гиперпродукция тиреоидных гормонов обусловлена формированием в щитовидной железе автономно функционирующих тиреоцитов

- 430 Определяемые пальпаторно размеры щитовидной железы могут не совпадать с истинными по следующим причинам:

отсутствия щитовидной железы

анатомических особенностей строения шеи

низкого расположения за грудиной зоба

низкого расположения самой щитовидной железы

- 431 Пациентам с диффузным зобом для оценки функционального состояния щитовидной железы рекомендуют исследование

на LE-клетки крови

уровня ТТГ в крови

антител к тироглобулину в крови

уровня мочевины в крови

- 432 При диффузном зобе и повышении уровня ТТГ рекомендуют следующие исследования:

на LE-клетки крови

уровень антител к тиреопероксидазе в крови

уровень антител к тироглобулину в сыворотке крови

уровень мочевины в крови

уровень СТ4 сыворотки крови

- 433 При диффузном зобе и снижении уровня ТТГ рекомендуют следующие исследования:

уровень антител к тироглобулину в сыворотке крови

уровень антител к рецептору ТТГ в крови

уровень щелочной фосфатазы
уровень СТ4 сыворотки крови
уровень СТ3 в крови

434 При сборе анамнеза у пациентов с зобом рекомендовано уточнение и оценка следующих данных:

медицинский анамнез вмешательств на щитовидной железе
гинекологический анамнез
семейный анамнез
клинические признаки нарушения функции щитовидной железы
местные признаки (изменение голоса, дисфагия)
местные признаки (гиперемия шеи, дисфагия)

435 Эндемический зоб – это

генетически детерминированное увеличение щитовидной железы
токсические явления, связанные с гиперпродукцией тиреоидных гормонов
увеличение щитовидной железы, обусловленное дефицитом йода, у части населения, проживающего в определенном регионе
увеличение щитовидной железы у отдельных людей на территории, богатой йодом

436 Ведущим клиническим признаком при острой надпочечниковой недостаточности является

кетацидоз
гипергликемия
импотенция
коллапс
резкое повышение артериального давления

437 Вторичный гиперальдостеронизм возникает при

снижении продукции адренокортикотропного гормона
аденокарциноме, исходящей из клубочковой зоны коры надпочечников
циррозе печени

синдроме Конна
феохромоцитоме

- 438 Клиническими проявлениями феохромоцитомы являются
- гипогликемия
 - резкое повышение артериального давления
 - расширение зрачков
 - резкое снижение температуры тела
 - резкое снижение артериального давления
- 439 Лабораторная диагностика феохромоцитомы основана на определении следующих показателей:
- метанефринов и норметанефринов в суточной моче
 - ванилина в крови
 - адреналина в крови
 - адренкортикотропного гормона
 - ванилилминдальной кислоты в моче
- 440 Под морбидным ожирением понимают:
- ожирение с индексом массы тела ≥ 25 кг/м² при наличии серьезных осложнений
 - ожирение с индексом массы тела ≥ 30 кг/м² при наличии серьезных осложнений, связанных с ожирением
 - ожирение с индексом массы тела ≥ 35 кг/м² при наличии серьезных осложнений, связанных с ожирением
 - ожирение с индексом массы тела ≥ 40 кг/м²
- 441 К операциям, рекомендованным для лечения морбидного ожирения относятся:
- абдоминопластика
 - гастропликация
 - гастрошунтирование
 - липосакция

- 442 Рестриктивные операции в лечении ожирения направлены на
- липосакцию
 - уменьшение абсорбции пищи
 - уменьшение размеров желудка
 - шунтирование отделов тонкой кишки
- 443 Хирургическое лечение морбидного ожирения у пациентов, в возрасте 18-60 лет, при неэффективности ранее проводимых консервативных мероприятий, независимо от наличия сопутствующих заболеваний, рекомендуется при индексе массы тела
- более 25 кг/м²
 - более 30 кг/м²
 - более 35 кг/м²
 - более 40 кг/м²
- 444 Бариатрическая хирургия пациентам с тяжелыми сопутствующими заболеваниями, на течение которых можно воздействовать путем снижения массы тела, рекомендована при индексе массы тела
- более 25 кг/м²
 - более 30 кг/м²
 - 25 - 29.9 кг/м²
 - более 35 кг/м²
 - более 27 кг/м²
- 445 Абсолютными противопоказаниями к склеротерапии являются:
- аллергия на склерозант
 - курение
 - острое воспаление подкожной клетчатки
 - предшествующие неудачные сеансы
 - тромбоз глубоких вен
- 446 Наиболее распространенными местными реакциями после склеротерапии являются

боль по ходу склерозированной вены

крапивница

поверхностные некрозы

подкожные гематомы

тромбофлебит

- 447 «Золотым стандартом» инструментального обследования пациентов с варикозным расширением вен нижних конечностей является:

плетизмография

флебография

дуплексное сканирование вен нижних конечностей

спиральная компьютерная томография

- 448 «Короткий» стриппинг большой подкожной вены при варикозной болезни нижних конечностей подразумевает выполнение

удаление большой подкожной вены до верхней трети голени

диссекцию перфорантных вен

удаление большой подкожной вены до уровня лодыжки

перевязки большой подкожной вены в месте ее впадения в общую бедренную вену

- 449 В каких случаях рекомендуют выполнение дополнительных инструментальных методов обследования (флебография, МРТ-венография, КТ-венография) у пациентов с хроническими заболеваниями вен?

всем пациентов с хроническими заболеваниями вен

при подозрении на наличие ангиодисплазии

при подозрении на сочетание первичного варикозного расширения вен конечности и проксимальной венозной обструкции

при подозрении на вторичный характер варикозной трансформации поверхностных вен

данные исследования неинформативны в диагностике венозных заболеваний

- 450 Какие критерии включены в шкалу Каприни для оценки риска развития венозных тромбоэмболических осложнений у пациентов хирургического профиля?

беременность

наличие злокачественного новообразования

инсульт в анамнезе

возраст

пол

сахарный диабет

- 451 Показаниями к хирургическому лечению у пациентов с хроническими заболеваниями вен нижних конечностей являются:

варикозная трансформация вен нижних конечностей

рефлюкс по стволам большой и малой подкожных вен, а также по перфорантным венам при отсутствии варикозной трансформации их притоков

наличие рефлюкса крови в поверхностных и/или перфорантных венах у больных с классами C2-C6

рецидив варикозных вен

- 452 Кроссэктомия при варикозной болезни нижних конечностей — это

перевязка большой подкожной вены в месте ее впадения в общую бедренную вену

удаление варикозно измененных притоков большой подкожной вены

диссекция перфорантных вен

удаление ствола большой подкожной вены

- 453 Метод эндовазальной термической облитерации подразумевает под собой

инъекционное введение в просвет вены специальных препаратов-склерозантов

ликвидация основных путей сброса крови в подкожные вены и устранение варикозного синдрома путем обнажения вен через маленькие разрезы и/или их удаления через проколы кожи располагающиеся по ходу вены на разном расстоянии друг от друга

«спаивание» или «заваривание» вены изнутри, что приводит к прекращению кровотока по ней и последующему ее полному рассасыванию

«склеивание» просвета подкожной вены, что достигается применением специального клея либо введением склерозанта с предварительным неинтенсивным механическим повреждением внутренней выстилки сосуда

- 454 Стриппинг большой подкожной вены при варикозной болезни нижних конечностей — это
- перевязка большой подкожной вены в месте ее впадения в общую бедренную вену
 - удаление варикозно измененных притоков большой подкожной вены
 - диссекция перфорантных вен
 - удаление ствола большой подкожной вены
- 455 К факторам риска развития хронических заболеваний вен относятся:
- беременность
 - наследственность
 - ожирение
 - мужской пол
- 456 После хирургического лечения у пациента с варикозной болезнью могут развиваться следующие осложнения:
- повреждение нервов и парестезия
 - венозный застой
 - ОНМК
 - лимфоррея
 - инфекционные осложнения
 - тромбоз глубоких вен
 - миастения
- 457 Для 3 клинического класса по классификации CEAP при варикозной болезни нижних конечностей характерной жалобой является
- Трофические расстройства
 - Варикозные вены
 - Отека на голени в конце дня
 - Телеангиоэктазии
 - Открытая венозная язва

- 458 Для 1 клинического класса по классификации CEAP при варикозной болезни нижних конечностей характерно наличие
- трофических расстройств
 - варикозных вен
 - отека на голени в конце дня
 - телеангиоэктазий и ретикулярных вен
 - открытой венозной язвы
- 459 Для 2 клинического класса по классификации CEAP при варикозной болезни нижних конечностей характерно наличие
- трофических расстройств
 - варикозных вен
 - отека на голени в конце дня
 - телеангиоэктазий и ретикулярных вен
 - открытой венозной язвы
- 460 Для 4 клинического класса по классификации CEAP при варикозной болезни нижних конечностей характерно наличие
- липодерматосклероз и гиперпигментация у медиальной лодыжки
 - варикозных вен
 - отека на голени в конце дня
 - телеангиоэктазий и ретикулярных вен
 - открытой венозной язвы
- 461 Для 5 клинического класса по классификации CEAP при варикозной болезни нижних конечностей характерно наличие
- липодерматосклероз и гиперпигментация у медиальной лодыжки
 - варикозных вен
 - отека на голени в конце дня
 - телеангиоэктазий и ретикулярных вен
 - открытой венозной язвы
 - закрытой трофической язвы

- 462 Для 6 клинического класса по классификации CEAP при варикозной болезни нижних конечностей характерно наличие
- липодерматосклероз и гиперпигментация у медиальной лодыжки
 - варикозных вен
 - отека на голени в конце дня
 - телеангиозктазий и ретикулярных вен
 - открытой венозной язвы
 - закрытой трофической язвы
- 463 Синдром Мея-Тернера развивается в результате
- сдавления правой общей подвздошной вены правой общей подвздошной артерией
 - сдавления левой общей подвздошной вены левой общей подвздошной артерией
 - рефлюкса по гонадным венам
 - сдавления левой почечной вены верхней брыжеечной артерией
 - аплазии нижней полой вены
 - сдавления левой общей подвздошной вены правой общей подвздошной артерией
- 464 Варикозная болезнь таза сопровождается расширением
- внутритазовых венозных сплетений и гонадных вен
 - общих подвздошных вен
 - нижней полой вены
 - порто-кавальных анастомозов
 - внутренних подвздошных вен
- 465 Варикозную болезнь нижних конечностей необходимо дифференцировать со следующими заболеваниями:
- посттромботической болезнью нижних конечностей
 - пороками развития глубоких вен
 - острой артериальной непроходимостью
 - врожденными артериовенозными свищами
 - острым илиофemorальным тромбозом

- 466 Функциональная венозная недостаточность (флебопатия) встречается при:
- анатомически полноценной венозной системе
 - длительной статической нагрузке
 - беременности
 - запорах
 - системная артериальная гипертензия
 - тяжёлом физическом труде
 - приеме оральных контрацептивов
- 467 Для венозных дисплазий характерно:
- клинические проявления односторонние, возникают с младенчества
 - варикозные вены преимущественно по латеральной поверхности нижней конечности
 - варикозные вены преимущественно по медиальной поверхности нижней конечности
 - пигментация по ходу варикозных вен
 - пораженная конечность длиннее на 2-5 см
- 468 Характерными жалобами для варикозной болезни вен таза являются:
- диспареуния
 - тазовая боль, возникающая при длительных статических или физических нагрузках
 - вульварный варикоз
 - невынашивания
- 469 Посттромботическая болезнь нижних конечностей является следствием:
- тромбоза поверхностных вен
 - варикозного расширения поверхностных вен
 - тромбоза глубоких вен
 - перевязки большой подкожной вены
 - клапанной недостаточности перфорантных вен

470 Укажите особенности, характерные для трофических расстройств кожи при посттромботической болезни:

локализация в области латеральной лодыжки

циркулярный характер трофических нарушений

быстрое появление и прогрессирование кожных изменений

возникновение трофических изменений через 15-20 лет от начала заболевания

частое рецидивирование трофических язв

471 Для отека при лимфидеме характерны следующие признаки:

отек на тыльной поверхности стопы

отсутствие отека на стопе

безболезненный отек

болезненный отек

асимметрия отека при билатеральном поражении

472 Для пациентов с посттромботической болезнью нижних конечностей характерны жалобы:

"венозная" боль

зуд и жжение

ночные судороги

перемежающаяся хромота

чувство тяжести и утомляемость

473 При обструкции подвздошных вен методом выбора хирургической коррекции будет

баллонная дилатация

ликвидация перфорантного сброса

обходное шунтирование

стентирование

эндовазальная лазерная коагуляция (ЭВЛК) большой подкожной вены

474 Что относят к "типичным чертам" посттромботической болезни нижних конечностей?

варикоз передней брюшной стенки

развитие трофических расстройств прежде варикоза

развитие трофических расстройств через 10-15 лет после появления варикоза

тромбоз глубоких вен в анамнезе

циркулярные трофические расстройства

пораженная конечность длиннее на 2-5 см

пигментация по ходу варикозных вен

478 «Золотым стандартом» инструментальной диагностики первичной и вторичной лимфедемы считают

ультразвуковое исследование

лимфосцинтиграфия

лимфография цветная

лимфография флуоресцентная (ICG-лимфография, NIR-лимфография)

лимфография рентгеновская (рентгенолимфография)

479 Причинами распространенного одностороннего отека нижней конечности являются:

посттромботическая болезнь

лимфедема

хроническая нетромботическая проксимальная венозная обструкция

отрыв медиальной головки икроножной мышцы

хроническая сердечная недостаточность

нефротический синдром

идиопатические циклические отеки

480 Причинами двустороннего отека нижней конечности являются:

посттромботическая болезнь

лимфедема

хроническая нетромботическая проксимальная венозная обструкция

отрыв медиальной головки икроножной мышцы
хроническая сердечная недостаточность
нефротический синдром
идиопатические циклические отеки

481 Болезнь Педжета-Шреттера – это патологическое состояние, обусловленное первичным тромбозом:

верхней поллой вены
воротной вены
нижней поллой вены
подключичной вены
сагиттального синуса
верхней поллой вены

482 В течение какого срока от начала заболевания целесообразно проведение регионарного тромболизиса?

10-14 дней
2-3 недели
5-7 дней
6-12 часов

483 Вероятность тромбоза глубоких вен можно оценить с помощью шкалы

индекс PESI
индекс Wells
модифицированный индекс Geneva
шкала CHA2DS2-VASc
шкала HAS-BLED

484 К антикоагулянтам, воздействующим на IIa фактор свёртывающей системы, относятся:

антивитамины K
дабигатрана этексилат

клопидогрель

нефракционированный гепарин

ривароксабан

485 К антикоагулянтам, воздействующим на Ха фактор свёртывающей системы, относятся:

антивитамины К

дабигатрана этексилат

низкомолекулярные гепарины

ривароксабан

сулодексид

486 Какими факторами обусловлено повреждение сосудистой стенки при развитии тромбоза?

варикозным расширением вен

воздействием провоспалительных цитокинов

гипоксией

дисфункцией мышечно-венозной помпы

прямым воздействием при травме

487 Клиническими признаками флеботромбоза в бассейне верхней полой вены являются:

боль в шее и конечности усиливающаяся при движениях

мраморная окраска конечности

отек верхней конечности

похолодание конечности

цианоз и усиления венозного рисунка

488 Клиническими признаками флеботромбоза в бассейне нижней полой вены являются:

мраморная окраска конечности

отек нижней конечности

похолодание нижней конечности

появление боли в икроножных мышцах при тыльном сгибании стопы
распирающие боли в икроножных мышцах

489 Нарушения кровотока, приводящие к тромбообразованию в венозном русле, наблюдаются при:

варикозным расширением вен
воздействии провоспалительных цитокинов
дисфункции мышечно-венозной помпы
приёме гормональных препаратов
сдавлении сосуда опухолью

490 Осложнениями венозного тромбоза являются:

венозная гангрена
парез конечности
посттромбофлебитическая болезнь
тромботическая окклюзия артерий конечности
тромбоэмболия лёгочных артерий

491 Основными компонентами консервативного лечения тромбоза поверхностных вен являются:

активный режим с ограничением статических нагрузок
антикоагулянтная терапия (по показаниям)
длительный постельный режим
местное воздействие холодом и применение мазей с НПВС
регионарный тромболизис

492 Основными методами консервативного лечения венозного тромбоза глубоких вен являются:

антикоагулянтная терапия
перемежающаяся пневмокомпрессия
строгий постельный режим
терапия диуретиками

эластическая компрессия нижних конечностей

- 493 Пациентам с тромбозом глубоких вен голени показано проведение
антикоагулянтной терапии
дезагрегантной терапии
перевязки подколенной вены
тромболитической терапии
тромбэктомии из глубоких вен
- 494 Пациентам с венозным тромбозом для профилактики тромбоэмболии легочных артерий показана имплантация кава-фильтра в следующих клинических ситуациях:
выявление тромбоза глубоких вен голени у беременных во II-III триместрах
невозможность проведения антикоагулянтной терапии
неокклюзивном тромбозе бедренной вены
неэффективности антикоагулянтной терапии
рецидивирующий характер ТЭЛА при высокой лёгочной гипертензии
- 495 Осложнениями тромболитической терапии являются:
аллергические реакции
геморрагический инсульт
забрюшинная гематома
инфаркт миокарда
некроз тонкой кишки
- 496 У пациентов с тромбозом поверхностных вен наиболее частыми жалобами являются:
боли по ходу тромбированной подкожной вены
локальное повышение температуры в проекции воспалённой вены
мягкий отек нижней конечности
плотный гиперемированный тяж
распирающие боли в икроножных мышцах

- 497 Противопоказаниями к назначению антикоагулянтов служат:
- атопическая бронхиальная астма
 - высокий риск геморрагических осложнений
 - гипокоагуляция
 - пилефлебит
 - терминальная почечная недостаточность
 - беременность
- 498 Тромбоз поверхностных вен следует дифференцировать от следующих заболеваний:
- лимфангоита
 - лимфостаза
 - рожистого воспаления
 - синдрома Лериша
 - флегмоны конечности
- 499 К осложнениям тромбоэмболии легочных артерий относятся:
- инфаркт легкого
 - парадоксальная эмболия артерий нижних конечностей
 - первичная легочная гипертензия
 - тромбоз коронарных артерий
 - хроническая легочная гипертензия
- 500 Клиническими симптомами тромбоэмболии легочных артерий являются:
- боли за грудиной с иррадиацией в левую руку
 - брадикардия
 - коллапс
 - кровохарканье
 - одышка

- 501 Показания к проведению тромболитической терапии у пациентов с ТЭЛА возникают в следующих клинических ситуациях:
- ТЭЛА промежуточного высокого риска без признаков перегрузки ПЖ и/или нормальным уровнем сердечных биомаркеров
 - ТЭЛА промежуточного высокого риска с признаками перегрузки ПЖ и/или повышенным уровнем сердечных биомаркеров
 - ТЭЛА у пациента с ОНМК давностью менее 1 месяца
 - массивная ТЭЛА с гемодинамическими нарушениями
 - массивная ТЭЛА у пациентки через 3 суток после родов
- 502 Показаниями к оперативной дезобструкции легочного артериального русла являются:
- невозможность проведения тромболитической терапии
 - неэффективность тромболитической терапии
 - прогрессирование острой сердечно-легочной недостаточности
 - развитие инфарктной пневмонии
 - развитие отека легких
- 503 Тромбоэмболию легочных артерий следует дифференцировать от следующих заболеваний:
- декомпенсированная сердечная недостаточность
 - инфаркт миокарда
 - межреберная невралгия
 - перелом грудного отдела позвоночника
 - пневмония
 - грыжа пищеводного отверстия диафрагмы
- 504 Хирургические вмешательства при тромбоэмболии легочных артерий направлены на:
- восстановление проходимости легочного русла
 - ликвидацию инфаркта легкого
 - предотвращение рецидива легочной эмболии
 - протезирование трикуспидального клапана при выраженной регургитации

- 505 Лучшим материалом для выполнения бедренно-подколенного шунтирования является
- аутовена с формированием манжетки из синтетического протеза
 - синтетический протез
 - аутовена
 - аутоартерия
- 506 Ожидаемыми эффектами тренировочных упражнений при лечении пациентов с атеросклерозом артерий нижних конечностей являются:
- метаболическая адаптация ишемизированной мышцы
 - снижение выработки эндотелий зависимого оксида азота
 - улучшение гемореологии
 - расширение существующих коллатеральных сосудов
- 507 Наличие трофической язвы или гангрены по классификации тяжести хронической ишемии конечностей по А.В. Покровскому относится к стадии
- III
 - II
 - IV
 - I
- 508 Экстраанатомическое шунтирование может рассматриваться для пациентов
- с тяжелыми сопутствующими заболеваниями
 - при отсутствии альтернативных вариантов хирургических вмешательств
 - при тандемных стенозах
 - при ишемии конечности IIb
- 509 Атеросклероз аорты и артерий нижних конечностей - это
- аутоиммунное заболевание, характеризующееся гранулематозным воспалением аорты и магистральных артерий
 - коагулопатия связанная с недостаточной функциональной активностью или количественным снижением/отсутствием фактора Виллебранда

локальное заболевание преимущественно брюшного отдела аорты с постепенной закупоркой сосуда

системное обменное заболевание с преимущественным поражением стенки аорты и артерий крупного и среднего калибра, сопровождающееся постепенной закупоркой артерий

- 510 Значение лодыжечно-плечевой индекс в диапазоне 0,41-0,90 интерпретируют как невозможно сжать кальцинированные артерии

норма

поражение периферических артерий средней степени тяжести

сомнительный результат

- 511 Значение лодыжечно-плечевой индекс в диапазоне 1,0-1,2 интерпретируют как невозможно сжать кальцинированные артерии

норма

поражение периферических артерий средней степени тяжести

сомнительный результат

- 512 Значение лодыжечно-плечевой индекс более 1,3 интерпретируют как невозможно сжать кальцинированные артерии

норма

поражение периферических артерий средней степени тяжести

сомнительный результат

- 513 К какой степени тяжести по классификации А.В. Покровского относят хроническую ишемию конечности с асимптомным течением?

I

III

IIa

IIb

- 514 К какой степени тяжести по классификации А.В. Покровского относят хроническую ишемию конечности с болью в покое?

I

III

IIa

IIb

515 К факторам риска развития атеросклероза аорты и артерий нижних конечностей относятся:

артериальная гипертензия

варикозное расширение вен

нарушения липидного обмена

сахарный диабет

тромбофилия

516 Перемежающаяся хромота – это синдром

восстановления кровоснабжения конечности

декомпенсации хронической артериальной недостаточности конечности, сопровождающийся болью в покое

преобладающей хронической ишемии нижней конечности проявляющийся дискомфортом или болью в мышцах нижней конечности, возникающих при физической нагрузке

хронического поражения периферических артерий с отсутствием клинических проявлений

517 Критическая ишемия конечности — это

боль в конечности в покое

кратковременная боль в конечности при нагрузке

наличие трофических язвы более 2 недель

боль при ходьбе от 100 до 200 метров

518 Что включает в себя модификация образа жизни у пациентов с хронической ишемией нижних конечностей?

коррекция веса

ежедневная тренировочная ходьба

отказ от курения

отказ от физической активности

519 Атеротромбоз — это

попадание в сосудистое русло большого количества микроорганизмов

циркуляция в крови или лимфе не встречающихся в норме частиц (эмболов) с последующей закупоркой ими просвета сосудов

образование тромбов на атеросклеротически измененной сосудистой стенке

образование тромбов на неизмененной сосудистой стенке

520 Бедренно-подколенное шунтирование выше щели коленного сустава выполняют при

окклюзии от устья поверхностной бедренной артерии на всем протяжении при сохранной проходимости подколенной артерии

окклюзии поверхностной бедренной артерии с одновременной окклюзией проксимального отдела подколенной артерии

при окклюзии подколенной артерии на всем протяжении с одновременными изменениями в поверхностной бедренной артерии

521 Бедренно-подколенное шунтирование ниже щели коленного сустава выполняют при

окклюзии проксимального отдела подколенной артерии

окклюзии поверхностной бедренной артерии с одновременной окклюзией проксимального отдела подколенной артерии

окклюзии поверхностной бедренной артерии

окклюзии поверхностной бедренной артерии в устье

522 Критическая ишемия нижних конечностей определяется как

стеноз терминального отдела аорты

синдром компенсации хронической артериальной недостаточности конечности

синдром декомпенсации хронической артериальной недостаточности конечности

окклюзирующее поражение бифуркации аорты

523 Первичную ампутацию конечности следует выполнять

при невозможности реваскуляризации
при критической ишемии
при протяженности окклюзии более 20 см
при наличии некротических изменений конечности

- 524 Для острой ишемии конечности II-Б степени, развившейся вследствие эмболии бедренной артерии, характерны следующие симптомы:

мышечная контрактура в голеностопном суставе
боли в конечности
"мраморный рисунок" кожных покровов конечности
похолодание конечности
отсутствие активных движений в суставах конечности
сохранение активных движений в суставах конечности

- 525 Оптимальная тактика лечения больного с эмболией бифуркации аорты, ишемией 2-Б степени, отеком легких

отсроченная эмболэктомия из бифуркации аорты после купирования отека легких
экстренная эмболэктомия из бифуркации аорты параллельно с реанимационными мероприятиями
эмболэктомия из легочных артерий и пликация нижней полой вены
аортобедренное шунтирование после купирования отека легких
тромболитическая терапия

- 526 При эмболии бедренной артерии, ишемии II-Б степени, правильным методом лечения будет

чрескожная эндоваскулярная дилатация артерии
тромболитическая терапия стрептазой
экстренная операция – эмболэктомия
антикоагулянтная терапия
первичная ампутация конечности

- 527 При эмболии правой общей подвздошной артерии, сопровождающейся тотальной контрактурой конечности, оптимальным методом лечения будет

первичная ампутация конечности

тромболитическая терапия

экстренная эмболектomia с последующей гемосорбцией

антикоагулянтная терапия

введение миорелаксантов

- 528 Выберите оптимальный доступ для оперативного вмешательства у больного с эмболией бифуркации аорты

тораколапаротомия

продольная стернотомия

внебрюшинный доступ по пирогову

двухсторонний бедренный доступ

нижнесрединная лапаротомия

- 529 Наиболее частой причиной эмболии артерий большого круга кровообращения является

мерцательная аритмия

атеросклероз дуги аорты

тромбоз вен большого круга кровообращения

аневризма брюшного отдела аорты

стеноз лёгочного ствола

- 530 Для решения вопроса об оперативного вмешательства у больного с облитерирующим атеросклерозом артерий конечностей нужно произвести следующие диагностические исследования:

ультразвуковое ангиосканирование

аортоартериографию

КТ-ангиографию

реовазографию нижних конечностей

тредмил-тест

термометрию

- 531 Для облитерирующего тромбангиита характерны следующие изменения артериального русла:
- поражение сосудов мелкого и среднего калибра
 - равномерное сужение просвета артерий голени при ультразвуковом ангиосканировании
 - признаки «расслоения» сосудистой стенки артерий голени при ультразвуковом ангиосканировании
 - наличие кальцинированных бляшек в различных отделах магистральных артерий конечностей
 - поражение сосудов крупного калибра
- 532 Для облитерирующего атеросклероза характерны следующие изменения артериального русла:
- поражение сосудов мелкого и среднего калибра
 - равномерное сужение просвета артерий голени при ультразвуковом ангиосканировании
 - признаки «расслоения» сосудистой стенки артерий голени при ультразвуковом ангиосканировании
 - наличие кальцинированных бляшек в различных отделах магистральных артерий конечностей
 - поражение сосудов крупного калибра
- 533 Аневризма брюшной аорты — это расширение аорты
- в 2.5 раза
 - на 1 см
 - на 2 см
 - не менее чем в 2 раза
 - не менее чем в 3 раза
- 534 Для диагностики разрыва аневризмы брюшной аорты первоначально наиболее целесообразно использовать
- аортографию
 - компьютерную томографию
 - лапароскопию

рентгенографию брюшной полости

ультразвуковое исследование

535 Клиническая картина разрыва аневризмы брюшной аорты включает:

гипотонию

ишемию нижних конечностей

боли в животе и поясничной области

тахикардию

боли в нижних конечностях

536 Факторами риска развития аневризмы аорты являются:

артериальная гипертензия

курение

атеросклероз

тромбоз аневризмы

переломы позвонков в анамнезе

537 Для решения вопроса о выборе объема вмешательства у больного с облитерирующим атеросклерозом артерий конечностей нужно произвести следующие диагностические исследования:

ультразвуковое ангиосканирование

аортоартериографию

КТ-ангиографию

реовазографию нижних конечностей

тредмил-тест

термометрию

538 Для торакоабдоминальных аневризм малого и среднего размеров в клинической симптоматике характерно

постоянная или перемежающаяся боль в животе или дискомфорт чувство пульсации в животе или чувство "переполнения" после минимального приема пищи

асимптомность течения

кашель одышка затрудненное или болезненное глотание
охриплость из-за паралича левого гортанного нерва

- 539 Признаками, позволяющими заподозрить аневризму аорты при рентгенографии органов грудной клетки, являются:

правосторонняя пневмония
расширение средостения
смещение средостения вправо
нарушение контура аорты
кальциноз стенки аорты

- 540 Предпочтительная тактика ведения пациента при симптомной, но не разорвавшейся аневризме инфраренального отдела аорты

амбулаторное наблюдение с назначением симптоматической терапии
госпитализация в стационар и предоперационная подготовка в течении максимум 48 часов
лечение на дневном стационаре
полноценное предоперационное обследование в поликлинике с последующей госпитализацией в стационар

- 541 Предпочтительная тактика ведения пациента при аневризме инфраренального отдела аорты больших размеров

амбулаторное наблюдение с назначением симптоматической терапии
госпитализация в стационар и предоперационная подготовка в течении максимум 48 часов
лечение на дневном стационаре
полноценное предоперационное обследование в поликлинике с последующей госпитализацией в стационар

- 542 При быстро прогрессирующей влажной гангрене стопы на почве облитерирующего атеросклероза необходимо

срочно произвести ампутацию нижней конечности на уровне средней или верхней трети бедра
в экстренном порядке выполнить бедреннотибиальное шунтирование синтетическим протезом

проводить антибактериальную терапию для перевода влажной гангрены в сухую
проводить массивную антибиотикотерапию и тромболитическую терапию
тромбэктомия катетером Фогарти

- 543 Определите тактику лечения окклюзивного тромбоза общей бедренной вены
операция Трянова-Тренделенбурга
имплантация кава-фильтра
перевязка подвздошной вены
антикоагулянтная терапия, ультразвуковой контроль в динамике
регионарный тромболизис

- 544 В качестве метода скрининга и первичной диагностики гемодинамически значимых стенозов и окклюзий мезентериальных артерий используют
МРТ
ангиографию
рентгеновское исследование
ультразвуковое дуплексное сканирование

- 545 Интестинальная ишемия – это
вид нарушения функции кишечника
острое нарушение магистрального и органного кровотока в бассейне брюшной аорты и ее непарных висцеральных ветвей
приступ, который обычно возникает на фоне физического напряжения или сильных эмоций продолжается в течение нескольких минут и проходит в покое
состояние, возникающее при нарушении кровоснабжения мезентериального кровообращения и характеризующееся специфическим абдоминальным симптомокомплексом

- 546 Инфаркт кишечника не может развиваться вследствие:
тромбоза нижней полой вены
эмболии верхней брыжеечной артерии
тромбоза верхней брыжеечной артерии
тромбоза верхней брыжеечной вен

длительного ангиоспазма артериального русла брыжейки тонкой кишки
тромбоз печеночных вен

547 Факторами риска развития острого нарушения мезентериального кровообращения являются:

атеросклероз
гемофилия
неспецифический язвенный колит
сепсис
полипоз ободочной кишки
мерцательная аритмия

548 Особенности мезентериальной ишемии, связанными с эмболией артерий, являются:

острое начало
острая внезапная боль в области пупка или правом верхнем квадранте живота
фибрилляции предсердий или недавно перенесенного инфаркта миокарда
приступы брюшной стенокардии в анамнезе
интенсивные боли в животе, схваткообразного характера
страх перед приемом пищи
медленное и постепенное начало

549 Особенности мезентериальной ишемии, связанными с эмболией артерий, являются:

острое начало
острая внезапная боль в области пупка или правом верхнем квадранте живота
фибрилляции предсердий или недавно перенесенного инфаркта миокарда
приступы брюшной стенокардии в анамнезе
интенсивные боли в животе, схваткообразного характера
страх перед приемом пищи
медленное и постепенное начало

- 550 Для эмболической или тромботической окклюзии 1 сегмента верхней брыжеечной артерии характерно развитие
- некроза всего тонкого кишечника и правой половины толстой кишки
 - сегментарного некроза тонкого кишечника
 - тотального некроза тонкой и толстой кишки
 - некроза левой половины толстой кишки
 - субтотального некроза тонкой кишки с сохранением жизнеспособности толстой кишкой
- 551 Для эмболической или тромботической окклюзии 2 сегмента верхней брыжеечной артерии характерно развитие
- некроза всего тонкого кишечника и правой половины толстой кишки
 - сегментарного некроза тонкого кишечника
 - тотального некроза тонкой и толстой кишки
 - некроза левой половины толстой кишки
 - субтотального некроза тонкой кишки с сохранением жизнеспособности толстой кишкой
- 552 Для эмболической или тромботической окклюзии 3 сегмента верхней брыжеечной артерии характерно развитие
- некроза всего тонкого кишечника и правой половины толстой кишки
 - сегментарного некроза тонкого кишечника
 - тотального некроза тонкой и толстой кишки
 - некроза левой половины толстой кишки
 - субтотального некроза тонкой кишки с сохранением жизнеспособности толстой кишкой
- 553 Для эмболической или тромботической окклюзии нижней брыжеечной артерии характерно развитие
- тромбоза левой половины толстой кишки
 - сегментарного некроза тонкой кишки
 - некроза всей толстой кишки
 - некроза начального отдела тонкой кишки
 - тотального некроза тонкой и толстой кишки

554 Методом выбора инструментальной диагностики нарушения мезентериального кровотока является

ангиография брюшной полости

КТ- ангиография брюшной полости

ультразвуковое исследование брюшной полости

МРТ брюшной полости

лапароскопия

555 Характерным неспецифическим лабораторным признаком мезентериального нарушения кровообращения является

анемии

тромбоцитопения

выраженный лейкоцитоз в общем анализе крови

повышение уровня гематокрита

тромбоцитоз

556 КТ-признаками острого нарушения мезентериального кровообращения вследствие эмболии или тромбоза мезентериальных артерий являются:

симптом "обрыва" артериального сосуда и наличие пустого сосуда дистальнее

дефекты контрастирования в ветвях воротной вены

повышение плотности стенки кишки

истончение стенки кишки

утолщение стенки кишки

снижение контрастирования стенки

усиление контрастирования стенки

557 КТ-признаками острого нарушения мезентериального кровообращения вследствие тромбоза мезентериальных вен являются:

симптом "обрыва" артериального сосуда и наличие пустого сосуда дистальнее

дефекты контрастирования в ветвях воротной вены

повышение плотности стенки кишки

истончение стенки кишки

утолщение стенок кишки
снижение контрастирования стенки
усиление контрастирования стенки

558 КТ-признаками инфаркта кишки при остром нарушении мезентериального кровообращения являются:

утолщение стенок кишки
истончение стенки кишки
усиление контрастирования стенки
отсутствие контрастирования стенки
наличие пузырьков газа в брыжеечной и воротной венах
признаки спазма висцеральных сосудов

559 Оптимальным объемом оперативного пособия при эмболических формах острой ишемии кишечника и отсутствии гангрены кишечника является

реваскуляризация с выполнением аортомезентериального анастомоза
эмболэктомия
резекция кишки с выведением стомы
резекция кишки с наложением анастомоза
эксплоративная лапаротомия

560 Методом выбора в лечение пациентов с венозным нарушением мезентерального кровообращения является

антикоагулянтная терапия при отсутствии признаков перитонита
хирургическая операция
динамическое наблюдение
использование мини инвазивных вмешательств
активно-выжидательная тактика

561 Необструктивным нарушениям циркуляции мезентериальных сосудов могут способствовать

аритмии
введение адреномиметиков

прием мочегонные препараты
хроническая обструктивная болезнь легких
гиповолемии

562 У пациентов, оперированных по поводу первичных грыж брюшной стенки, встречаются следующие осложнения:

ранний рецидив грыжи
хроническая послеоперационная боль
пневмокониоз
серома операционной раны
инфицирование эндопротеза

563 Выберите наиболее частый исход серомы после операции по поводу паховой грыжи

хроническая водянка яичка
образование гранулемы
нагноение
рассасывается в течение 6-8 недель

564 Длительное нахождение дренажей в брюшной полости после аппендэктомии приводит к

образованию кишечных свищей
кровотечению
хроническому колиту
хроническому циститу

565 Главной целью послеоперационного периода является

предупреждение и выявление осложнений, борьба с ними
поддержание и оптимизация регенерации и адаптации
поддержание регенерации и адаптации, предупреждение и выявление осложнений, борьба с ними
коррекция постоперационной функциональной несостоятельности органов и систем

- 566 Продолжительность постоперационного периода определяется
- с момента окончания операции до полного или неполного выздоровления больного
 - с момента окончания операции до выписки из стационара
 - 12 месяцев после окончания операции
 - 3 недели после окончания хирургического вмешательства
- 567 Ранний постоперационный период длится
- 3 - 5 суток
 - 24 - 72 часа
 - 1 неделю
 - 14 дней
 - 2 - 3 недели
- 568 Продолжительность позднего послеоперационного периода составляет
- 14 дней
 - 2 - 3 недели
 - 3 - 4 недели
 - 1 месяц
 - 3 месяца
- 569 Отдаленный послеоперационный период обычно длится
- с 3 по 4 недели
 - с 1 месяца до 5-6 месяцев
 - с 3 недели до 2 - 3 месяцев
 - 5 - 6 месяцев
 - 1 год
- 570 Повышение температуры при неосложненном течении послеоперационного периода
- возможно – как субфебрилитет в течение первых 2 - 3 дней

невозможно

возможно – как умеренная перемежающаяся лихорадка в течение первых семи дней

возможно – как умеренная постоянная лихорадка в течение первой недели

- 571 Изменения клеточного состава крови при неосложненном течении послеоперационного периода

возможны в виде абсолютного лимфоцитоза, связанного с постоперационной гиперплазией лимфоцитарного ростка

возможны в виде умеренного лейкоцитоза, анемии и тромбоцитопении в течение первых 2 - 3 дней

возможны в виде эритроцитоза и тромбоцитоза в результате гиперплазии эритроидного и мегакариоцитарного ростка

невозможны

- 572 Контроль кислотно-основного состояния внутренней среды при неосложненном течении послеоперационного периода

не проводится

проводится обязательно

контроль необходим только в отдельных случаях

только после вмешательств по поводу заболеваний почек

- 573 Контроль функций выделительной системы при неосложненном течении послеоперационного периода

проводится во всех случаях

не проводится

контроль необходим только в отдельных случаях

только после вмешательств по поводу урологической патологии

- 574 При неосложненном течении послеоперационного периода назначение наркотических анальгетиков

не применяется

применяется всем больным без исключения

применяется в первые 2 - 3 дня после обширных полостных операций в рамках мультимодальной аналгезии

применяется только после открытых хирургических вмешательств

575 При неосложненном течении послеоперационного периода перидуральная анестезия

не применяется

применяется у всех больных без исключения для профилактики послеоперационного пареза кишечника

применяется с целью обезболивания после операций на органах брюшной полости, а также для профилактики и устранения пареза кишечника

применяется только после торакальных хирургических вмешательств

576 Продолжительность катаболической фазы послеоперационного периода обычно составляет

24 - 48 часов

72 часа

5 - 7 дней

7 - 14 суток

577 Катаболическая фаза послеоперационного периода характеризуется

развитием тканевого алкалоза

повышенный распад белка

торможением биосинтеза и освобождения глюкокортикоидов и альдостерона

интенсификацией окислительно-восстановительных процессов в тканях

снижение активности симпато-адреналовой системы

578 Потеря белка во время катаболической фазы послеоперационного периода отсутствует

не превышает 1 - 2 г в сутки

может достигать 30 - 40 г в сутки

составляет 100 - 200 г в сутки

- 579 Фаза обратного развития постоперационного периода длится в течение
- 24 часов
 - 5 -7 дней
 - 7 - 14 суток
 - 3 - 5 суток
- 580 Для фазы обратного развития постоперационного периода характерно
- постепенное уменьшение активности симпато-адреналовой системы
 - повышенный распад белка
 - супрессия биосинтеза гликогена
 - развитие тканевого алкалоза
 - угнетение образования белков
- 581 В фазу обратного развития характерной особенностью белкового обмена является
- отрицательный азотистый баланс
 - положительный азотистый баланс
 - повышенный распад белка
 - угнетение синтеза белка
- 582 Продолжительность анаболической фазы постоперационного периода составляет
- 3 - 4 недели
 - 1 - 2 недели
 - 2 - 5 недель
 - 5 -7 дней
 - 7 - 14 суток
- 583 Анаболическая фаза постоперационного периода характеризуется
- интенсификацией процессов репарации
 - гиперактивностью симпато-адреналовой системы
 - супрессией парасимпатической нервной системы
 - усилением синтеза и высвобождения глюкокортикоидов

супрессией транспорта глюкозы через клеточные мембраны

- 584 В анаболическую фазу постоперационного периода характерной особенностью белкового обмена является
- усиление синтеза белков
 - отрицательный азотистый баланс
 - интенсификация распада белков
 - торможение биосинтеза белка
- 585 В раннем постоперационном периоде адекватное положение в постели является фактором, препятствующим развитию таких осложнений, как
- кровотечения
 - парез кишечника
 - острая дыхательная недостаточность
 - острая сердечная недостаточность
 - пролежни
- 586 В раннем постоперационном периоде ранняя активизация больных является фактором, препятствующим развитию таких осложнений, как:
- нарушение гемодинамики
 - дыхательная недостаточность
 - парез кишечника
 - кровотечение
 - инфицирование раны
 - острая почечная недостаточность
 - пролежни
- 587 В раннем постоперационном периоде антибиотикопрофилактика является фактором, препятствующим развитию таких осложнений, как:
- развитие инфекции
 - осложнения со стороны органов дыхания
 - расхождение швов
 - пролежни

воспаление мест стояния катетеров

нарушение гемодинамики

588 В раннем послеоперационном периоде использование антикоагулянтов является фактором, препятствующим развитию таких осложнений, как

пролежни

кровотечение

тромбоэмболия легочных артерий

нарушения внутрисердечной гемодинамики

послеоперационная пневмония

расхождение швов

589 В раннем послеоперационном периоде физиотерапевтические процедуры являются фактором, препятствующим развитию таких осложнений, как

острая недостаточность органов дыхания и пищеварения

острая сердечная недостаточность

острая сосудистая недостаточность

пролежни

590 В раннем послеоперационном периоде дыхательная гимнастика является фактором, препятствующим развитию таких осложнений, как

гипоксическая дыхательная недостаточность

центральный дыхательная недостаточность

каркасная дыхательная недостаточность

идиопатические гиповентиляционные синдромы

591 Инфекционные осложнения у больных после операции на кишечнике вызываются прежде всего такими безусловными анаэробами как

стафилококк

кишечная палочка

стрептококк

бактероиды

- 592 После лапаротомии нормальная перистальтика обычно восстанавливается:
через 6-12 часов для тонкой кишки
в течение 5 суток для толстой кишки
в срок 48-72 часа для толстой кишки
в срок 3 суток для всех отделов
- 593 С целью профилактики аспирационного синдрома в экстренной хирургии необходимо
опорожнить желудок с помощью зонда
положить больного на левый бок
придать больному положение Тренделенбурга
быстро ввести в состояние наркоза
- 594 Длительное нахождение катетера в вене может привести к такому патологическому состоянию, как
септический флебит
пневмоторакс
плеврит
ДВС-синдрому
- 595 Наиболее частым ранним послеоперационным осложнением после тиреоидэктомии является
поражение возвратного нерва
кровотечение
тиреотоксический криз
гипотиреоз
транзиторный гипопаратиреоз
- 596 Причинами синдрома желтухи в ранние сроки после холецистэктомии могут быть:
дуоденостаз
резидуальный холедохолитиаз
стеноз большого дуоденального сосочка

травма внепеченочных желчных протоков
ранняя спаечная кишечная непроходимость

597 Факторами, способствующими улучшению венозного кровотока в низких конечностях в послеоперационном периоде, являются:

антикоагулянтная терапия
ранняя активизация
эластичная компрессия
возвышенное положение конечностей
длительный и строгий постельный режим
возвышенное положение головы

598 Причинами пареза кишечника в послеоперационном периоде могут явиться:

операционная травма при операциях на брюшной полости
перитонит
панкреатит
ранняя активизация
водно-электролитные нарушения
эпидуральная аналгезия

599 Факторы, предрасполагающие к развитию легочных осложнений в послеоперационном периоде:

густая слюна
рвота и регургитация
неадекватное обезболивание
ранняя активизация
водно-электролитные нарушения

600 Признаками поверхностной инфекции области хирургического вмешательства являются:

болезненность при пальпации
покраснение кожи

врезание кожных швов

кровотечение из раны между швами

уплотнение тканей вокруг раны

601 К осложнениям со стороны раны, возникающие в поздние сроки после операции на органах брюшной полости, относятся:

кровотечение

лигатурный свищ

грыжа

некроз краев раны

эвентрация кишечных петель

602 Укажите мероприятия, направленные на профилактику пролежней:

ранняя активизация больных

исключить наличие на постельном белье складок

строгий постельный режим

подкладка резиновых кругов

использование мокрых простыней

603 Закрытой называется травма груди, которая

не сопровождается нарушением целостности кожного покрова

сопровождается нарушением целостности париетальной плевры

не сопровождается нарушением целостности париетальной плевры

сопровождается нарушением целостности кожного покрова

604 Для открытой травмы груди или живота характерно

сохранение целостности кожного покрова

повреждение кожного покрова

повреждение мышц стенки

повреждение плевры или брюшины

- 605 Наиболее информативным неинвазивным методом исследования для подтверждения диагноза гемоторакса:
- плевральная пункция
 - ультрасонография
 - компьютерная томография
 - сцинтиграфия органов грудной клетки
 - торакоскопия
- 606 Критерием, определяющим проникающий характер ранения груди, является
- нарушение костного каркаса
 - сохранение целостности париетальной плевры
 - нарушение целостности париетальной плевры
 - нарушение целостности кожного покрова
- 607 Градация степени тяжести повреждений грудной стенки по OIS (Organ Injury Scaling) основана на оценке
- площади повреждений
 - глубине повреждений
 - вида оружия
 - наличия инфекции в ране
- 608 Основной жалобой при ушибах грудной клетки является
- общая слабость
 - затрудненное дыхание
 - боль при пальпации, усиливающаяся при движении и дыхании
 - повышение температуры тела
- 609 Достоверным клиническим признаком перелома ребра является
- костная крепитация
 - болезненность при пальпации
 - асимметрия движений обеих половин грудной клетки
 - местный отёк мягких тканей

- 610 Рентгенологическим признаком гемоторакса является:
- изменения паренхимы по типу «матового стекла»
 - повышенная воздушность легочной ткани
 - гомогенное затемнение в нижних отделах
 - отсутствие легочного рисунка на периферии
 - синдром «снежной бури»
- 611 Рентгенологическим признаком пневмоторакса является
- изменения паренхимы по типу «матового стекла»
 - повышенная воздушность легочной ткани
 - гомогенное затемнение в нижних отделах
 - отсутствие легочного рисунка на периферии
 - синдром «снежной бури»
- 612 Отличить продолжающееся кровотечение от состоявшегося при гемотораксе позволяет проба:
- Мартинета
 - Рувилюа–Грегуара
 - Петрова
 - Эфендиева
 - Вальсальвы
- 613 Типичной точкой для пункции и дренирования плевральной полости при пневмотораксе является
- II межреберье по среднеключичной линии
 - V межреберье по передней подмышечной линии
 - VII межреберье по лопаточной линии
 - VI межреберье по задней подмышечной линии
 - III межреберье по парастеральной линии

- 614 Типичной точкой для пункции и дренирования плевральной полости при гемотораксе является
- II межреберье по среднеключичной линии
 - V межреберье по передней подмышечной линии
 - VII межреберье по лопаточной линии
 - VI межреберье по задней подмышечной линии
 - III межреберье по парастеральной линии
- 615 О наличии крови в брюшной полости может свидетельствовать положительный симптом
- Воскресенского
 - Бартомье-Михельсона
 - Кулленкампа
 - Ситковского
 - Мейо-Робсона
- 616 Исчезновение печеночной тупости при перкуссии позволяет заподозрить повреждение:
- крупных сосудов забрюшинного пространства
 - селезенки
 - полого органа
 - межреберных сосудов
 - печени
- 617 Методом выбора в лечении закрытого пневмоторакса является
- Наложение давящей повязки
 - Экстренная торакотомия
 - Интубация трахеи
 - Экстренная бронхоскопия
 - Дренирование плевральной полости
- 618 Первой помощью при пневмотораксе является

Наложение давящей повязки
Экстренная торакотомия
Интубация трахеи
Экстренная бронхоскопия
Дренаж плевральной полости

- 619 Расширение тени, сглаживание талии сердца на обзорной рентгенограмме грудной клетки при сочетанной травме позволяет заподозрить
- гемоторакс
 - пневмоторакс
 - тампонаду сердца
 - повреждение пищевода
 - ушиб сердца
- 620 Правило «4 катетеров» у пациентов с тяжелой травмой включает в себя:
- установку катетера в носоглотку для оксигенотерапии
 - обеспечение доступа к центральной вене
 - зондирование желудка
 - катетеризацию мочевого пузыря
 - дренирование плевральной полости
 - установку катетера в носоглотку для эвакуации отделяемого
- 621 При подозрении на перфорацию полого органа в первую очередь следует выполнить
- обзорную рентгенографию органов брюшной полости
 - ультразвуковое исследование органов брюшной полости
 - эзофагогастродуоденоскопию
 - диагностическую лапароскопию
 - колоноскопию
- 622 Наличие жидкости в брюшной полости при нестабильной гемодинамике у пациента с травмой живота требует выполнения

экстренной операции
назначения диуретиков
гемотрансфузии
компьютерной томографии
искусственной вентиляции легких

623 Перечислите изменения на ЭКГ, характерные для ушиба сердца:

изменения комплекса QRS
нарушения проводимости
инверсия зубца Т
синусовая тахикардия
депрессия сегмента ST

624 «Триада смерти» при политравме включает в себя:

метаболический ацидоз
метаболический алкалоз
гипотермия
гипертермия
коагулопатия

625 Триада Бека при тампонаде сердца включает в себя:

брадикардию
снижение артериального давления
повышение центрального венозного давления
ослабление сердечных тонов
нарушения ритма сердца

626 Отличить инфицированный гемоторакс от стерильного позволяют пробы:

Рувилуа–Грегуара
Петрова
Эфендиева

Вальсальвы

Руфье-Диксона

- 627 Величина гематомы при ушибе зависит от следующих факторов:
- калибра поврежденного сосуда
 - локализации ушиба
 - площади поврежденной поверхности
 - эластичности тканей
- 628 Закрытые повреждения мягких тканей конечностей – это
- морфологический субстрат, который имеет локальные проявления в виде сотрясений, ушибов, сдавлений, вывихов или переломов
 - повреждение тканей и органов с нарушением целостности их покровов, вызванное огнестрельным агентом характеризующееся зоной первичного и вторичного некроза, а также первичным микробным загрязнением
 - группа заболеваний, представленных ушибами, растяжениями, разрывами подкожно расположенных соединительнотканых структур и мышц
 - группа заболеваний, характеризующихся нарушением целостности кожных покровов
- 629 К симптомам ушиба относятся:
- припухлость
 - кровоподтек
 - кровотечение
 - боль
 - наличие раны в области травмы
- 630 Нарастающие межмышечные гематомы опасны из-за
- возможности инфицирования
 - болевого синдрома
 - возможности вторичного сдавления нервов и кровеносных сосудов
 - возможности резорбции

- 631 Достоверным признаком повреждения диафрагмы является получение при дренировании плевральной полости
- лимфы
 - желудочного содержимого
 - крови
 - гноя
- 632 При сочетанной травме рекомендовано выполнить МСКТ зон
- голова, шея, грудь
 - голова, шея, грудь, живот, таз
 - голова, шея, грудь, живот
 - шея, грудь
- 633 Достоверным признаком разрыва купола диафрагмы является
- боль в грудной клетке с иррадиацией в надплечье
 - боль в подреберье
 - пролабирование органов брюшной полости в грудную, выявляемое при рентгенологическом исследовании
 - ослабленное дыхание на стороне травмы
 - общее тяжелое состояние больного
- 634 Абсолютными показаниями для широкой торакотомии при проникающем ранении грудной клетки является
- пневмоторакс
 - свернувшийся гемоторакс
 - продолжающееся кровотечение в плевральную полость
 - проникающее ранение грудной клетки
 - гемопневмоторакс
- 635 Под сочетанной травмой при механических повреждениях понимают
- повреждения полых и паренхиматозных органов при тупой травме живота
 - переломы костей конечностей, позвоночника или таза с одновременным повреждением внутренних органов

переломы бедра и голени с одной или с двух сторон
повреждения полых и термический ожог

636 Что такое кататравма?

падение с высоты
автомобильная травма
ножевое ранение
поездная травма
бытовая травма

637 Основными признаками гемодинамической нестабильности пациента являются:

быстро нарастающая слабость головокружение
одышка
отсутствие пульса и дыхания
систолическое артериальное давление <90 мм рт.ст.
схваткообразные резкие боли в животе
частота пульса > 120 уд/мин

638 Отрыв печени классифицируется по AAST как повреждение

II степени
III степени
IV степени
V степени
VI степени

639 Пациентам с предполагаемой закрытой травмой печени и стабильной гемодинамикой рекомендовано выполнение

КТ брюшной полости с внутривенным контрастированием
МРТ брюшной полости
рентгенографии брюшной полости
сцинтиграфии печени

- 640 Подкапсульная гематома, занимающая <10% поверхности печени или разрыв капсулы и паренхимы печени на глубину <1 см классифицируются по AAST как повреждение печени
- I степени
 - II степени
 - III степени
 - IV степени
 - V степени
- 641 После успешного неоперативного лечения пациент, перенесший неосложненную травму печени, может возвращаться к обычной активности через
- 1 год
 - 3-4 месяца
 - 7 дней
 - 9 месяцев
- 642 Ультразвуковых исследований брюшной полости при травме печени при необходимости динамического контроля проводят с интервалом в
- 12 часов
 - 2-3 часа
 - 6 часов
 - 8 часов
- 643 При обширном повреждении паренхимы печени, массивном внутрибрюшном кровотечении основной целью оперативного вмешательства является
- реинфузия излившейся в брюшную полость крови
 - резекция пораженной ткани печени
 - остановка внутрибрюшного кровотечения
 - санация брюшной полости
- 644 Противопоказаниями к неоперативному лечению пациентов с повреждениями печени являются:
- внутрибрюшное кровотечение

нестабильная гемодинамика

перитонит

сочетанное повреждение селезёнки

- 645 Характерным признаком продолжающегося внутрибрюшного кровотечения при выполнении компьютерной томографии с внутривенным контрастным усилением является

визуализация дефекта паренхимы печени

свободная жидкость в брюшной полости

свободный газ в брюшной полости

экстравазация контрастного препарата

- 646 Консервативная терапия возможна, если «закрытая» травма печени по классификации AAST относится к

II степени

III степени

IV степени

V степени

- 647 Способом постоянной остановки кровотечения при травме печени является

маневр Прингла

пакетирование печени

тампонирование печени

прошивание кровоточащего сосуда