

ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ МЕДИЦИНЫ И ФАРМАЦИИ  
ИМ. НИКОЛАЯ ТЕСТЕМИЦАНУ

Кафедра Хирургии № 2

# ХИРУРГИЯ

## В ТЕСТАХ

617  
X 50

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО  
ОБЕСПЕЧЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ МОЛДОВА  
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ МЕДИЦИНЫ И ФАРМАЦИИ  
ИМ. НИКОЛАЯ ТЕСТЕМИЦАНУ

Кафедра Хирургии № 2

# ХИРУРГИЯ В ТЕСТАХ

Под редакцией заведующего кафедрой,  
Заслуженного деятеля науки, профессора  
Владимира ХОТИНЯНУ

659088

UNIVERSITATEA DE STAT  
DE MEDICINĂ ŞI FARMACIE  
"NICOLAE TESTEMIŢEANU"  
BIBLIOTECA

Кишинэу

Издательско-Полиграфический Центр *Medicina*

2006

CZU 617 (079)

X 50

Утвержден к изданию:

Центральным методическим советом ГУМФ

им. *Николая Тестемицану*, протокол № 2 от 14 февраля 2004

Центральным постуниверситетским методическим советом ГУМФ

им. *Николая Тестемицану*, протокол № 1 от 27 января 2005

**Коллектив авторов:**

*В. Хотиняну, К. Цыбырнэ* – проф., док. хабилит. мед. наук;

*Г. Мустяцэ, Н. Фэгурел, А. Опря, В. Тирон, В. Казаков,*

*А. Илиади* – доц. док. мед. наук; *З. Карагац, Т. Тимши* – ассистенты,

док. мед. наук; *Д. Горя, В. Бенделик* – ассистенты; *Г. Пасечник,*

*А. Фердохлеб, А. Казак* – док. мед. наук, науч. сотрудники;

*А. Хотиняну, Л. Палий* – научные сотрудники.

**Редактор:** *Лидия Сергиенко-Чобану*

**Корректор:** *Лидия Кысса*

**Компьютерная верстка:** *Светлана Черсак*

**Обложка:** *Виорел Попа*

**Descrierea CIP a Camerei Naționale a Cărții**

**Хирургия в тестах** / колл. авт.: *В. Хотиняну, К. Цыбырнэ, Г. Мустяцэ, ...*; Гос. Ун-т Медицины и Фармации им. *Николая Тестемицану*. – Чл.: СЕР *Medicina, 2006* (I.S. F.E.-P. „Tipografia Centrală”) – 460 p.

ISBN 9975-907-95-4

200 ex.

617 (079)

ISBN 9975-907-95-4

© *Medicina, 2006*

© *В. Хотиняну, К. Цыбырнэ,*

*Г. Мустяцэ и др., 2006*

**CUPRINS**

ВВЕДЕНИЕ .....	5
I. АНАЛИТИЧЕСКАЯ ПРОГРАММА ИЗУЧЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ „ХИРУРГИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ” ДЛЯ СТУДЕНТОВ V КУРСА ЛЕЧЕБНОГО ФАКУЛЬТЕТА .....	7
II. АНАЛИТИЧЕСКАЯ ПРОГРАММА ИЗУЧЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ „ХИРУРГИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ” ДЛЯ СТУДЕНТОВ VI КУРСА ЛЕЧЕБНОГО ФАКУЛЬТЕТА .....	29
3. ТЕСТЫ .....	51
3.1. ЭНДОКРИННАЯ ХИРУРГИЯ .....	51
3.2. ХИРУРГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ СРЕДОСТЕНИЯ .....	65
3.3. НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЕ ГНОЙНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ И ПЛЕВРЫ .....	73
3.4. НЕГНОЙНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ И ПЛЕВРЫ .....	95
3.5. ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ СЕРДЦА .....	105
3.6. ХИРУРГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ АОРТЫ И ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ .....	122
3.7. ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ ДИАФРАГМЫ .....	136
3.8. ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ ПИЩЕВОДА .....	143
3.9. БОЛЕЗНИ ОПЕРИРОВАННОГО ЖЕЛУДКА .....	156
3.10. КРОВОТЕЧЕНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА .....	169
3.11. ХИРУРГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕЧЕНИ .....	170
3.12. СИНДРОМ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ .....	191
3.13. ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ. МЕХАНИЧЕСКАЯ ЖЕЛТУХА .....	204
3.14. ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ .....	216
3.15. ХИРУРГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ .....	232
3.16. ХИРУРГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА .....	238

3.17. ХИРУРГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ.....	259
3.18. ГРЫЖИ.....	272
3.19. ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ОРГАНОВ.....	284
3.20. КИШЕЧНЫЕ СВИЩИ.....	296
3.21. ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ.....	309
3.22. ОСТРЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ.....	329
3.23. ПРОБОДНАЯ ЯЗВА ЖЕЛУДКА.....	350
3.24. ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ.....	357
3.25. ИНФАРКТ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНЫХ СОСУДОВ.....	386
3.26. ПЕРИТОНИТЫ.....	394
3.27. ТРАВМЫ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ.....	424
3.28. ТРАВМЫ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ.....	437
3.29. ХИРУРГИЧЕСКАЯ ИНФЕКЦИЯ.....	450

## ВВЕДЕНИЕ

Данный сборник подготовленный коллективом кафедры Хирургии № 2 представляет методическую разработку, предназначенную студентам Лечебного факультета (V–VI курсов обучения) и резидентам по специальности „Хирургия”.

Представленный материал систематизирован в строгом соответствии с учебным планом и аналитическими программами соответствующих тематических разделов.

Содержание сборника будет способствовать логической, систематизированной и комплексной подготовки студентов, оценки знаний на этапах подготовки к практическим занятиям, к переходящим и государственным экзаменам по дисциплине „Хирургические болезни”.

Практические занятия являются неотъемлемой частью обучения, позволяющей студентам приобрести навыки, необходимые для оказания медицинской помощи. Студентам рекомендуется активно участвовать в обсуждениях и дискуссиях, а также в практических занятиях в условиях, приближенных к реальным.

Во время курса обучения в кафедре хирургии № 2 студенты будут проходить обучение в отделении, опирающемся на клинический опыт преподавателей. В течение всего учебного года студенты будут участвовать в практических занятиях, что позволит им повысить уровень знаний в теории и практике.

Обязательным условием обучения является освоение программ обучения и практических занятий, предусмотренных учебным планом. Будущему врачу ориентироваться на эти программы необходимо, так как они являются основой при этом адекватным образом реагировать на экстренных ситуациях.

После окончания курса хирургии № 2 студенты будут иметь возможность

# 1. АНАЛИТИЧЕСКАЯ ПРОГРАММА ИЗУЧЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ „ХИРУРГИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ” ДЛЯ СТУДЕНТОВ V КУРСА ЛЕЧЕБНОГО ФАКУЛЬТЕТА

## ОБЪЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА

Тематический план изучения дисциплины „Хирургические болезни” для студентов V курса предусматривает в общем 108 часов (34 лекционных и 74 практических). По каждой теме лекции охватывают анатоμο-физиологические аспекты, этиологию, патогенез, патологическую анатомию, классификацию, клинику, диагностику, дифференциальную диагностику, терапевтическое и хирургическое лечение, осложнения и их профилактику.

Результатом изучения дисциплины „Хирургические болезни” должно стать развитие у студента клинического мышления – формирования предварительного и окончательного диагноза, оценки хирургической тактики, усвоение практических навыков, знание основных методов операций (оперативных вмешательств).

Практическое занятие имеет своей целью предоставить студентам возможность синтеза основных данных по предмету „Хирургические болезни”, обучить методам клинического обследования, участвовать в операциях, в различных медицинских манипуляциях и перевязках в приемном отделении и в поликлинике.

Во время курации больных предусмотрена работа в приемном отделении, операционном блоке, перевязочной. На протяжении всего учебного года осуществляется устный и тестовый контроль уровня знаний в теории и практике.

Обязательным условием обучения является усвоение программы обучения и практических навыков, которые позволяют будущему врачу ориентироваться в экстренных ситуациях, вырабатывая при этом адекватный алгоритм обследования и лечения в экстренных ситуациях.

После окончания курса хирургии студент V курса должен *знать*:

- социально-экономические аспекты хирургических болезней;
- частоту, этиологию и патогенез хирургических болезней брюшной полости (в том числе и травмы живота);

- современные методы обследования (экстренные и плановые) хирургической патологии;

- положительный диагноз хирургических болезней органов брюшной полости;

- современные методы лечения хирургических болезней органов брюшной полости и травмы органов брюшной полости;

- методы профилактики хирургических болезней;
- экспертизу хирургических больных и оформление медицинской документации.

После окончания цикла хирургии на 5-ом курсе студент должен уметь:

- ставить клинический диагноз хирургических болезней;
- составлять план обследования хирургического больного (в экстренном порядке);

- владеть практическими навыками необходимыми для обследования пациента и постановки диагноза;

- определять показания для классических методов лечения самых частых хирургических патологий;

- оказывать экстренную помощь в срочной хирургии и при травматизме вместе с врачами-специалистами;

- владеть необходимыми практическими навыками для ухода за больными в пред- и послеоперационном периоде;

- ассистировать на операциях, работать в перевязочной, в приемном отделении.

Программа дисциплины – *Хирургические болезни*

Специальность – *Врач общего профиля*

Факультет – *Лечебный*

Кафедра – *Хирургия № 2*

Курс – *V*

Семестр – *IX, X*

Лекции – *34 часа*

Практические занятия – *74 часа*

Всего – *108 часов*

### Тематический план изучения дисциплины „Хирургические болезни” для студентов V курса Лечебного факультета

№	Тема	Семестр 9		Семестр 10		Всего
		Лекции	Практ. занятия	Лекции	Практ. занятия	
1.	История кафедры Хирургии № 2. Курация больных	2	4			6
2.	Хирургическая патология щитовидной железы. Эндемический и спорадический зоб. Тиреотоксический зоб. Тиреоидиты и струмиты. Зоб Риделя и Хашимото. Кисты щитовидной железы	2	4			6
3.	Нагноительные заболевания плевральной системы. Бронхоэктатическая болезнь. Абсцесс легкого. Гангрена легкого. Острая и хроническая эмпиема	2	4			6
4.	Негнойные заболевания плевральной системы. Непаразитарная киста легкого. Эхинококкоз легкого. Заболевания	2	4			6
5.	Врожденные кардиопатии: синие и белые пороки сердца, включительно и коарктация аорты	2	4			6
6.	Приобретенные кардиопатии. Ишемическая болезнь сердца. Постинфарктная аневризма	2	4			6
7.	Периферические артериопатии. Синдром хронической ишемии. Облитерирующий атеросклероз, облитерирующий эндартериит. Болезнь Рейно. Сосудистые аневризмы	2	4			6

8.	Хирургическая патология пищевода. Ахалазия, пищеводные дивертикулы. Коррозии и стриктуры пищевода. Доброкачественные опухоли пищевода	2	4			6
9.	Хирургическая патология средостения (опухоли, кисты, синдром верхней полой вены, тимома)	2	4			6
10.	Болезнь оперированного желудка: пептическая рецидивирующая язва, желудочно-кишечный свищ, синдром приводящей петли, органический стеноз устья аностомота, демпинг-синдром постваготомический синдром, агастральная астения			2	4	6
11.	Постхолцистэктомический синдром			2	4	6
12.	Хирургическая патология печени: гнойные абсцессы печени, негнойные паразитарные и непаразитарные кисты печени. Доброкачественные опухоли печени			2	4	6
13.	Портальная гипертензия. Хирургическая патология селезенки			2	2	4
14.	Хронический панкреатит			2	4	6
15.	Хирургическая патология тонкого и толстого кишечника			2	4	6
16.	Хирургическая патология прямой кишки			2	4	6
17.	Работа в перевязочной и операционной		6			6
18.	Поликлиника		6			6
	<b>Всего</b>	<b>18</b>	<b>42</b>	<b>16</b>	<b>32</b>	<b>108</b>

## 1. Курация больных

Целью этого практического занятия является глубокое изучение клинических и параклинических методов обследования, установление предварительного и окончательного диагноза, представление плана медико-хирургического лечения. Каждый студент должен курировать от 2 до 5–6 больных. Для этого студент должен *знать*:

- клиническое обследование хирургического больного (опрос, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация, инструментальные методы); схему заполнения истории болезни больного, выписки, сертификата для поликлиники;
- как оформить истории болезни в конце практического занятия.

## 2. Хирургическая патология щитовидной железы

Анатомия и физиология щитовидной железы. Клинические и параклинические методы обследования:

- морфологические методы: биопсия, аспирационная пункция, шейная радиография, контрастная радиография щитовидной железы;
- исследование функции щитовидной железы: концентрация белково-связанного йода, концентрация  $T_3$ – $T_4$  в плазме и моче, определение обмена веществ, проба Werner, проба Querido-Stamburi;
- эхографическое исследование.

**Зоб.** Эндемический и спорадический. Одиночный узел щитовидной железы. Классификация, этиопатогенез. Клиника. Положительный и дифференциальный диагноз. Консервативное и хирургическое лечение.

**Тиреотоксикоз.** Болезнь Базедова. Токсическая аденома щитовидной железы. Мультифокальный тиреотоксический зоб. Клиника. Положительный и дифференциальный диагноз. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Ранние и поздние пострезекционные осложнения. Профилактика.

**Тиреоидиты и струмиты.** Болезнь де Кервена. Консервативное и хирургическое лечение.

*Зоб Риделя и Хашимото.* Этиопатогенез. Клиника. Положительный и дифференциальный диагноз. Консервативное и хирургическое лечение.

*Кисты щитовидной железы.* Клиника. Положительный и дифференциальный диагноз. Хирургическое лечение.

### 3. Нагноительные поражения плеврорегочной системы

Анатомия и физиология легких и плевры. Методы диагностики, функциональные и радиологические исследования – ангио-кардио-пневмография, бронхография, компьютерная томография; эндоскопические исследования – бронхоскопия, торакокопия; бактериологические исследования, морфологические исследования.

**Плеврорегочные нагноительные.** Определение. Классификация.

**Бронхоэктатическая болезнь.** Классификация. Этиопатогенез. Клиника. Положительный и дифференциальный диагноз. Показания к хирургическому лечению. Методы хирургического лечения. Послеоперационные осложнения.

**Абсцесс легких.** Классификация. Этиопатогенез. Клиника. Положительный и дифференциальный диагноз. Показания к хирургическому лечению. Методы хирургического лечения. Послеоперационные осложнения.

**Гангрена легких.** Классификация. Этиопатогенез. Клиника. Положительный и дифференциальный диагноз. Показания к хирургическому лечению. Методы хирургического лечения. Послеоперационные осложнения.

**Гнойные плевриты (эмпиемы).** Этиопатогенез. Патологическая анатомия. Классификация. Критерии определения тяжести гнойных плевритов. Принципы комплексной терапии. Показания к хирургическому лечению. Типы хирургического лечения: плевротомии, декорткации, резекции легких, торакопластики. Сочетанные операции. Ранние и поздние осложнения.

**Пиопневмоторакс.** Клинические формы. Положительный диагноз. Лечение.

### 4. Негнойные поражения плеврорегочной системы

Доброкачественные опухоли и кисты (бронхогенные и легочные). Этиопатогенез. Патологическая анатомия. Клиника. Положительный и дифференциальный диагноз. Лечение.

**Гидатидозная киста легкого. Альвеолярный эхинококкоз.** Этиопатогенез. Патологическая анатомия. Клиника. Положительный и дифференциальный диагноз. Лечение осложнений.

**Спонтанный и посттравматический пневмоторакс. Хилоторакс.** Этиопатогенез. Патологическая анатомия. Клиника. Положительный и дифференциальный диагноз. Комплексное лечение.

### 5. Врожденные кардиопатии

Методы исследования сердца: ЭКГ, ФКГ, радиологические методы исследования, эхокардиография. Классификация хирургических болезней сердца.

**Белые пороки сердца:** открытый артериальный канал, стеноз устья аорты, межжелудочковые и межпредсердные соединения, стеноз легочной артерии. Этиопатогенез. Патологическая анатомия. Клиника. Положительный и дифференциальный диагноз. Методы хирургического лечения.

**„Синие” пороки сердца:** триада и тетрада Фалло, общий желудочек, транспозиция магистральных сосудов, атрезия аорты. Этиопатогенез. Патологическая анатомия. Клиника. Диагноз и дифференциальный диагноз. Показания к хирургическому лечению, противопоказания. Методы хирургических операций.

**Коарктация аорты.** Клиника. Положительный и дифференциальный диагноз. Лечение.

### 6. Приобретенные кардиопатии

**Ишемическая болезнь сердца.** Этиопатогенез. Клиника. Диагноз и дифференциальный диагноз. Показания к хирургическому лечению, противопоказания. Методы хирургического лечения.

**Перикардиты.** Клиника. Диагноз и дифференциальный диа-



гноз. Показания к хирургическому лечению, противопоказания. Методы хирургического лечения.

**Постинфарктные аневризмы.** Этиопатогенез. Клиника. Диагноз и дифференциальный диагноз. Показания к хирургическому лечению, противопоказания. Методы хирургического лечения.

### **7. Периферические артериопатии**

Анатомо-физиологические особенности сосудистой системы. Методы обследования больных с патологией аорты и ее ветвей, периферических артерий.

**Синдром хронической ишемии.** Облитерирующий атеросклероз, облитерирующий эндартериит. Болезнь Рейно. Синдром Лериша. Сосудистые аневризмы. Диабетические ангиопатии. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика, дифференциальная диагностика. Показания к хирургическому лечению. Экспертиза трудоспособности.

### **8. Хирургическая патология пищевода**

Анатомия и физиология пищевода. Методы исследования пищевода: простая и контрастная радиография; эндоскопические; эзофагоманометрия; определение желудочно-пищеводного рефлюкса. Классификация хирургических заболеваний пищевода. Функциональная патология пищевода.

**Врожденные заболевания пищевода. Ахалазия.** Классификация. Этиология. Патологическая анатомия. Клиника. Диагноз и дифференциальный диагноз. Лечение.

**Дивертикул пищевода.** Классификация. Этиология. Патологическая анатомия. Клиника. Диагноз и дифференциальный диагноз. Лечение. Осложнение.

**Острые химические эзофагиты и послеожоговые осложнения.** Первая помощь. Профилактика стриктур пищевода.

**Рефлюкс-эзофагиты. Классификация.** Этиология. Патологическая анатомия. Клиника. Диагноз и дифференциальный диагноз. Консервативное и хирургическое лечение. Пищевод Баррета – определение, диагностика, лечение. Хирургическая тактика.

**Травмы и инородные тела пищевода.** Клиника, диагностика. Лечение. Синдром Boerhaave. Определение. Диагностика. Комплексное лечение.

### **9. Хирургическая патология средостения**

Анатомо-физиологические особенности средостения. Хирургическая патология средостения. Специальные методы диагностики.

**Опухоли и кисты средостения.** Тимома и синдром верхней полой вены. Классификация. Этиология. Патологическая анатомия. Клиника. Диагноз и дифференциальный диагноз. Методы хирургического лечения.

**Медиастиниты.** Классификация. Этиология. Патологическая анатомия. Клиника. Диагноз и дифференциальный диагноз. Методы хирургического лечения.

**Травмы средостения, Эмфизема средостения.** Классификация. Этиология. Патологическая анатомия. Клиника. Диагноз и дифференциальный диагноз. Показания к экстренному хирургическому лечению. Методы хирургического лечения. Послеоперационные осложнения и их лечение.

### **10. Болезни оперированного желудка (БОЖ)**

Анатомия, физиология и гистология желудка и 12-перстной кишки. Фазы желудочной секреции. Методы обследования и их значение в установлении показаний и типов хирургического вмешательства.

**БОЖ и постваготомический синдром.** Определение. Классификация. Современные концепции патогенеза постваготомического синдрома и БОЖ. Ранние и поздние осложнения.

**Пептическая рецидивирующая язва анастомоза. Желудочно-тонкокишечный свищ.** Классификация. Этиология. Патологическая анатомия. Клиника. Диагноз и дифференциальный диагноз. Методы хирургического лечения.

**Синдром приводящей петли.** Определение. Классификация. Этиология. Патологическая анатомия. Клиника. Диагноз и дифференциальный диагноз. Методы хирургического лечения.

**Послеоперационные рефлюкс-гастриты.** Стенозы устья анастомоза. Классификация. Этиология. Патологическая анатомия. Клиника. Диагноз и дифференциальный диагноз. Методы консервативного и хирургического лечения.

**Билио-гепато-панкреатические нарушения.** Дизметаболические синдромы и синдром нарушения питания. Первичный рак остаточной культы желудка.

**Функциональный постваготомический синдром:** гастроэзофагиальный рефлюкс, билиарный гастрит, атония желудка, агастральная астения. Этиология. Патологическая анатомия. Клиника. Диагноз и дифференциальный диагноз. Методы консервативного и хирургического лечения.

**Демпинг-синдром.** Определение. Классификация. Клиника. Диагноз. Консервативное и хирургическое лечение.

**Органический постваготомический синдром:** рецидивирующая язва, поздняя дисфагия, билиарный литиаз, диарея. Патологическая анатомия. Клиника. Диагноз и дифференциальный диагноз. Методы консервативного и хирургического лечения.

## 11. Постхолецистэктомический синдром (ПХЭС)

Патологические состояния, включенные в ПХЭС. Причины ПХЭС:

- функциональные и органические поражения органов гепатодуоденпанкреатической зоны;
- диагностические ошибки;
- неполный или неадекватный характер операции;
- нарушения, возникшие во время операции.

Клиника ПХЭС. Положительный пре-, интра- и постоперационный диагноз. Особенности предоперационной подготовки. Консервативное и хирургическое лечение. Методы дренирования желчных путей: Holsted-Picovski, Robson-Vişnevski, Kerte, Voelker, Smith. Послеоперационные осложнения.

Эндоскопические операции при ПХЭС: папилосфинктеротомия с или без извлечения камней, иссечение стабильных билио-диге-

стивных анастомозов, реканализация основных желчных путей, назобилиарное дренирование, удаление инородных тел из путей. Послеоперационные осложнения.

**Механическая желтуха.** Физиопатология. Метаболизм билирубина. Нарушения образования и экскреции билирубина. Холестаз (частичный, полный, внутри- и внепеченочный). Классификация желтух: гемолитическая, механическая, паренхиматозная. Этиология механической желтухи (внутренняя и внешняя обструкция стенозированных желчных путей). Клиника. Диагноз и дифференциальный диагноз. Доброкачественная и злокачественная желтуха. Осложнения механической желтухи. Комплексное консервативное и хирургическое лечение операции. Послеоперационное ведение. Лечебная и диагностическая эндоскопия.

## 12. Хирургическая патология печени

Анатомо-физиологические особенности печени. Методы исследования. Классификация патолого-анатомических процессов печени.

**Непаразитарные кисты.** Абсцессы печени. Классификация.

**Паразитарные кисты печени** (печеночный гидатидоз). Этиопатогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Методы лечения (консервативное, хирургическое, эндоскопическое). Осложнения. Профилактика. Редко встречающиеся болезни: описторхоз, альвеококкоз, лямблиоз.

Доброкачественные опухоли печени. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.

## 13. Портальная гипертензия. Хирургическая патология селезенки

Анатомия портальной системы.

**Физиологические декомпенсированные портокавальные анастомозы.**

**Пре-, интра- и постпеченочные препятствия.** Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Методы параклинического исследова-

ния. Эволютивные осложнения портальной гипертензии. Консервативное и хирургическое лечение.

**Кровотечение из расширенных вен пищевода.** Алгоритм течения. Ствольные и терминальные портокавальные хирургические анастомозы. Профилактическая и лечебная эндоскопия в портальной гипертензии.

Анатомия и физиология селезенки. Методы исследования хирургической патологии процессов селезенки.

**Перекрут селезенки.** Этиопатогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Методы лечения.

**Тромбоз селезеночной вены.** Этиопатогенез. Клиника. Лечение.

**Инфаркт селезенки.** Этиопатогенез. Клиника. Лечение.

**Хирургические заболевания селезенки, которые обуславливают нарушение гемопоэза.** Показания и противопоказания к спленэктомии.

**Первичный и вторичный гиперспленизм.** Этиопатогенез. Клиника. Лечение.

#### 14. Хронический панкреатит

Анатомия и физиология поджелудочной железы. Этиопатогенез. Классификация. Диагноз и дифференциальный диагноз. Консервативное и хирургическое лечение. Осложнения хронического панкреатита.

**Кисты, фистулы поджелудочной железы.** Клинические формы. Клиника. Диагностика. Медикаментозное и хирургическое лечение.

#### 15. Хирургическая патология тонкого и толстого кишечника

Анатомия и физиология тонкого и толстого кишечника. Методы обследования тонкого и толстого кишечника: радиологические, эндоскопические, морфологические, бактериологические методы обследования.

**Классификация хирургических заболеваний тонкого кишечника.** Первичная язва. Спонтанные перфорации. Хронические сте-

нозы. Дивертикул Меккеля. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Хирургическое лечение.

**Болезнь Крона.** Этиопатогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Медикаментозное и хирургическое лечение. Осложнения.

**Долихомегаколон.** Болезнь Гиршпрунга. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Медикаментозное и хирургическое лечение. Осложнения.

**Дивертикулы толстой кишки.** Этиопатогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Медикаментозное и хирургическое лечение.

**Язвенно-геморрагический ректоколит.** Классификация. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Местные и общие осложнения. Медикаментозное и хирургическое лечение.

#### 16. Хирургическая патология прямой кишки

Анатомия и физиология прямой кишки. Клинические, радиологические, бактериологические и морфологические методы обследования.

**Острый и хронический проктит.** Этиопатогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Медикаментозное и хирургическое лечение.

**Острый парапроктит.** Классификация. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Медикаментозное и хирургическое лечение.

**Хронический парапроктит.** Классификация. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Медикаментозное и хирургическое лечение.

**Пролапс (выпадение) прямой кишки.** Классификация. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Медикаментозное и хирургическое лечение.

**Травматизм прямой и толстой кишки.** Классификация. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Медикаментозное и хирургическое лечение.

## **17. Работа в операционном блоке и в перевязочной**

В операционном блоке и в перевязочной студенты знакомятся с современными методами асептики и антисептики, с обработкой операционного поля, методами гематоza, интраоперационной, хирургической техникой.

В перевязочной студенты перевязывают оперированных, снимают дренажи из полостей и нитки со швов послеоперационной раны.

## **18. Работа в поликлинике**

**Практические навыки, усвоенные студентами V курса при изучении дисциплины „Хирургические болезни“**

### **1. Курация больных:**

- заполнение клинической истории болезни.

### **2. Хирургическая патология щитовидной железы:**

- представление больного с патологией щитовидной железы;
- осмотр и пальпация щитовидной железы;
- чтение функциональных проб щитовидной железы, скинтиграмм, эхограмм, компьютерной томограммы;
- перевязка больных, оперированных на щитовидной железе.

### **3–4. Гнойные и негнойные плевральнолегочные заболевания:**

- представление больного с патологией легких;
- визуальное обследование мокроты;
- чтение рентгенограмм, бронхограмм, результатов обследования наружного дыхания;
- применение постурального дренажа;
- участие в эндобронхиальном лаваже;
- изучение инструментария и участие в пункции плевры и торакоцентезе;
- участие в бронхоскопии;
- участие при наложении активного дренажа в плевральную полость;

- перевязка больных, оперированных на органах грудной клетки.

## **5–6. Хирургические болезни перикарда и сердца:**

- представление больного с патологией сердца;
- чтение радиogramм, электро- и фонокардиограмм, эхограмм;
- выполнение или участие в пункции перикарда;
- присутствие при аорто-коронарографии.

## **7. Хроническая хирургическая патология артерий:**

- представление больного с хронической патологией артерий;
- чтение коагулограммы, ангиogramм, осцилограммы, доплерографии;
- участие при выполнении осцилографии, реовазографии, ангиографии и доплерографии.

## **8. Хирургическая патология пищевода:**

- представление больного с хирургической патологией пищевода;
- участие при фиброгастроэзофагоскопии и перевязке расширенных вен пищевода;
- чтение рентгенограмм пищевода;
- участие при бужировании пищевода.

## **9. Хирургическая патология средостения:**

- представление больного с хирургической патологией средостения;
- выявление отека и крепитаций, локализованных супрастернально;
- чтение рентгенограмм, эхограмм, компьютерной томографии;
- представление и возможное участие в операциях на органах средостения;
- присутствие и участие в перевязке больных, оперированных на органах средостения;
- присутствие и участие в плевромедиастинографии.

### 10. Болезнь оперированного желудка:

- представление больного с болезнью оперированного желудка;
- участие в фиброгастроэзофагоскопии и рентгеноскопии желудка;
- чтение рентгенограмм по теме;
- введение назогастрального зонда;
- лаваж желудка.

### 11. Постхолецистэктомический синдром:

- представление больного;
- определение границ печени и селезенки;
- чтение скенограмм, эндоскопической ретроградной холангиографии;
- участие в РПХГ и эндоскопической папилосфинктеротомии;
- участие в чрескожной чреспеченочной холангиографии и чрескожном дренировании желчных путей;
- участие в традиционных операциях на желчных путях.

### 12. Хирургическая патология печени. Портальная гипертензия:

- представление больного с очаговой патологией печени;
- определение размеров печени;
- чтение скенограмм, эхограмм, компьютерной томограммы, ангио- и холангиограммы;
- участие в операции по поводу гидатидозной кисты печени;
- участие в перевязках;
- представление больного с портальной гипертензией;
- пальпация живота;
- определение (выявление) асцита. Чтение сцинтиграммы, эхограммы, компьютерной томографии печени и селезенки;
- установление зонда Блэкмора;
- участие в лапароцентезе, ФГДС с эндоскопическим гемостазом.

### 13. Хирургическая патология селезенки:

- представление больного с патологией селезенки;
- пальпация селезенки;
- чтение гемограммы, сцинтиграммы, эхограммы и компьютерной томограммы, присутствие при оперировании селезенки;
- присутствие при проведении спленопортографии.

### 14. Хронический панкреатит:

- представление больного;
- определение наличия кисты (псевдокисты) поджелудочной железы;
- интерпретация параклинических результатов;
- введение назогастрального зонда;
- участие в проведении навокаиновой блокады круглой связки печени;
- участие в диагностической и лечебной лапароскопии.

### 15. Хирургическая патология тонкого и толстого кишечника:

- представление больного;
- участие в проведении ректороманоскопии, колоноскопии, ирригоскопии;
- уход за больными в послеоперационном периоде;
- проведение кишечной декомпрессии.

### 16. Хирургическая патология прямой кишки:

- представление больного;
- осмотр анальной области и обследование ткани прямой кишки;
- проведение аноскопии;
- участие в ректороманоскопии и радиологическом обследовании прямой кишки;
- участие в проктологических операциях.

### 17. Работа в перевязочной и операционном блоке:

- участие в качестве ассистента при хирургической обработке ран;
- наложение швов на кожу;
- наложение повязок;
- проведение новокаиновой блокады;
- выявление феномена флюктуации в гнойном очаге.

### 18. Работа в поликлинике:

- первичный осмотр хирургического больного;
- наложение швов на кожу;
- первичная хирургическая обработка раны.

### Экзамен по дисциплине „Хирургические болезни”, V курс

Включает 3 этапа: *A* – представление клинического случая; *B* – тестирование; *B* – устный экзамен.

#### A. Представление клинического случая

Представление клинического случая это способ оценки знаний и владения практическими навыками у студентов. Является формой экзамена в реальной ситуации (с конкретным), который характеризуется строгим во времени, т.е. при сборе клинических и параклинических данных, для систематизирования и подготовки больного. Указанный этап занимает около 20 минут (в общем 60 минут).

Сбор данных включает анамнез, физикальный осмотр и анализы.

Анамнез включает обязательно: мотивы к госпитализации, эволюцию объективных и субъективных симптомов, эволюцию хронического заболевания, перенесенные ранее заболевания, семейный анамнез, профессиональную деятельность. Физикальный осмотр должен быть произведен в полном объеме и по анатомическим сегментам: осмотр головы и шеи, грудной клетки, живота,

костно-суставной системы; больной обследуется в положении стоя и лежа.

Время для подготовки и формулировки клинического случая составляет 20 минут. Представление больного включает ряд разделов согласно стандарта истории болезни. После представления данных рекомендуется сделать клинический вывод (предварительный диагноз).

Следующий этап – дифференциальная диагностика, учитывая предварительный диагноз, а также используя данные параклинического обследования. Заключением этого этапа является формулировка клинического диагноза.

Следующие разделы включают краткое изложение эволюции заболевания, возможные осложнения, хирургические аспекты, рекомендации.

Представление клинического случая оценивается членами экзаменационной комиссии соответствующей оценкой на каждом этапе.

#### B. Тестирование (письменный экзамен – ответы на тесты)

##### Способ экзаменовки:

1. Сборник тестов включает 100 вопросов из программы обучения.
2. Сборник включает 40% тестов с одним правильным ответом и 60% с множественными ответами.
3. Каждый студент получает индивидуальный закодированный вариант тестов.
4. Длительность письменного теоретического экзамена составляет 2 академических часов.
5. Проверка тестов производится централизованно.
6. За нарушение порядка студент может быть удален из экзаменационного зала, получив отрицательную оценку.
7. Студент, который не удовлетворен полученной оценкой, в течение 24 часов может обратиться в аттестационную комиссию для проверки ответов тестирования.

## В. Устный экзамен (по билетам)

Экзамен является единым для всех хирургических профилей. Вопросы для экзамена известны студентам в конце учебного семестра. После подготовки (30 минут) студент устно отвечает перед экзаменационной комиссией, которая состоит из 3-х экзаменаторов.

Общая оценка ставится согласно коэффициентам по всем оценкам за каждый этап.

## Библиография (выборочно)

1. A. Spânu. *Chirurgia*. Chişinău, 2000.
2. V. Hotineanu ş.a. *Chirurgie (Curs selectiv)*. Centrul Editorial-Poligrafic „Medicina”, Chişinău, 2003.
3. N. Angelescu, N. Gutea. *Peritonitele postoperatorii*. Bucureşti, 1995.
4. P. Bâtcă, A. Oprea. *Urgenţe chirurgicale abdominale*. Chişinău, 1996.
5. Th. Burghel. *Patologie chirurgicală*, vol. 4. Bucureşti, 1977.
6. Th. Burghel. *Studiul terenului în chirurgie*. Bucureşti, 1965.
7. C. Constantinescu. *Actualităţi în chirurgie*. Bucureşti, 1989.
8. M. Constantinescu. *Chirurgia*. Bucureşti, 1997.
9. David C. Dunn. *Chirurgie, diagnostic şi tratament*. Bucureşti, 1995.
10. I. Pogoraşan. *Contribuţii la progresele chirurgiei şi anatomiei clinice*. Bucureşti, 1983.
11. Vladimir Fleture. *Principii şi tehnici de chirurgie*. Timişoara, 1987.
12. E. Proca. *Tratat de patologie chirurgicală*, vol. V (partea I, II). Bucureşti, 1994.
13. E. Proca. *Tratat de patologie chirurgicală*, vol. VI. Bucureşti, 1989.
14. Tiberiu Ghitescu. *Pregătirea viitorilor chirurghi*. Bucureşti, 1996.
15. Tiberiu Chitescu. *Chirurgie*. Bucureşti, 1977.
16. Lucreţia Titerea. *Urgenţele medico-chirurgicale*. Bucureşti, 1996.
17. C. Tooder. *Patologie chirurgicală*, vol. I. Bucureşti, 1975.
18. P. Rădulescu. *Elemente de patologie şi terapeutică chirurgicală*. Bucureşti, 1980.
19. Н.И. Ботвинников. *Клиническая хирургия*. Минск, 1998.
20. В.Д. Затокин. *Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненная кровотечением*. Воронеж, 1994.

21. М.И. Кузин. *Хирургические болезни*. Москва, 1995.
22. Ю.М. Лопухин, В.С. Савельев. *Хирургия* (перевод с англ.яз.). Москва, 1997.
23. Ю.М. Панцырев. *Клиническая хирургия*. Москва, 1988.
24. В.В. Петровский. *Хирургические болезни*. Минск, 1980.
25. Г.Л.Ратнер. *Задачи по хирургическим ситуациям*. Москва, 1976.
26. К.Д. Тоскин, В.В. Жебровский. *Грыжи брюшной стенки*. Москва, 1990.
27. И.С. Савельев. *Массивная эмболия легочных артерий*. Москва, 1999.
28. В.С. Савельев. *Острые нарушения мезентериального кровообращения*. Москва, 1979.
29. А.Ф. Черноусов. *Хирургия язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки*. Москва, 1996.
30. А.А. Шалимов. *Хирургия печени и желчевыводящих путей*. Киев, 1990.



## **II. АНАЛИТИЧЕСКАЯ ПРОГРАММА ИЗУЧЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ „ХИРУРГИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ” ДЛЯ СТУДЕНТОВ VI КУРСА ЛЕЧЕБНОГО ФАКУЛЬТЕТА**

### **ОБЪЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА**

Тематический план изучения дисциплины „Хирургические болезни” для студентов VI курса Лечебного факультета предусматривает 132 часа (26 лекционных и 106 практических).

По каждой теме лекционные занятия включают анатомо-физиологические понятия, этиологию, патогенез, патанатомию, клиническую картину, диагностику и дифференциальную диагностику, консервативное и хирургическое лечение, осложнения и их профилактика.

Результаты изучения курса хирургических болезней включают развитие у студента клинического мышления, формирования предварительного и клинического диагноза, оценки хирургической тактики, накопления практических навыков и ознакомление с основной хирургической техникой.

Практические занятия имеют цель предоставить студентам комплекс основных знаний по хирургическим болезням, методы клинического обследования, участие в хирургических вмешательствах, манипуляциях, перевязках в приемном отделении больницы, в поликлинике.

Курация больных предусматривает работу в приемном отделении, в операционном блоке и в перевязочных. На всем протяжении учебного года в каждом семестре проводится устный опрос и тестирование теоретических и практических знаний.

Обязательным условием обучения является изучение учебной программы и практических навыков, что позволяет будущему врачу ориентироваться в сложной ситуации, применяя адекватный алгоритм срочного обследования и лечения.

После окончания курса хирургии студент VI курса *должен знать*:

- социально-экономические проблемы хирургической патологии;
- частоту, этиологию и патогенез абдоминальных хирургических болезней;
- современные методы исследования (срочные и плановые) хирургической патологии органов брюшной полости;
- диагностику и дифференциальную диагностику хирургических заболеваний органов брюшной полости;
- современные методы лечения хирургических заболеваний органов брюшной полости и травм живота;
- методы профилактики острых и хронических хирургических заболеваний;
- экспертизу хирургических больных, оформление медицинской документации.

После окончания курса „Хирургии” студент VI курса *должен уметь*:

- правильно выставлять клинический диагноз при хирургических заболеваниях;
- составлять алгоритм обследования срочного и планового больного;
- уметь применить необходимые практические навыки при обследовании пациента и выставлении диагноза;
- назначать классические методы лечения при самых частых хирургических патологиях;
- предоставить срочную медицинскую помощь в сложной хирургической патологии и при травмах совместно с врачами-специалистами;
- уметь применить необходимые хирургические навыки при ведении больного в пред- и послеоперационном периоде;
- ассистировать на операциях, работать в перевязочных и в приемном отделении.

Дисциплина – *Хирургические болезни*

Специальность – *Врач лечебного профиля*

Факультет – *Лечебный*

Кафедра – *Хирургия № 2*

Курс – *VI*

Семестр – *XI, XII*

Лекции – *26 часов*

Практические занятия – *106 часов*

Всего – *132 часа*

Государственный экзамен

**Тематический план изучения дисциплины „Хирургические болезни” для студентов VI курса Лечебного факультета**

№	Название темы	Семестр XI		Семестр XII		Всего
		Лекции	Практика	Лекции	Практика	
1.	Курация. История болезни		6			6
2.	Травмы грудной клетки	2	4			6
3.	Хирургическая патология диафрагмы. Врожденные и приобретенные грыжи диафрагмы. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Релаксация диафрагмы	2	4			6
4.	Тромбэмболическая болезнь. Тромбоз и эмболия легочной артерии и периферических артерий: симптоматология, диагностика и лечение	2	4			6
5.	Грыжи: осложненные, редко встречающиеся, рецидивирующие, послеоперационные и посттравматические	2	4			6
6.	Особенности диагностики и лечения динамической кишечной непроходимости. Оклюзивный синдром при абдоминальной спаечной болезни	2	4			6

7.	Ранние и поздние осложнения острого аппендицита: симптоматология, диагностика и лечение	2	4			6
8.	Кровотечения желудочно-кишечного тракта	2	4			6
9.	Послеоперационные хирургические осложнения гастродуоденальной язвы	2	4			6
10.	Диагностика и лечение механической желтухи	2	4			6
11.	Первичные, вторичные и третичные перитониты. Особенности современной диагностики и лечение	2	4			6
12.	Кишечные свищи	2	4			6
13.	Работа в приемном отделении и перевязочной. Экспертиза трудоспособности				6	6
14.	Операционный день				6	6
15.	Особенности диагностики и лечения в эндокринной хирургии				6	6
16.	Клостридиальная и неклостридиальная анаэробная инфекция. Современная диагностика и лечение				6	6
17.	Острая хирургическая инфекция кисти и пальцев				6	6
18.	Хирургический сепсис: симптоматология, клиническая картина, диагностика и лечение			2	4	6
19.	Поздние осложнения острого панкреатита. Гнойный парапанкреатит. Дигестивные свищи. Геморрагические осложнения. Особенности современной диагностики и лечения					
20.	Синдром острого живота				6	6
21.	Синдром острого живота				6	6
22.	Синдром ложного острого живота				6	6
	<b>Всего</b>	<b>22</b>	<b>50</b>	<b>4</b>	<b>56</b>	<b>132</b>

### 1. Хирургическая патология диафрагмы

**Грыжи пищевода.** Анатомия и физиология пищевода. Диафрагмальные грыжи. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.

**Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы.** Скользящие грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Околопищеводные грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Грыжи с коротким пищеводом. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.

**Грыжи мечевидного отростка.** Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.

**Посттравматические грыжи диафрагмы.** Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.

**Релаксация диафрагмы.** Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.

### 2. Редко встречающиеся грыжи, рецидивы грыжи, посттравматические грыжи

**Редко встречающиеся грыжи.** Грыжи спигелевой линии, запитательные, поясничные, промежностные.

**Рецидивирующие грыжи.** Этиопатогенез, спонтанные эвентрации, травматические, посттравматические, послеоперационные. Клиника. Диагностика. Лечение. Предоперационная подготовка.

**Эвисцерация** (посттравматическая, послеоперационная). Этиопатогенез. Общие и местные факторы. Патологическая анатомия. Клиника. Диагностика. Хирургическое лечение. Особенности хирургических операций. Методы пластики. Послеоперационные осложнения.

Особенности ведения послеоперационного периода в зависимости от сроков ущемления, объема оперативного вмешательства

и возраста больного. Ошибки и опасности при проведении операции.

### 3. Динамическая непроходимость тонкой кишки

**Спаечная болезнь органов брюшной полости.** Определение. Этиологические формы:

1. Динамическая дисхомеостатическая непроходимость.
2. Рефлексная функциональная непроходимость.
3. Парасептическая функциональная непроходимость.

Физиопатология. Симптоматика. Диагностика и дифференциальная диагностика в начальных стадиях динамической и механической непроходимости. Симптомы характерные для динамической и механической непроходимости. Врачебная тактика, особенности клинической картины и течение динамической и механической непроходимости при обструкции, странгуляции. Подготовка больных к операции в зависимости от клинической и топографической формы, возраста больного и сопутствующих заболеваний.

Принципы лечения: а) гомеостаз жидкости и электролитов, стабилизация питания, профилактика септических осложнений; б) освобождение брюшной полости; в) устранение причины; г) профилактика рецидивов.

Особенности хирургической тактики для установки объема операции в конкретной клинической ситуации: устранение спаек, разворот, разрез одного грыжевого кольца, энтеротомия, резекция кишки, внутренняя или наружная деривация. Осложнения острой кишечной непроходимости.

**Спаечная болезнь брюшной полости.** Место (частота) среди других форм кишечной непроходимости. Этиология. Механизм формирования спаек. Клинические формы (острая, средняя, хроническая), симптоматология, диагностика и дифференциальная диагностика. Подготовка к операции больных со спаечной болезнью. Послеоперационный период. Нарушения белкового, углеводного, водного, электролитного и кислотно-щелочного обмена.

Варианты доступа и виды операции в зависимости от формы спаечной болезни. Диагностические и тактические ошибки в лечении спаечной болезни.

### 4. Тромбоземболическая болезнь

Анатомо-физиологические основы сосудистой системы. Методы исследования больных с патологией артерий.

**Острый артериальный тромбоз.** Этиопатогенез. Предрасполагающие факторы при формировании тромба. Клиническая картина острого артериального тромбоза. Клинические стадии. Диагностика. Консервативное и хирургическое лечение. Хирургические методы. Осложнения.

**Артериальная эмболия.** Этиопатогенез, клиника, диагностика. Зонд Фогарди. Принципы лечения антикоагулянтами и фибринолитиками. Пробы на свертываемость крови.

**Эмболия легочной артерии.** Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.

**Тромбоз и эмболия мезентериальных сосудов.** Частота. Стадии эволюции (продромальный период, начальный паралитический илеус, перитонит).

Клинические формы: ангиоспазм, тромбоземболия с признаками кишечной непроходимости, поноса. Тромбоземболия с симптоматикой острого аппендицита, перитонита, обусловленная аппендицитом атипичной формы. Затруднения в диагностике. Дифференциальный диагноз. Консервативное лечение тромбозов и эмболией. Терапия антикоагулянтами и фибринолитиками. Показания для хирургического лечения. Операционные методы: эмболэктомия, тромбозектомия, операции типа by-pass. Показания для резекции кишки. Особенности лечения. Осложнения во время операции и в послеоперационном периоде.

## 5. Эволюционные и послеоперационные осложнения острого аппендицита

*Эволюционные:* аппендикулярный инфильтрат, аппендикулярный абсцесс, перитонит, пилефлебит.

*Послеоперационные:* кровотечение в брюшной полости с последующим развитием перитонита, расхождение швов, межкишечные абсцессы, поддиафрагмальный, подпеченочный абсцессы, абсцесс Дюгласова пространства, ранняя кишечная непроходимость.

*Внебрюшной полости:* пневмонии, тромбофлебиты и т.д.

*Со стороны раны:* гематома, серома, нагноение раны, флегмоны брюшной стенки, эвентрация, грыжа. Клиника. Диагностика. Лечение. Показания для хирургического лечения, тампонации и зондирования брюшной полости. Рациональная антибиотикотерапия в лечении гнойных осложнений.

Тактика хирурга при неясных формах аппендицита. Интраоперационная ревизия органов брюшной полости при наличии неизмененного отростка или вторично измененного отростка. Показания к лапаротомии и широкой ревизии органов брюшной полости. Диагностические и тактические ошибки при остром аппендиците.

## 6. Кровотечение верхнего отдела желудочно-кишечного тракта неязвенного происхождения

*Патология пищевода.* Варикозное расширение вен пищевода доброкачественного и злокачественного генеза, опухоли, язвенный эзофагит, ожоги, травмы, дивертикул.

*Патология желудка и двенадцатиперстной кишки.* Эрозивный гастрит, синдром Mellory-Weiss, Zollinger-Ellison, стрессовые острые язвы (Кушинга и Курлинга), медикаментозные язвы доброкачественного и злокачественного генеза, опухоли, грыжи пищеводного отверстия, эрозивный дуоденит, дивертикулы, лейомиомы.

*Патология печени, желчевыводящих путей и поджелудочной железы.* Гемобилия.

*Системные патологии.* Заболевания крови (лейкоз, гемофи-

лия, пернициозная анемия) и сосудов (гемангиомы, синдром Rendu-Osler), геморрагический васкулит, уремия, амилоидоз. Этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, хирургическая тактика.

Тактика хирурга при невыявленном источнике кровотечения. Принцип динамического наблюдения при кровотечении, критерии оценки состояния больного, понятие о „критическом периоде”.

Ошибки тактические и диагностические, опасности при оперировании в инфильтрированных тканях, при глубоко пенетрирующих язвах. Выбор операции при варикозном расширении вен пищевода и кардии.

## 7. Операционные и послеоперационные осложнения язвенной болезни желудка. Доброкачественные заболевания желудка

*Осложнения во время операции.* Повреждения селезенки, пищевода, холедоха, толстой кишки. Тактика во время операции.

*Ранние послеоперационные осложнения.* Кровотечения, атония и дистенсия желудка. Несостоятельность швов дуоденальной культи, гастродуоденальных, гастрожежунальных, жежуно-жежунальных анастомозов. Осложненная эвакуация. Анастомозит. Острый послеоперационный панкреатит. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика осложнений.

*Доброкачественные заболевания желудка.* Инородные тела, заворот, безоары, острое растяжение желудка, доброкачественные опухоли, флегмоны. Клиника. Диагностика. Лечение.

## 8. Современная диагностика и лечение перитонита

Особенности клинической картины, эволюция и диагностика перитонитов в зависимости от этиологии, распространения, причины, фазы патологии. Хирургическая тактика и методы диагностики, общий анализ крови, рентгенологическое исследование органов брюшной полости, лапароскопия, лапароцентез, диагностическая лапаротомия. Особенности эволюции и трудности в диагностике. Подготовка больных для срочной операции в зави-

симости от общего состояния. Хирургическое лечение в зависимости от различных форм перитонита – методика ревизии органов брюшной полости, изоляция брюшной полости от источника инфекции (зашивание перфорации брыжейкой, резекция органа, тампонирование, зондирование). Показания для этих методик, техника. Техника осуществления перитонеального диализа. Показания. Противопоказания. Плановые релапаротомии: показания, техника. Ведение послеоперационного периода в зависимости от фазы перитонита. Устранение в колебаниях белкового, электролитного обмена, восстановление кислотно-щелочного баланса, предупреждение сердечно-сосудистых, микроциркулярных нарушений, кишечного пареза. Рациональная антибиотикотерапия. Профилактика сердечно-сосудистых и респираторных нарушений.

Диагностика и лечение осложнений перитонита: механическая кишечная непроходимость, пилефлебит, печеночный абсцесс. Показания для операции. Доступы. Техника зондирования. Особенности диагностики и лечения туберкулезного и гинекологического перитонита.

Тактика хирурга во время операции, последовательность ревизии органов брюшной полости. Выбор метода оперативного вмешательства.

Особенности ведения послеоперационного периода. Ошибки и опасности при лечении перфоративных язв 12-перстной кишки.

### **9. Современные методы диагностики и лечения механической желтухи**

Определение. Этиопатогенез. Классификация. Клинический осмотр больного с механической желтухой. Клинические, параклинические и терапевтические элементы некоторых форм механической желтухи. Гемолитическая желтуха с преимущественным повышением прямого билирубина. Печеночная желтуха: эпидемический, холестатический и токсический гепатиты. Обтурационная желтуха. Клиника. Диагностика. Принципы кон-

сервативного и хирургического лечения (хирургический эндоскопический метод). Методы зондирования желчевыводящих путей. Анастомозы между желудочно-кишечным трактом и желчевыводящими путями. Осложнения механической желтухи в пред- и послеоперационном периоде.

Неправильно наложенные холедоходуоденоанастомозы при наличии дуоденита и дуоденостаза.

Дифференциальная диагностика постхолестэктомических расстройств, выбор метода хирургического лечения. Опасности при повторных операциях на желчных путях.

### **10. Острый живот**

*Хирургический острый живот.* Определение. Клиника. Классификация. Травматический и нетравматический живот. Перитониты: первичные, вторичные, третичные перитониты. Клиника. Параклиника. Этиология. Диагностика и дифференциальная диагностика. Эволюция. Принципы лечения: неоперативного, оперативного, антибактериального.

*Ложный хирургический острый живот.* Определение. Клиника ложного хирургического острого живота:

1) общие, системные с импликацией брюшной полости (интоксикации, инфекции, поражения центральной нервной системы аллергического, эндокринного, обменного происхождения).

2) патология соседних органов с поражением брюшной полости, сердечные легочные заболевания, заболевания грудной стенки, позвоночника, почек.

### **11. Кишечные свищи**

Анатомия и физиология тонкой и толстой кишки. Методы исследования кишечника. Классификация кишечных свищей. Клиника свищей толстой и тонкой кишки. Диагностика. Особенности проксимальных и дистальных фистул. Тактика лечения. Консервативное лечение. Показания к хирургическому лечению. Пред- и послеоперационный период. Методы закрытия фистул тонкой и

толстой кишки. Осложнения в лечении кишечных фистул. Тактические, диагностические и технические ошибки в лечении тонкокишечных фистул.

## 12. Травмы грудной клетки

Закрытые травмы груди: контузия, компрессия грудной клетки.

Переломы костей грудной клетки: перелом грудины и ребер. Разрыв легких, бронхов, крупных сосудов. Подкожная и медиастинальная эмфизема легких. Разрывы диафрагмы. Контузия сердца.

Ранения грудной клетки: проникающие и непроникающие. Плевро-легочные ранения. Пневмоторакс (открытый, закрытый, клапанный) и гемоторакс. Классификация. Диагностика и лечение. Осложнения. Послеоперационный период.

## 13. Хирургический сепсис

Определение. Классификация. Фазы течения гнойной инфекции. Этиология и патогенез хирургического сепсиса.

Обуславливающие факторы хирургического сепсиса: возбудитель, состояние первичного места поражения, реактивность организма, бактериологический анализ. Поражение органов при хирургическом сепсисе. Клиника. Зависимость локализации гнойных метастаз от характера микрофлоры. Дифференциальный диагноз между гнойно-резорбтивной флорой и сепсисом. Осложнения. Септический шок. Симптомы, прогнозирующие развитие септического шока. Комплексное лечение (системное, местное). Смертность при хирургическом сепсисе.

Особенности течения хирургической инфекции – резистентной и восприимчивой к антибиотикам. Особенности клинического течения стафилококковой, стрептококковой, пневмококковой, полибацильной, гонококковой инфекции, неклостридиальных анаэробов и смешанных форм.

Общие принципы диагностики и лечения острой гнойной (гнилостной, анаэробной и специфической инфекции (столбняк,

сибирская язва). Особенности общей и местной реакции защитных сил организма в зависимости от возраста, общего состояния, наличия совместных патологий (диабет, кахексия и т.д.).

Принципы профилактики хирургической инфекции в хирургических отделениях. Режим работы в перевязочных и операционных блоках. Критерии оценки инфекционного заболевания, показания к хирургическому лечению. Общие принципы при вскрытии гнойных очагов, методы анестезии в зависимости от локализации и распространения процесса.

Рациональная антибиотикотерапия в послеоперационном периоде. Использование различных групп антибиотиков в зависимости от антибиотикограммы, состояния и распространения воспалительного процесса. Лечение гнойной инфекции в случае сенсibiliзации организма к антибиотикам. Осложнения антибиотикотерапии. Иммунотерапия. Общие принципы операции при анаэробной инфекции.

Воспаление мягких тканей. Диагностика и дифференциальная диагностика воспалительных заболеваний кожи и подкожной клетчатки (флегмоны, карбункул, фурункул, гидраденит, абсцессы, пиодермия, рожистые воспаления, еризипеллоид), особенности течения глубоких флегмон конечностей, гнойных образований брюшной полости, средостения. Общие принципы лечения. Особенности лечения ран у больных с кахексией и диабетом.

## 14. Анаэробная неклостридиальная инфекция

Диагностика и хирургическое лечение неклостридиальной инфекции. Особенности течения. Клиника. Основные принципы диагностики. Особенности лечения. Антибиотикотерапия. Баротерапия. Особенности введения послеоперационного периода. Задачи медицинской экспертизы.

## 15. Хирургическая инфекция кисти рук и пальцев

Гнойные инфекции пальцев и кисти рук. Анатомо-физиологические особенности кисти рук и пальцев. Поверхностные и глубокие панариции ногтей. Классификация флегмон. Флегмоны кле-

точных пространств: ложа тенара, гипотенара, комиссуральные. Поверхностные ладонные пространства, среднего и ретротендиозии. Тендосиновиты ладони. Этиология, диагностика и лечение.

Хирургическое лечение в поликлинике, показания для госпитализации. Особенности вскрытия и дренирования гнойных образований пальцев руки, кисти, ладони, суставных полостей, сухожилия. Особенности послеоперационного периода, задачи медицинской экспертизы.

#### **16. Работа в приемном отделении, перевязочной и операционном блоке**

Оформление медицинской документации хирургического больного. Первичный осмотр. Оформление истории болезни. Первичная хирургическая обработка ран. Наложение швов, зондов, тампонов, смена перевязок. Участие в операциях в роли 2-го ассистента.

#### **17. Медицинская экспертиза хирургических больных**

Работа консультативной медкомиссии и комиссии медэкспертизы для оценки работоспособности пациента. Работа с медицинскими документами хирургических больных.

#### **Практические навыки, усвоенные студентами VI курса при изучении дисциплины „Хирургические болезни“**

##### **1. Работа в приемном отделении и перевязочной:**

- участие в первичном осмотре больного;
- оформление документации;
- промывание желудка;
- хирургическая обработка послеоперационных ран, снятие швов;
- перевязка, устранение дренажей.

##### **2. Травмы грудной клетки:**

- представление пациента;
- оценка подкожной эмфиземы;
- оценка перелома ребер;
- определение жидкости в плевральной полости;
- расшифровка радиogramм;
- участие в проведении пункции и плевральном дренировании.

##### **3. Хирургическая патология диафрагмы. Врожденные и приобретенные грыжи. Грыжи пищеводного отверстия. Релаксация диафрагм:**

- представление больного;
- оценка параклинических данных (радиogramм груди и живота, ирригоскопия, спирометрия);
- участие в ФГДС, радиоскопии пищевода и желудка.

##### **4. Тромбэмболическая болезнь (эмболия легочной артерии, мезентериальной, периферических артерий):**

- представление больного;
- оценка параклинических данных (радиogramма легких, бронхоскопия, ангиограмма, кишечная непроходимость, ирригоскопия, пальцевое исследование прямой кишки, радиogramма желудочно-кишечного тракта);
- введение декомпрессивного назо-гастрального зонда;
- послеоперационные перевязки.

##### **5. Осложненные и редко встречающиеся грыжи: грыжи линии Spieghele, запираемые, поясничные, промежностные. Рецидивирующие и послеоперационные грыжи: большие и гигантские. Посттравматические грыжи. Внутренние грыжи:**

- представление больного;
- осмотр входа и содержимого грыжевого мешка;
- отличия вправляемой и ущемленной грыжи;
- оценка результатов радиологического исследования;
- послеоперационные перевязки.



**6. Острый живот, дифференциальная диагностика, хирургическая тактика:**

- представление больного;
- определение характерных симптомов для острого живота;
- рентгеноскопия без контраста брюшной полости;
- пальцевое исследование прямой кишки и влагалища;
- участие в лапароцентезе и лапароскопии.

**7. Динамическая непроходимость тонкой кишки. Спаечная болезнь органов брюшной полости:**

- представление больного;
- оценка радиологии брюшной полости без контраста;
- участие в подготовке к операции;
- промывание желудка;
- пальцевое исследование прямой кишки и влагалища.

**8. Эволюционные и послеоперационные осложнения острого аппендицита:**

- представление больного;
- определение симптомов характерных для аппендицита;
- оценка параклинических данных;
- определение аппендикулярного инфильтрата;
- оценка осложнений послеоперационной раны;
- удаление швов.

**9. Кровотечения желудочно-кишечного тракта:**

- представление больного;
- определение степени кровотечения;
- промывание желудка;
- пальцевое исследование прямой кишки;
- участие в гастроскопии.

**10. Операционные и послеоперационные осложнения язвенной болезни желудка:**

- представление больного;
- внутрижелудочное зондирование;
- пальцевое исследование прямой кишки;
- участие в ФГДС;
- оценка клинических и параклинических данных.

**11. Современные методы диагностики и лечения механической желтухи:**

- представление больного;
- определение границ печени и селезенки;
- чтение сканограмм, эндоскопической ретроградной холангиографии;
- участие в РПХГ и эндоскопической папилосфинктеродистомии;
- участие в чрескожной чреспеченочной холангиографии и чрескожном дренировании желчных путей;
- участие в традиционных операциях на желчных путях.

**12. Диагностика и хирургическое лечение перитонита:**

- представление больного;
- определение границ печени и селезенки;
- определение кишечного звука;
- медикаментозная активация кишечной перистальтики;
- оценка выделяемых масс через зонд;
- перевязки.

**13. Кишечные свищи:**

- представление больного;
- участие в фистулографии;
- выявление результатов.

#### 14. Хирургический сепсис:

- представление больного;
- анализ параклинических исследований и их результатов;
- набор крови для бактериологических исследований;
- оценка результатов.

#### 15. Анаэробная неклостридиальная инфекция. Диагностика и хирургическое лечение:

- представление больного;
- участие в перевязках;
- приготовление материала для бактериологического исследования;
- участие в хирургической обработке ран.

#### 16. Хирургическая инфекция кисти рук и пальцев:

- представление больного;
- определение флюктуации;
- новокаиновая блокада;
- обработка гнойных частей мягких тканей.

#### 17. Работа в перевязочной и операционном блоке:

- участие в качестве ассистента при хирургической обработке ран;
- наложение швов на кожу;
- наложение повязок;
- проведение новокаиновой блокады;
- выявление феномена флюктуации в гнойном очаге.

#### 18. Работа в поликлинике:

- первичный осмотр хирургического больного;
- наложение швов на кожу;
- первичная хирургическая обработка раны.

### Государственный экзамен по дисциплине „Хирургические болезни”

Включает 3 этапа: *A* – представление клинического случая; *B* – тестирование; *B* – устный экзамен.

#### А. Представление клинического случая

Представление клинического случая является способом оценки знаний и владения практическими навыками у студентов, формой экзамена в реальной ситуации (с конкретным пациентом), который характеризуется строгим ограничением во времени, т.е. при сборе клинических и параклинических данных, времени для систематизирования и подготовки больного. Указанный этап занимает около 20 минут (в общем 60 минут). Сбор данных включает анамнез, физикальный осмотр и анализы. Анамнез включает обязательно: мотивы к госпитализации, эволюцию объективных и субъективных симптомов, эволюцию хронического заболевания, перенесенные ранее заболевания, семейный анамнез, профессиональная деятельность. Физикальный осмотр должен быть произведен в полном объеме и по анатомическим сегментам: осмотр головы и шеи, грудной клетки, живота, костно-суставной системы; больной обследуется в положении стоя и лежа.

Время для подготовки и формулировки клинического случая составляет 20 минут. Представление больного включает ряд обязательных разделов согласно стандарта истории болезни. После представления данных рекомендуется сделать клинический вывод (предварительный диагноз).

Следующий этап – дифференциальная диагностика, учитывая предварительный диагноз, а также используя данные параклинического обследования. Заключением этого этапа является формулировка клинического диагноза.

Следующие разделы включают краткое изложение эволюции заболевания, возможные осложнения, хирургические аспекты,

рекомендации. Представление клинического случая оценивается членами экзаменационной комиссии соответствующей оценкой на каждом этапе.

### **Б. Тестирование (письменный экзамен – ответы на тесты)**

*Способ экзаменовки:*

1. Сборник тестов включает 100 вопросов из программы обучения.
2. Сборник включает 30 % тестов с одним правильным ответом и 70 % с множественными ответами.
3. Каждый студент получает индивидуальный закодированный вариант тестов.
4. Длительность письменного теоретического экзамена составляет 2 академических часов.
5. Проверка тестов производится в учебной части Университета.
6. За нарушение порядка студент может быть удален из экзаменационного зала, получив отрицательную оценку.
7. Студент, который не удовлетворен полученной оценкой, может обратиться в аттестационную комиссию, в течение 24 часов, для проверки ответов тестирования.

### **В. Устный экзамен (по билетам)**

Государственный экзамен является единым для всех хирургических профилей. Вопросы для экзамена известны студентам в конце учебного семестра. После подготовки (30 минут) студент устно отвечает перед экзаменационной комиссией которая состоит из 7–8 экзаменаторов.

Материал экзамена включает: 40% вопросов по хирургии; 30% – по акушерству и гинекологии; 10% – по педиатрической хирургии; 5% – по травматологии; 5% – по анестезиологии; 5% – по онкологии; 5% – по урологии.

Общая оценка ставится согласно коэффициентам по всем оценкам за каждый этап.

### **Библиография (выборочно)**

#### **Основная:**

1. *Cursurile de prelegeri.*
2. A. Spânu. *Chirurgie.* Chişinău, 2000.
3. M. Kuzin. *Afecţiuni chirurgicale* (traducere). Chişinău, 1994.
4. V. Prâşcu. *Chirurgie*, vol. I–II. Bucureşti, 1994–1996.
5. N. Angelescu (sub redacţie). *Tratat de patologie chirurgicală*, vol. I–II. Bucureşti, 2001.
6. E. Proca. *Tratat de patologie chirurgicală*, vol. IV–VI. Bucureşti, 1994.
7. D. Burlui, C. Constantinescu. *Chirurgie.* Manual pentru studenţii anului IV–V. Bucureşti, 1982.
8. В.В. Петровский. *Хирургические болезни*, 1980.
9. М. Кузин. *Хирургические болезни.* Moscova, 1992.

#### **Дополнительная:**

10. S. Duca. *Chirurgie laparoscopică*, 1997.
11. W. Silen. *Diagnosticul precoce al abdomenului acut*, 1991.
12. E. Tărcoveanu. *Perforaţia ulcerului gastric şi duodenal*, 1988.
13. T. Chirileanu. *Patologie chirurgicală.* Cluj, V. II, 1981.
14. I. Fasciola, N. Ionescu. *Patologie chirurgicală.* Cluj-Napoca, 1980.
15. M. Patrît. *Hernie abdominală.* Bucureşti, 1989.
16. D. Sabău. *Elemente de chirurgie a defectelor parietale abdominale.* Bucureşti, 1989.
17. D. Gerota. *Explorarea chirurgicală a abdomenului.* Bucureşti, 1982.
18. P. Bâtcă, A. Oprea. *Urgenţe chirurgicale abdominale.* Chişinău, 1996.
19. M. Constantinescu. *Chirurgia.* Bucureşti, 1989.
20. David C. Dunn. *Chirurgie, diagnostic şi tratament.* Bucureşti, 1995.

21. V. Fleture. *Principii și tehnici de chirurgie*. Timișoara, 1987.
22. L. Titirea. *Urgențele medico-chirurgicale*. București, 1996.
23. P. Rădulescu. *Elemente de patologie și terapeutică chirurgicală*. București, 1980.
24. Ю.М. Панцырева. *Клиническая хирургия (под ред.)*. Москва, 1988.
25. Б.О. Мильков с соавт. *Клинические задачи*. I–II. Москва, 1987.
26. К.Д. Тоскин. *Грыжи живота*. Москва, 1983.
27. В.И. Колесов. *Клиника и лечение острого аппендицита*, 1972.
28. К.С. Симонян. *Спаечная болезнь*. Москва, 1966.
29. А. Шалимов и соавт. *Хирургия печени и желчевыводящих путей*, 1993.
30. В. Саенко и соавт. *Диагностика и лечение острого кровотечения в просвете пищеварительного канала*, 1997.
31. Э.И. Гальперин, Н.Ф. Кузольев, С.Р. Карагюлян. *Рубцовые стриктуры желчных протоков*. Москва, 1982.
32. Т.П. Макаренко, А.В. Богданов. *Свищи желудочно-кишечного тракта*. Москва, 1986.
33. Ю.М. Лопухин, В.С. Савельев. *Хирургия (перевод с англ.)*. Москва, 1997.
34. Ю.М. Панцырев. *Клиническая хирургия*. Москва, 1988.
35. Б.В. Петровский. *Хирургические болезни*. Москва, 1980.
36. Г.П. Ратнер. *Задачи по хирургическим ситуациям*. Москва, 1976.
37. К.Д. Тоскин, В.В. Жебровский. *Грыжи брюшной стенки*. Москва, 1990.
38. В.С. Савельев. *Острые нарушения мезентериального кровообращения*. Москва, 1990.
39. Н.И. Батвинников. *Клиническая хирургия*. Минск, 1998.
40. М.И. Кузин, Б.М. Костюченко. *Раны и раневая инфекция*. Москва, 1990.

### 3. ТЕСТЫ

#### 3.1. ЭНДОКРИННАЯ ХИРУРГИЯ

1. СМ. Для спорадического зоба характерны следующие признаки:
  - А. Увеличение в объеме щитовидной железы
  - В. Нормальная функция щитовидной железы
  - С. Появляется у 20% населения определенной зоны
  - Д. Появляется чаще у женщин
  - Е. Передается рецессивным геном
2. СМ. В эволюции спорадического зоба могут появиться следующие осложнения:
  - А. Компрессия окружающих анатомических структур
  - В. Интерстициальные кровотечения
  - С. Острый тиреодит
  - Д. Гипертиреозидизация
  - Е. Малигнизация процесса
3. СМ. Показания к хирургическому лечению зоба следующие:
  - А. Неэффективное консервативное лечение
  - В. Первичный паренхиматозный зоб
  - С. Гипертиреозидный зоб
  - Д. Узловой зоб
  - Е. Подозрение на малигнизацию зоба
4. СМ. В лечении зоба могут быть применены следующие операции (в зависимости от ситуации):
  - А. Субтотальная тиреоидэктомия
  - В. Тотальная лобэктомия
  - С. Тотальная тиреоидэктомия
  - Д. Субтотальная лобэктомия
  - Е. Радикальная диссекция шеи (radical neck dissection)

5. СС. Скintiграфия токсической аденомы показывает:
- А. Диффузное гомогенное накопление изотопа
  - В. Диффузное негoмoгенное накопление изотопа
  - С. Накопление в виде „шахматной доски”
  - Д. „Горячий узел”
  - Е. „Холодный узел”
6. СС. Показания к лечению тиреотоксикоза радиоактивным йодом включает:
- А. Базедова болезнь
  - В. Токсическая аденома
  - С. Ассоциация гипертиреоидия – рак щитовидной железы
  - Д. Тиреотоксикоз, возникающий в результате лечения тиреоидными гормонами
  - Е. Вторичные гипертиреоидии в результате вторичных тиреоидных опухолей
7. СС. Какие препараты применяются в лечении тиреотоксикоза?
- А. Мeбендазол
  - В. Бисептол
  - С. Мерказолил
  - Д. Омепрозол
  - Е. Ампицилин
8. СМ. Лечение тиреотоксикоза преследует следующие цели:
- А. Коррекция нарушений ритма и тахикардии
  - В. Уменьшение гипертиреоидии
  - С. Предупреждение тиреотоксических кризов
  - Д. Торможение кортико-диенцефало-гипофизарных центров
  - Е. Лечение гиперпаратиреозидизма
9. СС. Спустя 24 часов после субтотальной тиреоидэктомии по поводу тиреотоксикоза появляется: возбуждение, предделири-

- озное состояние, тахикардия – 180 уд. в мин., аритмия, гипертермия. О какой патологии Вы думаете?
- А. Паралич возвратных нервов
  - В. Гипертиреоз
  - С. Гипопаратиреоз
  - Д. Тиреотоксический криз
  - Е. Газовая эмболия
10. СС. К осложнением тиреоидэктомии относят всё, кроме:
- А. Пареза возвратного нерва
  - В. Микседемы
  - С. Тетанического криза
  - Д. Тиреотоксического криза
  - Е. Экзофтальмического синдрома
11. СМ. Тиреотоксикоз представляет:
- А. Кардио-васкулярный, желудочно-кишечный и нейро-психический синдромы
  - В. Имеет нейро-психические особенности, связанные с этиологией, возрастом и ассоциированными заболеваниями
  - С. Клинические и висцеральные проявления являются результатом увеличения количества гормонов щитовидной железы
  - Д. Клинические и висцеральные проявления не являются результатом увеличения количества гормонов щитовидной железы
  - Е. Всё вышеперечисленное неправильно
12. СМ. Проявления тиреотоксического криза включают:
- А. Гипертермию, тахикардию, артериальную гипертензию
  - В. Термофобию, усиление потоотделения, парестезии
  - С. Возбуждение, конфузионные состояния, рвоту
  - Д. Экзофтальмию, бессонницу, мышечную атрофию
  - Е. Всё вышеперечисленное

13. CS. Какие из следующих изменений о том что являются следствием сдавления шейного симпатического ствола гипотрофированной щитовидной железой являются правильными?
- A. Цианоз лица, набухание яремных вен
  - B. Нарушения деятельности сердечно-сосудистой и дыхательной систем
  - C. Аффония, охриплость голоса
  - D. Миоз, энофтальм, птоз века, брадикардия
  - E. Мозговые нарушения, обморок
14. CS. Какое из следующих утверждений является правильным?
- A. При хроническом тиреоидите Хашимото выявляются антитела к тиреоглобулину и микросомам
  - B. При Базедовой болезни выявляются тиреостимулирующие иммуноглобулины (TSI, известные как LATS-P)
  - C. Аденомы представляют собой доброкачественные опухоли щитовидной железы
  - D. Тимома представляет собой опухоль вилочковой железы
  - E. Все вышеперечисленные утверждения правильны
15. CS. Какое другое название токсической аденомы щитовидной железы является правильным?
- A. Болезнь Базедова-Грейвса
  - B. Зоб Хашимото
  - C. Болезнь Плюммера
  - D. Зоб Риделя
  - E. Все вышеперечисленные варианты являются неправильными
16. CS. Какие из перечисленных факторов провоцируют возникновение тиреотоксического криза?
- A. Резкое прекращение лечения
  - B. Присоединение инфекции или нейропсихические воздействия
  - C. Неадекватная предоперационная подготовка

- D. Все утверждения являются неправильными
  - E. Все утверждения являются правильными
17. CM. Какие утверждения, касающиеся доброкачественных опухолей щитовидной железы, являются правильными?
- A. Представляются в виде аденом, асимптоматичны, медленно развиваются
  - B. Возникают остро, быстро развиваются
  - C. Рано и часто метастазируют
  - D. 70% выявляются в виде „холодного” узла на скintiграфии
  - E. 70% выявляются в виде „горячего” узла на скintiграфии
18. CM. Для предоперационного диагноза злокачественного зоба применяют следующие исследования:
- A. Скintiграфия щитовидной железы
  - B. Выявление антител в плазме крови методом титрования
  - C. Измерение основного метаболизма
  - D. Установление индекса связывания йода
  - E. Пункционно-аспирационная биопсия
19. CM. Что характерно для множественной эндокринной неоплазии первого типа (синдром MEN I)?
- A. Образован опухолями или гиперплазией паращитовидных желез, островкового аппарата поджелудочной железы, гипофиза
  - B. Образован опухолями или гиперплазией надпочечников, поджелудочной железы, гипофиза
  - C. Наиболее постоянным проявлением синдрома MEN I является гиперпаратиреоз (90–100%)
  - D. Аденома гипофиза может быть выявлена почти у всех больных синдромом MEN I
  - E. Синдром MEN I является генетической аутосомнодоминантной аномалией
- D. Все утверждения являются неправильными
  - E. Все утверждения являются правильными

20. CS. Какое из предложенных утверждений является неправильным в отношении хронического тиреоидита Риделя?
- A. Щитовидная железа заполнена плотной фиброзно-склерозированной тканью
  - B. Может сочетаться с другими фиброзными идеопатическими поражениями
  - C. Клинически проявляется как зоб плотной консистенции
  - D. У пациента выявляется гомогенный зоб (при пальпации железа мягкой консистенции, хорошо определяется узловатая структура)
  - E. Сцинтиграфия  $I^{131}$  показывает наличие диффузной неомогенной структуры
21. CM. Какие из ниже представленных утверждений характерны для лимфоцитарного тиреоидита Хашимото?
- A. Является аутоиммунным заболеванием
  - B. В основном встречается у женщин
  - C. В плазме крови пациентов выявляются высокие титры анти-тиреоидных антител
  - D. Заболевание носит семейный характер и сочетается с другими аутоиммунными заболеваниями
  - E. Клинически проявляется в виде твердого, сдавливающего зоба
22. CM. Какие из нижепредставленных утверждений не характерны для подострого тиреоидита Кервена?
- A. Чаще встречается у мужчин
  - B. Возникает после перенесенных инфекций верхних дыхательных путей
  - C. Первым проявлением является лихорадка, озноб
  - D. Щитовидная железа быстро увеличивается в объеме, при пальпации болезненна
  - E. Является тяжелой формой тиреотоксикоза

23. CM. Какие из нижепредставленных утверждений являются неправильными в отношении множественной эндокринной неоплазии?
- A. Являются синдромами, при которых у одного пациента имеются опухоли двух или более эндокринных желез
  - B. Оба синдрома MEN I и MEN II включают поражение щитовидной железы
  - C. Оба синдрома MEN I и MEN II не включают поражение щитовидной железы
  - D. Синдром MEN II представлен в трех формах: тип A, тип B, семейный тип
  - E. Феохромоцитома входит в синдром MEN I
24. CS. Какие из нижепредложенных утверждений в отношении синдрома Золлингера-Эллисона являются правильными?
- A. Синдром Золлингера-Эллисона является причиной возникновения язвы двенадцатиперстной кишки в 10% случаев
  - B. Опухоль (гастринома), обычно локализуемая в головке поджелудочной железы, клинически проявляется пептической язвой
  - C. Опухоль может локализоваться в печени, желудке, в воротах селезенки
  - D. 50–70% опухолей являются злокачественными
  - E. Все вышеперечисленные
25. CS. Наиболее чувствительным и специфическим методом обследования больного с синдромом Золлингера-Эллисона является:
- A. Выявление в плазме крови антитиреоидных антител методом титрования
  - B. Определение уровня гастрина в плазме крови
  - C. Измерение уровня катехоламинов
  - D. pH-метрия желудочного сока
  - E. Все вышеперечисленные



26. CS. Какое из нижепредставленных утверждений в отношении синдрома Золлингера-Эллисона не является правильным?
- A. Язвы при гастриноме обычно небольшого размера или маленькие (1 см в диаметре)
  - B. Диарея наблюдается более чем в  $1/3$  случаев
  - C. Пептическая язва наблюдается в 90–95% случаев
  - D. У больных, при наличии гастриномы, в плазме крови уровень гастрина составляет  $<150$  pg/dl
  - E. Имеются стеаторея и мальабсорбция витамина  $B_{12}$
27. CM. Характерная триада проявлений для синдрома Золлингера-Эллисона:
- A. Множественные язвы часто рецидивирующие, атипичные, с тяжелым и быстрым развитием
  - B. Качественная и количественная желудочная гипосекреция
  - C. Химический состав желудочного сока указывает на усиленную базальную гиперсекрецию
  - D. Наличие гастрин-секретирующей опухоли (гастриномы)
  - E. В плазме крови уровень гастрина резко снижен
28. CS. Какие из нижепредставленных утверждений являются неправильными в отношении феохромоцитомы?
- A. Заболевание составляет 1–5 % от всех заболеваний надпочечников
  - B. Чаще встречается в возрасте 20–35 лет
  - C. Является опухолью из хромофинных клеток
  - D. Чаще локализуется в правом надпочечнике
  - E. Является злокачественной опухолью
29. CS. Основной признак характерный для феохромоцитомы:
- A. Артериальная гипотензия
  - B. Гипертермия
  - C. Термофобия
  - D. Артериальная гипертензия
  - E. Бессонница

30. CS. Какое из нижеперечисленных утверждений, касающихся лечения феохромоцитомы, является неправильным?
- A. Единственный метод лечения – экстирпация опухоли
  - B. Необходимость в консервативном лечении во время предоперационного, интраоперационного, послеоперационного периода для коррекции артериального давления
  - C. Практикуется энуклеация опухоли, частичная резекция надпочечника или тотальная адреналэктомия
  - D. Интраоперационные вмешательства на надпочечнике могут спровоцировать гипертонический криз
  - E. Адреналэктомия выполняется только торакальным доступом
31. CM. Характеристика тимомы:
- A. Является опухолью тимуса
  - B. Является опухолью надпочечников
  - C. Является опухолью щитовидной железы
  - D. Может протекать асимптоматически, проявляется признаками сдавления соседних тканей или паранеопластическими синдромами
  - E. Миастения сочетающаяся с тимомой – плохой прогностический признак
32. CS. Для клинической картины миастении у больных тимомой характерно всё, кроме:
- A. Острого начала и злокачественного течения
  - B. Холинергических кризов и/или миастенических кризов
  - C. Тяжелых моторных нарушений
  - D. Мышечной гипотрофии
  - E. Пародоксального дыхания
33. CM. Какие из нижеперечисленных патологий входят в состав синдрома MEN II?
- A. Мультицентрическая медуллярная карцинома
  - B. Феохромоцитома

33. С. Первичный гиперпаратиреозидизм  
D. Гиперплазия С- клеток  
E. Гиперплазия тимуса
34. CS. В состав синдрома MEN II В входит всё, кроме:  
A. Медулярной карциномы щитовидной железы  
B. Феохромоцитомы  
C. Ганглионевромы кишечника  
D. Инсулиномы  
E. Слизистой невромы
35. CS. Почечный синдром при гиперпаратиреозидизме проявляется следующими признаками, за исключением:  
A. Гипостенурической полиурии  
B. Мочекаменной болезни  
C. Нейрокальциноза  
D. Почечной недостаточности  
E. Атонии мочевого пузыря
36. CS. Для гиперпаратиреозидизма характерны следующие изменения, за исключением:  
A. Укорочения интервалов QT на ЭКГ  
B. Мышечной гипотонии  
C. Радикулярного синдрома  
D. Повышения костносухожильных рефлексов  
E. Депрессивного состояния, астении
37. CM. Клинические признаки характерные для первичного гиперпаратиреоза:  
A. Жажда, полиурия, потеря в весе  
B. Болезненные судороги, фибрилляции мышц  
C. Общая и мышечная выраженная слабость  
D. Боли в костях при надавливании на них, патологические переломы  
E. Утолщение кожи, депигментация

38. CM. Какие из следующих утверждений, касающихся приступа гиперпаратиреозидизма, являются верными?  
A. Развивается медленно  
B. Появляется тошнота, неукротимая рвота, острые боли в животе  
C. Осложняется развитием почечной недостаточности с переходом в уремическую кому  
D. Снижается температура тела  
E. Возможны желудочно-кишечные кровотечения, отек или инфаркт легкого
39. CM. Гиперпаратиреозидический приступ (криз) требует следующих терапевтических мероприятий:  
A. Массивная гидратация 0,9% NaCl (500 мл, повторно)  
B. Раствор диазепама 2,0 мл в/м повторно  
C. Форсирование диуреза раствором фуросемида 40 мг, в/в повторно  
D. Раствор гидрокортизона гемисукцината 100 мг в/в повторно  
E. Раствор паратиреоидина 100 ед в/м
40. CM. Характерным для тиреотоксического криза является:  
A. Гипертермия, тахикардия, артериальная гипертензия  
B. Термофобия, усиление потоотделения, парестезии  
C. Возбуждение, конфузионные состояния, рвота  
D. Экзофтальмия, бессонница, мышечная атрофия  
E. Энтофтальм
41. CM. Для постановки диагноза злокачественного зоба применяют следующие исследования:  
A. Сцинтиграфия щитовидной железы  
B. Выявление антител в плазме методом титрования  
C. Измерение основного обмена  
D. Установление индекса связывания йода  
E. Пункционно-аспирационная биопсия

42. CS. Что не характерно для множественной эндокринной неоплазии 1-го типа (синдром MEN I)?
- A. Образован опухолями или гиперплазией паращитовидных желез, островкового аппарата поджелудочной железы, гипофиза
  - B. Образован опухолями или гиперплазией надпочечников, поджелудочной железы, гипофиза
  - C. Наиболее постоянным проявлением MEN I является гиперпаратиреозидизм (90–100%)
  - D. Аденома гипофиза выявляется почти у всех больных
  - E. Является генетической аутосомно-доминантной аномалией
43. CM. Какие из нижепредставленных утверждений характерны для подострого тиреоидита Кервена?
- A. Чаще встречается у мужчин
  - B. Возникает после перенесенных инфекций верхних дыхательных путей
  - C. Первым проявлением является лихорадка, озноб
  - D. Щитовидная железа быстро увеличивается в объеме, при пальпации болезненна
  - E. Склонен к малигнизации
44. CS. Синдром MEN II A не включает:
- A. Мультицентрическую медуллярную карциному
  - B. Феохромоцитому
  - C. Первичный гиперпаратиреозидизм
  - D. Гиперплазию С-клеток
  - E. Гиперплазию тимуса
45. CS. Синдром MEN II B не включает:
- A. Медуллярную карциному щитовидной железы
  - B. Феохромоцитому
  - C. Ганглионеврому кишечника
  - D. Инсулиному
  - E. Слизистую неврома

46. CS. Какие из клинических признаков характерны для тиреотоксического криза?
- A. Сухость кожи, дерматит
  - B. Искривление костей бедра и голени
  - C. Кальцификация базальных узлов при радиографии черепа
  - D. Беспокойство, высокая температура, тахикардия
  - E. Сужение кортикального слоя кости и расширение костномозгового канала длинных трубчатых костей
47. CM. Повышение содержания гормонов щитовидной железы в крови может проявиться следующим:
- A. Кардиотиреоз
  - B. Тиреотоксическая энтеропатия
  - C. Диабет
  - D. Почечная недостаточность
  - E. Гепатоз
48. CM. Уменьшение содержания гормонов щитовидной железы в крови может проявиться следующим:
- A. Микседематозная кардиопатия
  - B. Дегенеративные артропатии
  - C. Диабет
  - D. Желчнокаменная болезнь
  - E. Мышечные дистрофии
49. CS. Триада: экзофтальм, увеличение щитовидной железы, аритмия характерна для:
- A. Болезни Хашимото
  - B. Рака щитовидной железы
  - C. Эндемического зоба
  - D. Хронического тиреоидита
  - E. Болезни Базедова

50. CS. Глазная симптоматика при болезни Базедова включает всё, кроме:
- A. Пучеглазия и фиксации зрения
  - B. Ретракции верхнего века
  - C. Недостаточной конвергенции глазных яблок
  - D. Экзофтальма
  - E. Энофтальма

**Правильные ответы. Эндокринная хирургия**

- 1 ABDE; 2 ABCDE; 3 ACDE; 4 ABCD; 5 D; 6 A; 7 C; 8 ABCD;  
9 D; 10 E; 11 ABC; 12 AC; 13 D; 14 E; 15 C; 16 E; 17 AD;  
18 AE; 19 ACDE; 20 D; 21 ABCD; 22 AE; 23 CE; 24 E; 25 B; 26 D;  
27 ACD; 28 E; 29 D; 30 E; 31 ADE; 32 E; 33 ABCD; 34 D; 35 E;  
36 D; 37 ACD; 38 BCD; 39 ACD; 40 AC; 41 AE; 42 B; 43 BCD;  
44 E; 45 D; 46 D; 47 ABCE; 48 ABDE; 49 E; 50 E.

### 3.2. ХИРУРГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ СРЕДОСТЕНИЯ

1. СМ. Какое утверждение является верным?
  - A. В заднем средостении расположены: трахея, пищевод, блуждающие нервы, парные и непарные вены, лимфатические узлы
  - B. В верхнем средостении расположены: проксимальные части трахеи, пищевода, вилочковая железа; дуга аорты с ее ветвями, грудной лимфатический проток
  - C. В заднем средостении находятся: пищевод, грудной отдел нисходящей аорты, грудной лимфатический проток, симпатические и парасимпатические нервы, лимфатические узлы
  - D. В среднем средостении расположены: перикард, сердце, бифуркация трахеи и главные бронхи, легочные вены и артерии, бифуркационные лимфатические узлы
  - E. В переднем средостении между перикардом и грудиной расположены: вилочковая железа, блуждающие нервы, грудной лимфатический проток, пищевод
2. СМ. Какие из перечисленных методов исследования применяются для установления локализации опухолей и кист в средостении?
  - A. Рентгенологические исследования
  - B. Ультразвуковая биолокация
  - C. Ядерно-магнитный резонанс
  - D. Инструментальные исследования
  - E. Морфологические исследования
3. СС. Рентгенологические методы диагностики опухолей и кист средостения являются следующие, за исключением:
  - A. Рентгеноскопии и рентгенографии в 2-х проекциях
  - B. Томографии
  - C. Пневмомедиастинографии

- D. Ангиографии
- E. Восходящей урографии

4. CS. Какой из перечисленных методов исследования подтверждает гистогенез опухолей средостения?
- A. Ядерно-магнитный резонанс
  - B. Компьютерная томография
  - C. Медиастиноскопия
  - D. Морфологические исследования
  - E. Пневмомедиастинография
5. CS. Опухолями средостения эмбрионального происхождения являются, за исключением:
- A. Дермоид и тератом
  - B. Первичных семином
  - C. Мезенхимальных доброкачественных и злокачественных опухолей
  - D. Хорионэпителиом
  - E. Хордом
6. CS. Кистами средостения эмбрионального происхождения являются, за исключением:
- A. Мезотелиальных плевро-перикардиальных кист
  - B. Бронхиальных кист
  - C. Гастроинтестинальных кист
  - D. Парапищеводных кист
  - E. Менингоцелея
7. CM. Какие из перечисленных групп опухолей происходят из зрелой ткани средостения?
- A. Опухоли из соединительной ткани
  - B. Опухоли из нервной ткани
  - C. Опухоли из жировой ткани
  - D. Опухоли из лимфоидной ткани
  - E. Опухоли из кровеносных и лимфатических сосудов

8. CM. Первичными опухолями и кистами средостения являются, за исключением:
- A. Опухолей вилочковой железы
  - B. Менингоцелея
  - C. Гидатидозного эхинококка
  - D. Метастатических опухолей
  - E. Болезни Ходжкина
9. CS. Самое частое осложнение первичных кист средостения является:
- A. Злокачественное перерождение
  - B. Сдавление других органов
  - C. Кровотечение
  - D. Перфорация
  - E. Воспаление и нагноение
10. CM. Абсолютные противопоказания к хирургическому лечению злокачественных опухолей средостения являются:
- A. Отдаленные метастазы
  - B. Синдром верхней полой вены
  - C. Стойкий парез голосовых связок
  - D. Дисфагия
  - E. Болевой синдром
11. CS. Какое утверждение верно в отношении тактики лечения при доброкачественных опухолях и кист средостения?
- A. Наблюдение в динамике
  - B. Хирургическое лечение
  - C. Лучевое лечение
  - D. Химиотерапия
  - E. Комбинированное лечение

12. CS. Наиболее эффективным методом лечения злокачественных опухолей средостения нелимфоидного происхождения является:
- A. Хирургический метод
  - B. Лучевое лечение
  - C. Химиотерапевтический метод
  - D. Лучевой и химиотерапевтический методы
  - E. Комбинированный метод: хирургический в комбинации с лучевым и химиотерапевтическим
13. CS. Основным методом лечения первичных злокачественных лимфом средостения является:
- A. Хирургический
  - B. Лучевой
  - C. Химиотерапевтический
  - D. Комбинированный: хирургический и химиотерапевтический
  - E. Комбинированный метод: химиолучевой
14. CM. Эмфизема средостения при травмах может быть вызвана:
- A. Разрывом пищевода
  - B. Разрывом трахеи
  - C. Разрывом бронхов
  - D. Разрывом желудка
  - E. Разрывом перикарда
15. CM. Какие формы острого неспецифического медиастинита являются первичными?
- A. Медиастинит при ранениях средостения без повреждения органов
  - B. Медиастинит при ранениях средостения с повреждением органов
  - C. Медиастинит при ранениях средостения с повреждением плевры и легких
  - D. Контактные медиастиниты
  - E. Метастатические медиастиниты (при септицемии)

16. CS. Какие из перечисленных параклинических методов диагностики наиболее информативны при остром гнойном медиастините?
- A. Ультрасонография
  - B. Лабораторные методы
  - C. Рентгенологические методы
  - D. Бронхоскопия
  - E. Пневмоперитонеум
17. CS. Методом выбора при лечении острого гнойного медиастинита является:
- A. Дезинтоксикационный метод
  - B. Антибактериальная терапия
  - C. Дезинтоксикационная и антибактериальная терапия
  - D. Хирургическое лечение
  - E. Физиотерапевтическое лечение
18. CS. При остром неспецифическом медиастините самой частой микробной флорой является:
- A. Аэробная
  - B. Грибковая
  - C. Анаэробная
  - D. Смешанная (аэробная и анаэробная)
  - E. Неклостридиальная анаэробная
19. CS. Пути проникновения инфекции при остром медиастините являются, за исключением:
- A. Лимфогенного
  - B. Гематогенного
  - C. Контактного
  - D. Смешанного
  - E. Аэрогенного

20. CS. Характерными признаками острого медиастинита являются, за исключением:
- А. Температуры (39–40°C)
  - В. Озноба
  - С. Желтушности
  - Д. Ретростеральных болей
  - Е. Бессонницы и отсутствия аппетита
21. CS. Дифференциальный диагноз острого медиастинита осуществляется со следующими заболеваниями, за исключением:
- А. Пневмонии
  - В. Экссудативного плеврита
  - С. Перикардита
  - Д. Опухоли средостения
  - Е. Релаксации диафрагмы
22. CS. Укажите на самый информативный метод в диагностике острых гнойных медиастинитов:
- А. Бронхоскопия
  - В. Радиография в двух проекциях
  - С. Ангиопульмонография
  - Д. Пункция средостения
  - Е. Эхография
23. CS. Дермоидные кисты и тератомы средостения чаще встречаются:
- А. В верхне-переднем средостении.
  - В. В заднем средостении
  - С. В среднем средостении
  - Д. В верхнем средостении
  - Е. В нижнем средостении

24. CS. Хирургические доступы при острых гнойных медиастинитах являются, за исключением:
- А. Парастерального доступа
  - В. Грудинного доступа
  - С. Дорсального доступа
  - Д. Торако-абдоминального доступа
  - Е. Абдоминального доступа
25. CS. Критериями в пользу удаления дренажа при остром гнойном медиастините являются, за исключением:
- А. Отсутствия интоксикации
  - В. Нормальной температуры тела
  - С. Отсутствия выделений через дренаж
  - Д. Удовлетворительного общего состояния
  - Е. Восстановления желудочно-кишечного транзита
26. CS. Какой из перечисленных клинических и радиологических признаков характерен для острого медиастинита, вызванного анаэробными микроорганизмами?
- А. Боли за грудиной
  - В. Одышка
  - С. Клинические и радиологические признаки эмфиземы
  - Д. Дисфагия
  - Е. Иммобилизация одного из куполов диафрагмы
27. CM. Какие из перечисленных синдромов и симптомов характерны для острого медиастинита?
- А. Загрудинные боли
  - В. Боль между лопаток
  - С. Дисфагия
  - Д. Дыхательные расстройства
  - Е. Неустойчивая гемодинамика



28. CS. Биопсийный материал для морфологического исследования при опухолях средостения может быть получен следующими методами, за исключением:

- A. Бронхоскопии
- B. Чрескожной пункционной биопсии
- C. Медиастиноскопии
- D. Медиастинотомии
- E. Лапароскопии

29. CS. Чаще всего среди опухолей заднего средостения встречаются:

- A. Неврогенные опухоли
- B. Дермоиды и тератомы
- C. Ганглионарные опухоли
- D. Опухоли вилочковой железы
- E. Неходжкинская лимфома

**Правильные ответы. Хирургические заболевания средостения**

1 BCD; 2 ABCD; 3 E; 4 D; 5 C; 6E; 7 ABCDE; 8 BCD; 9 E; 10 ABC; 11 B; 12 E; 13 E; 14 ABC; 15 ABC; 16 C; 17 D; 18 D; 19 E; 20 C; 21 E; 22 D; 23 A; 24 E; 25 E; 26 C; 27 ABCDE; 28 E; 29 A.

### 3.3. НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЕ ГНОЙНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ И ПЛЕВРЫ

1. CS. Главным этиологическим фактором (механизмом) в развитии абсцесса и гангрены легкого является:

- A. Бронхогенный фактор
- B. Травматизм
- C. Бронхоэктатическая болезнь
- D. Септическая эмболия
- E. Распространение инфекции с соседних гнойных очагов

2. CS. Главной причиной гангрены легкого является:

- A. Сниженная иммунная реакция
- B. Преклонный возраст пациента
- C. Сопутствующие заболевания
- D. Микрофлора
- E. Сниженная реактивность организма и микрофлора

3. CS. Какая микрофлора чаще вызывает гангрену легких?

- A. Простейшие
- B. Грибковая инфекция
- C. Грамположительные аэробы
- D. Грамотрицательные аэробы
- E. Анаэробная неклостридиальная микрофлора

4. CS. Чаще всего аспирационные абсцессы лёгких расположены:

- A. В передне-нижних сегментах нижних долей
- B. В латеральных сегментах нижних долей
- C. В верхушечных сегментах верхних долей
- D. В передних сегментах верхних долей
- E. В задних сегментах верхних долей

5. CS. Бронхогенные абсцессы лёгких чаще бывают:

- A. Множественными

- В. Периферическими
  - С. Одиночными
  - Д. Центральными
  - Е. Двухсторонними
6. СМ. Абсцессы лёгких, образованные вследствие септической эмболии, бывают:
- А. Центральными
  - В. Множественными
  - С. Периферическими
  - Д. Одиночными
  - Е. Двухсторонними
7. СС. Который из нижеперечисленных клинических признаков не характерен для первой фазы абсцесса легкого?
- А. Кашель
  - В. Синдром гнойно-септической интоксикации
  - С. Отхождение гнойной мокроты
  - Д. Одышка
  - Е. Болевой синдром
8. СМ. Какой симптом регрессирует во второй фазе абсцесса легкого?
- А. Кровохарканье
  - В. Кашель
  - С. Одышка
  - Д. Отхождение гнойной мокроты
  - Е. Интоксикационный синдром
9. СС. Физикальный синдром характерный для I фазы абсцесса легкого является:
- А. Синдром легочного растяжения (гиперинфляции)
  - В. Синдром легочной конденсации (сгущения)
  - С. Сдвиг средостения в противоположную сторону

- Д. Полостной синдром
  - Е. Синдром гидроторакса
10. СС. Физикальный синдром характерный для II фазы абсцесса легкого является:
- А. Синдром легочного растяжения (гиперинфляции)
  - В. Синдром легочной конденсации (сгущения)
  - С. Сдвиг средостения в противоположную сторону
  - Д. Полостной синдром
  - Е. Синдром гидроторакса
11. СС. Какой из параклинических методов исследования является наиболее информативным в первой фазе абсцесса легкого?
- А. Сканирование с радионуклидами
  - В. Бронхоскопия
  - С. Томография с трансторакальной пункцией
  - Д. УЗИ
  - Е. Бронхография
12. СМ. Какие из параклинических методов являются наиболее информативными во II фазе абсцесса легкого?
- А. Ангиопульмонография
  - В. Обзорная радиография в двух проекциях
  - С. Радионуклидное сканирование
  - Д. Томография
  - Е. УЗИ
13. СС. Рентгенологическими признаками гангрены легкого являются:
- А. Легочная конденсация (инфильтрация)
  - В. Синдром легочного растяжения (гиперинфляции)
  - С. Одиночная полость
  - Д. Четкое жидкостное образование
  - Е. Диффузное легочное затемнение с очагами деструкции (пчелиные соты)

14. CS. С какой из форм осумкованной эмпиемы плевры более затруднен дифференциальный диагноз острого абсцесса легкого?
- A. Верхушечной эмпиемой
  - B. Медиастинальной эмпиемой
  - C. Междолевой эмпиемой с бронхиальным свищем
  - D. Пристеночной эмпиемой
  - E. Наддиафрагмальной эмпиемой
15. CS. С какими полостными образованиями грудной полости затруднен дифференциальный диагноз абсцесса легкого?
- A. Атипическая форма рака легкого
  - B. Туберкулезная каверна
  - C. Нагноившаяся киста с бронхиальным свищем
  - D. Бронхоэктатическая болезнь
  - E. Медиастинальный абсцесс
16. CS. Самым частым осложнением пиогенного абсцесса легкого является:
- A. Генерализация гнойно-септического процесса с отдаленными абсцессами
  - B. Пиопневмоторакс
  - C. Кровотечение
  - D. Острый медиастинит
  - E. Поражение здорового легкого
17. CS. Самое тяжелое и опасное осложнение абсцесса легкого является:
- A. Серозно-фибринозный плеврит
  - B. Гнойный плеврит
  - C. Гнойный плеврит с бронхиальным свищем
  - D. Профузное кровотечение
  - E. Острый медиастинит

18. CS. Профузное легочное кровотечение возникает чаще при:
- A. Бронхоэктатической болезни
  - B. Абсцессе легкого
  - C. Туберкулезе легких
  - D. Раке легких
  - E. Гангрене легких
19. CS. Что является чаще причиной профузного кровотечения при абсцессе и гангрене легких?
- A. Эрозии слизистой бронхов
  - B. Ветви легочной артерии
  - C. Межреберные артерии
  - D. Дуга аорты и грудной отдел аорты
  - E. Бронхиальные артерии
20. CS. Для определения характера микрофлоры при абсцессе и гангрене легкого достоверным является исследование:
- A. Откашливаемой мокроты
  - B. Жидкости, использованной при лаваже бронхов
  - C. Аспирированной жидкости при бронхоскопии
  - D. Назофарингиального мазка
  - E. Материала, полученного при трансторакальной пункции патологического очага
21. CM. Основными методами консервативного лечения абсцесса и гангрены легкого являются:
- A. Коррекция водно-электролитного обмена
  - B. Антибиотикотерапия
  - C. Дезинтоксикация
  - D. Санирование гнойного очага
  - E. Активная иммунокоррекция

22. CS. Самым эффективным методом санирования острого абсцесса легкого является:
- A. Ингаляция с аэрозолями
  - B. Пассивное дренирование (постуральное дренирование)
  - C. Торакоплевропневмоцентез с дренированием
  - D. Бронхиальный лаваж катетером
  - E. Бронхоскопия с лаважем
23. CS. Методом выбора для санирования больших абсцессов легких со значительными по величине секвестрами и выраженным интоксикационным синдромом является:
- A. Торакоплевропневмоцентез с дренажем
  - B. Бронхоскопия
  - C. Бронхиальный лаваж катетером
  - D. Микротрахеостома
  - E. Торакопневмотомия с дренированием абсцесса
24. CS. Который из методов гемостаза практически не реализуем при кровотечении из абсцесса легкого?
- A. Бронхоскопия с обструкцией бронха
  - B. Колабирование пораженного легкого
  - C. Эмболизация бронхиальных артерий
  - D. Торакопневмотомия с ушиванием кровоточащего сосуда
  - E. Резекция легкого
25. CS. Методом выбора при хирургическом лечении гангрены легких, осложненной профузным и повторным кровотечением, является:
- A. Бронхоскопия и лаваж бронхиального дерева
  - B. Повторные плевральные пункции
  - C. Минимальная плевротомия (закрытая)
  - D. Торакопневмотомия с тампонадой
  - E. Резекция легкого

26. CS. Оптимальным методом местного лечения прорвавшегося в плевральную полость острого пиогенного или гангренозного абсцесса является:
- A. Бронхоскопия и лаваж бронхиального дерева
  - B. Повторные плевральные пункции
  - C. Минимальная плевротомия (закрытая)
  - D. Широкая торакотомия с санированием и дренированием плевральной полости и абсцесса
  - E. Резекция легкого
27. CS. При определении результатов консервативного лечения абсцесса легких которое из утверждений неверно:
- A. Выздоровление наступает в 80–85% случаев
  - B. Полное выздоровление (клиническое и морфологическое) наступает в 25–40% случаев
  - C. Клиническое выздоровление наступает в 35–50% случаев
  - D. Переход в хроническую форму наступает в 50% случаев
  - E. Смертность составляет 1–2%
28. CM. Которые из ниже перечисленных факторов способствуют переходу острого абсцесса в хронический?
- A. Запоздалое консервативное лечение
  - B. Несоблюдение правил антибиотикотерапии
  - C. Верхушечное расположение абсцесса
  - D. Неадекватная дезинтоксикационная терапия
  - E. Абсцесс значительных размеров с большими секвестрами, неадекватно санированный
29. CS. Самое тяжелое осложнение хронического абсцесса является:
- A. Туберкулезная инфекция остаточной полости
  - B. Грибковая суперинфекция
  - C. Амилоидоз внутренних органов
  - D. Кровохарканье
  - E. Пиосклероз с вторичными бронхоэктазами

30. CS. Самым эффективным методом диагностики хронического абсцесса является:
- A. Ангиопульмонография
  - B. Радионуклидное сканирование
  - C. Обзорная рентгенограмма
  - D. Бронхоскопия
  - E. Томография и бронхография
31. CS. Которые из форм хронического абсцесса легкого не будут подвержены хирургическому лечению?
- A. Повторные кровотечения
  - B. Асимптомная остаточная полость
  - C. Прогрессирующий пиеосклероз
  - D. Частое обострение хронического гнойного процесса
  - E. Малигнизация
32. CS. Методами выбора в лечении хронического абсцесса легкого являются:
- A. Общее консервативное лечение
  - B. Бронхоскопия и лаваж бронхиального дерева
  - C. Торакотомия с дренированием
  - D. Антибиотикотерапия
  - E. Резекция легкого
33. CM. Которые из ниже перечисленных осложнений возникают чаще в ранний послеоперационный период у больных, оперированных с различными гнойными процессами легочной паренхимы?
- A. Бронхоспазм
  - B. Шоковое легкое
  - C. Ателектазы
  - D. Перегрузка (наводнение) бронхов секретом
  - E. Бронхопневмония

34. CS. Самым грозным плевральным осложнением после резекции легкого является:
- A. Гнойные плевриты
  - B. Бронхиальные свищи
  - C. Нагноение раны
  - D. Кровотечение
  - E. Ателектазы
35. CS. Оптимальным методом профилактики эмпиемы плевры после резекции легкого, выполненной по поводу гнойных паренхиматозных процессов, является:
- A. Коррекция гомеостаза
  - B. Антибиотикотерапия
  - C. Коррекция иммунного статуса
  - D. Расправление легкого и адекватное дренирование
  - E. Ингаляции с аэрозолями
36. CM. Которое из ниже перечисленных утверждений по отношению к анатомической структуре легких неправильное?
- A. Левое легкое состоит из двух долей
  - B. Правое легкое состоит из трех долей
  - C. Левое легкое состоит из трех долей
  - D. Правое легкое состоит из двух долей
  - E. Правое легкое имеет среднюю долю
37. CS. Сегменты легких следующие, за исключением:
- A. В верхней доле правого легкого имеются три сегмента (1,2,3)
  - B. Средняя доля имеет один сегмент (4)
  - C. Нижняя доля справа имеет 5 сегментов (6,7,8,9,10)
  - D. Верхняя доля слева имеет 5 сегментов (1,2,3,4,5)
  - E. Нижняя доля слева имеет 4 сегмента (6,8,9,10)
38. CM. Бронхиальные артерии берут своё начало:
- A. От легочной артерии

- В. От межреберных артерий
  - С. От подмышечной артерии
  - Д. От подключичной артерии
  - Е. От аорты
39. CS. Слизистая бронхов покрыта:
- А. Альвеолярным эпителием
  - В. Мерцательным эпителием
  - С. Мезотелием
  - Д. Эндотелием
  - Е. Многослойным плоским эпителием
40. CS. Бронхиальная стенка состоит из следующих слоёв, за исключением:
- А. Слизистого слоя и собственной мембраны
  - В. Мышечного слоя
  - С. Подслизистого слоя
  - Д. Клеточно-жирового слоя
  - Е. Фиброзно-хрящевое слоя
41. CS. Который из дыхательных объёмов не верен?
- А. Резервный объём вдоха 1 500–2 000 мл
  - В. Резервный объём выдоха 500 мл
  - С. Остаточный объём 1 000–1 300 мл
  - Д. Дыхательный объём 400–500 мл
  - Е. Минутный дыхательный объём 5 000–10 000 мл
42. CS. Который из легочных параметров не верен?
- А. Жизненная ёмкость 3 000–4 000 мл
  - В. Общая ёмкость 4 000–5 300 мл
  - С. Ёмкость вдоха 2 400–3 200 мл
  - Д. Остаточная функциональная ёмкость 1 500 мл
  - Е. Максимальная дыхательная ёмкость 128 000 мл

43. CS. Который из параметров частичного давления газов крови не верен?
- А.  $O_2$  артериальной крови – 60 мм рт.ст.
  - В.  $O_2$  венозной крови – 38 мм рт.ст.
  - С.  $O_2$  артериальной крови – 98 мм рт.ст.
  - Д.  $CO_2$  артериальной крови – 37,8 мм рт.ст.
  - Е.  $CO_2$  венозной крови – 42,5 мм рт.ст.
44. CS. Функциональными методами исследования дыхания являются, за исключением:
- А. Спирометрии
  - В. Радионуклидного сканирования
  - С. Спирографии
  - Д. Спироэргометрии
  - Е. Пневмотахографии
45. CS. Главными факторами в развитии бронхоэктатической болезни являются:
- А. Бронхоэктатическая болезнь, в основном, является врожденной патологией
  - В. Генетические факторы
  - С. Механические факторы
  - Д. Инфекция
  - Е. Механический и инфекционный факторы
46. CS. Бронхоэктатическая болезнь развивается на фоне:
- А. Писклероза
  - В. Хронической пневмонии
  - С. На фоне неизменной легочной паренхимы
  - Д. Эмфиземы легких
  - Е. Хронической эмпиемы
- А. Ангиопульмонария (влияет на развитие эмфиземы)

47. CS. Самой частой анатомо-патологической формой бронхоэктазов является:
- A. Варикозная форма
  - B. Цилиндрическая форма
  - C. Псевдокистозная форма
  - D. Ампулярная форма
  - E. Смешанные формы
48. CS. Который из слоев стенки бронха замещается соединительной тканью при развитии необратимых бронхоэктазов (третья стадия)?
- A. Слизистый слой
  - B. Подслизистый слой
  - C. Гладкомышечный слой
  - D. Хрящи
  - E. Все слои
49. CS. Который из перечисленных симптомов бронхоэктатической болезни преобладает?
- A. Болевой синдром
  - B. Кровохарканье
  - C. Синдром гнойно-септической интоксикации
  - D. Бронхиальный синдром
  - E. Повышенная температура
50. CS. При бронхоэктатической болезни поражается чаще всего:
- A. Верхняя доля правого легкого
  - B. Средняя доля правого легкого
  - C. Верхняя доля левого легкого
  - D. Верхняя и средняя доли правого легкого
  - E. Нижние доли
51. CS. Физикальный синдром характерный для бронхоэктатической болезни является:
- A. Синдром растяжения легких (гиперинфляция)

- B. Синдром легочной конденсации (сгущение)
  - C. Полостной синдром
  - D. Гидроторакс
  - E. Бронхиальный синдром
52. CS. Самым частым местным осложнением бронхоэктатической болезни является:
- A. Острые пневмопатии
  - B. Острые и подострые бронхиты
  - C. Кровохарканье
  - D. Гнойный плеврит
  - E. Пиосклероз
53. CS. Самое грозное осложнение общего характера в позднем периоде развития бронхоэктатической болезни является:
- A. Абсцесс головного мозга
  - B. Абсцессы печени
  - C. Генерализация гнойно-септического процесса
  - D. Поддиафрагмальный абсцесс
  - E. Амилоидоз внутренних органов
54. CM. Дифференциальный диагноз бронхоэктатической болезни представляет трудность со следующими патологиями:
- A. Гнойный бронхит без расширения бронхиального дерева
  - B. Гнойные легочные заболевания с вторичными бронхоэктазами
  - C. Туберкулез легких
  - D. Бронхоцеле
  - E. Кистозные или псевдокистозные врожденные заболевания легких
55. CS. Самым эффективным методом диагностики бронхоэктазов является:
- A. Ангиопульмонография

- В. Обзорная рентгенограмма  
С. Томография  
D. Бронхография  
E. Бронхоскопия
56. CS. Который из ниже указанных методов исследования наиболее информативен при определении функциональных резервов легких:
- A. Радионуклидное сканирование  
B. Определение парциального давления  $O_2$  и  $CO_2$  крови  
C. Тестирование вентиляции легких  
D. Тестирование вентиляции каждого легкого в отдельности  
E. Ангиопульмонография
57. CS. Оптимальным методом подготовки больных с бронхоэктазами к бронхографии является:
- A. Парентеральное применение антибиотиков  
B. Отхаркивающие средства  
C. Коррекция гомеостаза  
D. Дезинтоксикация  
E. Санирование бронхиального дерева
58. CS. Самым эффективным методом санирования бронхиального дерева является:
- A. Аэрозольные ингаляции  
B. Постуральный дренаж  
C. Бронхиальный лаваж через катетер  
D. Отхаркивающие средства  
E. Бронхоскопия – лаваж с антибиотиками, антисептиками и аспирация

59. CS. Строго консервативное лечение бронхоэктатической болезни показано во всех случаях кроме:
- A. Больным с декомпенсированными сопутствующими заболеваниями  
B. В ранних стадиях заболевания, в основном у детей  
C. В случае поражения одного легкого и одной или более долей с противоположной стороны  
D. При ограниченном поражении обоих легких  
E. При тяжелом амилоидозе внутренних органов
60. CS. Консервативное лечение бронхоэктатической болезни предусматривает следующие меры, за исключением:
- A. Коррекции гомеостаза  
B. Дезинтоксикации  
C. Дезинфекции бронхов и верхних дыхательных путей  
D. Снижения желудочной секреции  
E. Бальнео-климатического лечения
61. CS. Хирургическое лечение бронхоэктатической болезни, в зависимости от местного процесса, редко показано в следующих случаях:
- A. Односторонние нагноившиеся бронхоэктазы  
B. Разрушенное бронхоэктатическое легкое  
C. Четко ограниченные двухсторонние бронхоэктазы  
D. Диффузные двухсторонние бронхоэктазы с детства, неосложненные  
E. Вторичные бронхоэктазы, осложненные кровотечением
62. CS. Радикальное хирургическое лечение бронхоэктатической болезни заключается в следующем, за исключением:
- A. Сегментарной резекции  
B. Лобэктомии, билобэктомии  
C. Клиновидной резекции  
D. Плевро-легочной декорткации  
E. Пневмонэктомии



63. CS. Непосредственные послеоперационные осложнения при бронхоэктатической болезни являются следующими, за исключением:
- A. Позднего просыпания больного после наркоза
  - B. Профузного кровотечения
  - C. Болевого шока
  - D. Бронхоспазма
  - E. Несостоятельности швов бронха
64. CS. Ранними плевральными послеоперационными осложнениями после резекции легкого при бронхоэктатической болезни являются следующими, за исключением:
- A. Эмпиемы плевры
  - B. Гемоторакса
  - C. Пневмоторакса
  - D. Ателектазы
  - E. Гидроторакса
65. CS. Ранними послеоперационными осложнениями паренхимы и бронхов после резекции легкого при бронхоэктатической болезни являются следующими, за исключением:
- A. Ателектазы
  - B. Пневмонии
  - C. Перегрузки (наводнение) бронхов слизью
  - D. Оттека легких
  - E. Шейно-грудной эмфиземы
66. CS. Которые из следующих осложнений, непосредственно возникших после резекции легкого при бронхоэктатической болезни, требуют немедленной повторной операции?
- A. Ателектазы
  - B. Болевой шок
  - C. Внутривнутриплевральное кровотечение
  - D. Пневмоторакс
  - E. Наводнение бронхиальным секретом

67. CS. Плевральная серозная оболочка покрыта:
- A. Цилиндрическим мерцательным эпителием
  - B. Альвеолярным эпителием
  - C. Эндотелием
  - D. Мезотелием
  - E. Плоскоклеточным эпителием
68. CS. В плевре хорошо развита сеть:
- A. Артериальная
  - B. Венозная
  - C. Лимфатическая
  - D. Артериальная и венозная
  - E. Артерио-венозные шунты
69. CS. Что является самой частой причиной развития неспецифических гнойных плевритов:
- A. Гнойно-воспалительные заболевания легочной паренхимы и бронхов
  - B. Гнойные процессы, находящиеся по соседству
  - C. Отдаленные гнойные процессы
  - D. Травма грудной клетки
  - E. Хирургические вмешательства на грудной клетке
70. CS. Какая микрофлора чаще высевается при неспецифическом гнойном плеврите?
- A. Аэробы
  - B. Неклостридиальные анаэробы
  - C. Грибковая инфекция
  - D. Клостридиальная анаэробная инфекция
  - E. Аэробы и неклостридиальная анаэробная флора
71. CS. Основными субъективными признаками острых гнойных неспецифических плевритов являются, за исключением:
- A. Боли в грудной клетке

- В. Кашля  
С. Одышки  
D. Инспираторной брадипнеи  
E. Полипнеи
72. CS. В начальной фазе диффузного гнойного плеврита боль имеет следующий характер:  
A. Грудная колика  
B. Диффузная грудная боль  
C. Боль в определенной точке  
D. Межреберные боли  
E. Боли в межлопаточно-позвоночной области
73. CS. При гнойных сформировавшихся плевритах боль имеет следующий характер:  
A. Грудная колика  
B. Диффузная грудная боль  
C. Боль в определенной точке  
D. Межреберные боли  
E. Боли в межлопаточно-позвоночной области
74. CS. Какой из нижеперечисленных синдромов характерен для гнойных плевритов?  
A. Синдром легочной гиперинфляции (растяжение легкого)  
B. Синдром легочной конденсации (сгущение легкого)  
C. Полостной синдром  
D. Синдром гидроторакса  
E. Смешанный физикальный синдром
75. CS. Какой из признаков гидроторакса исчезает при сформировавшейся эмпиеме?  
A. Снижение голосового дрожания  
B. Легочная тупость  
C. Везикулярное дыхание ослабленное

- D. Повышенная верхушечная воздушность  
E. Крепитация и шум трения плевры

76. CS. Исходя из расположения осумкованного гнойного плеврита, которое из утверждений неверно?  
A. Верхушечный плеврит  
B. Реберно-пристеночный плеврит  
C. Межсегментарный плеврит  
D. Медиастинальный плеврит  
E. Междолевой плеврит
77. CS. Какой из методов диагностики наиболее эффективен при гнойном плеврите?  
A. УЗИ  
B. Радионуклидное легочное сканирование  
C. Обзорная рентгенограмма в разных проекциях  
D. Ангиопульмонография  
E. Бронхоскопия
78. CM. При какой из форм осумкованного гнойного плеврита дифференциальный диагноз является самым затруднительным?  
A. Верхушечный плеврит  
B. Медиастинальный плеврит  
C. Диафрагмальный плеврит  
D. Междолевой плеврит  
E. Пристеночный плеврит
79. CS. Какой из нижеперечисленных является методом выбора в диагностике осумкованного гнойного плеврита?  
A. УЗИ  
B. Рентгенологическое исследование (радиоскопия, радиография, томография) с пункцией и цитологическим исследованием полученной жидкости  
C. Сканирование легкого

- D. Ангиопульмонография  
E. Бронхоскопия
80. CS. Цитологическое исследование плеврального выпота при гнойном плеврите характеризуется:
- A. Преобладанием лимфоцитов
  - B. Более 50 лейкоцитов в поле зрения
  - C. 50–70 лейкоцитов в поле зрения
  - D. Более 100 лейкоцитов в поле зрения, из которых нейтрофилы составляют 80%
  - E. Преобладают измененные эритроциты
81. CS. Консервативное лечение бактериальной острой эмпиемы предусматривает следующие меры, за исключением:
- A. Дезинтоксикации
  - B. Противомикробного лечения
  - C. Устранения плеврального выпота
  - D. Санации первичного гнойно-септического очага
  - E. Улучшения иммунного статуса при помощи активной иммунизации
82. CS. Методом выбора местного лечения гнойного плеврита является:
- A. Внутрплевральное введение антибиотиков
  - B. Эвакуация плеврального выпота и расправление легкого
  - C. Торакоскопия с устранением плеврального выпота
  - D. Бронхоскопия с бронхиальным лаважем и аспирацией
  - E. Катетеризация подключичной вены для антибиотикотерапии
83. CS. Традиционными методами удаления плеврального выпота являются следующими, за исключением:
- A. Повторных пункций
  - B. Минимальной плевротомии с дренированием
  - C. Широкой плевротомии без резекции ребер и дренирования
  - D. Широкой плевротомии с резекцией ребер и дренирования
  - E. Торакоскопии с аспирацией плеврального выпота
84. CM. Метод эвакуации плеврального выпота зависит главным образом от следующих условий:
- A. Причины плеврита
  - B. От возраста больного
  - C. От реактивности организма
  - D. От характера выпота и этиологии плеврита
  - E. От характера микрофлоры
85. CM. Которые из нижеперечисленных факторов способствуют переходу острой эмпиемы плевры в хроническую форму?
- A. Запоздалое лечение
  - B. Неадекватное дренирование плевральной полости
  - C. Резистентная к антибиотикам агрессивная микрофлора
  - D. Сниженная иммунная реакция
  - E. Декомпенсированные сопутствующие заболевания
86. CS. Основным принципом в лечении хронической эмпиемы является:
- A. Дезинфекция остаточной полости
  - B. Антибиотикотерапия
  - C. Дезинтоксикация
  - D. Коррекция гомеостаза
  - E. Устранение остаточной полости
87. CS. Современными хирургическими методами лечения хронической эмпиемы являются следующие, за исключением:
- A. Экстраплевральной торакопластики
  - B. Интраплевральной торакопластики
  - C. Плевро-легочной декорткации

- D. Плевро-легочной декортикации в ассоциации с парциальной резекцией легкого
- E. Экстраплевральной тампонады пластическими материалами

88. CS. Какой из методов интраплевральной тампонады используется в спорадических случаях эмпиемы плевры без бронхиальных свищей?

- A. Тампонада при помощи воска
- B. Тампонада жировой клетчаткой
- C. Тампонада при помощи губки из пластических материалов
- D. Мышечная тампонада
- E. Тампонада при помощи акриловых шариков

**Правильные ответы. Неспецифические гнойные заболевания легких и плевры**

1 A; 2 E; 3 E; 4 E; 5 CD; 6 BCE; 7 C; 8 DE; 9 B; 10 D; 11 C; 12 BD; 13 E; 14 C; 15 C; 16 B; 17 D; 18 E; 19 E; 20 E; 21 ABCD; 22 C; 23 E; 24 B; 25 E; 26 D; 27 D; 28 ABDE; 29 C; 30 E; 31 B; 32 E; 33 CD; 34 D; 35 D; 36 CD; 37 B; 38 BDE; 39 B; 40 D; 41 B; 42 D; 43 A; 44 B; 45 E; 46 C; 47 B; 48 E; 49 D; 50 E; 51 E; 52 B; 53 E; 54 BE; 55 D; 56 D; 57 E; 58 E; 59 D; 60 D; 61 D; 62 D; 63 E; 64 D; 65 E; 66 C; 67 D; 68 C; 69 A; 70 E; 71 D; 72 A; 73 B; 74 D; 75 E; 76 C; 77 C; 78 BD; 79 B; 80 D; 81 E; 82 B; 83 E; 84 AD; 85 ABCDE; 86 E; 87 E; 88 D.

### 3.4. НЕГНОЙНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ И ПЛЕВРЫ

1. CS. Этиологическим фактором эхинококкоза легкого является:
  - A. Микотический
  - B. Паразитарный
  - C. Бациллярный
  - D. Вирусный
  - E. Простейшие
  
2. CM. Взрослая особь ленточной глисты *Taenia echinococcus granulosis* живет в кишечнике окончательного хозяина, за исключением:
  - A. Собаки
  - B. Человека
  - C. Лисицы
  - D. Крупнорогатого скота
  - E. Волка
  
3. CM. Пузырная стадия ленточной глисты *Taenia echinococcus granulosis* развивается в органах, хозяином которых является, за исключением:
  - A. Свины
  - B. Лисицы
  - C. Грызунов
  - D. Человека
  - E. Собаки
  
4. CS. Основной путь инфицирования при эхинококкозе легкого является:
  - A. Респираторный путь
  - B. Гастроэнтеральный путь
  - C. Через слизистую
  - D. Через укусы
  - E. Через кожные покровы

5. СМ. Вторичный эхинококкоз лёгкого возникает следующими путями:
- А. Через желудочно-кишечный тракт
  - В. Бронхогенный путь
  - С. Через слизистые
  - Д. Гематогенный путь
  - Е. Лимфогенный путь
6. СС. При инфицировании ленточным глистом *Taenia echinococcus granulosis* процент поражения легкого является:
- А. 5–10%
  - В. 15–20%
  - С. 25–30%
  - Д. 35–50%
  - Е. 60–80%
7. СС. Гидатидозная киста лёгкого состоит из следующих элементов, за исключением:
- А. Хитиновой мембраны
  - В. Адвентиции
  - С. Зародышевой мембраны
  - Д. Сколексы
  - Е. Дочерних кист
8. СС. Жидкость эхинококковой кисты состоит из следующих компонентов, за исключением:
- А. Белковых компонентов
  - В. Сахарид и гликолитических ферментов
  - С. Онкосферы
  - Д. Дочерних пузырей
  - Е. Сколексы

9. СС. Какие изменения показателей общего анализа крови характерны для неосложненного эхинококкоза легкого?
- А. Лейкоцитоз
  - В. Эозинофилия
  - С. Базофилия
  - Д. Лимфопения
  - Е. Моноцитоз
10. СС. Основным клиническим признаком неосложненного эхинококкоза легкого является:
- А. Тупые боли в грудной клетке
  - В. Кожная сыпь
  - С. Кашель
  - Д. Температура
  - Е. Кровохарканье (гемоптизия)
11. СС. Какое осложнение эхинококкоза легкого ассоциируется с анафилактическим шоком?
- А. Прорыв кисты в бронх
  - В. Нагноение
  - С. Прорыв кисты в плевральную полость
  - Д. Прорыв в бронх с аспирацией в здоровое легкое
  - Е. Кровотечение
12. СС. Классическим рентгенологическим признаком неосложненного эхинококкоза легкого являются:
- А. Округлое или овальное затемнение с ровными контурами и с кальцинатами
  - В. Округлое или овальное затемнение не всегда с ровными контурами, реберной рентгенологической интенсивности, участвующее в дыхательных движениях
  - С. Округлое или овальное затемнение не всегда с четкими контурами, реберной рентгенологической интенсивности, не участвующее в дыхательных движениях

- D. Округлое затемнение с уровнем жидкости  
E. Затемнение нерегулярной рентгенологической интенсивности и негомогенной
13. CS. Дифференциальный диагноз прорвавшейся кисты эхинококка в бронх проводится с следующими заболеваниями, за исключением:
- A. Туберкулезной каверны  
B. Осумкованной эмпиемы с бронхиальным свищем  
C. Полостной формы рака легкого  
D. Легочной туберкулемы (гранулома)  
E. Абсцесса легкого
14. CS. Какой метод хирургического лечения неосложненного эхинококкоза легкого чаще используется?
- A. Резекция легкого  
B. Кистостомия с дренированием остаточной полости  
C. Кистостомия с ликвидацией остаточной полости  
D. Кистостомия с перикистэктомией  
E. Торакоскопическая эхинококкэктомия
15. CM. В каких случаях эхинококкоза легких показана резекция легкого?
- A. Киста с прорывом в бронх  
B. Киста, осложненная пиосклерозом легкого  
C. Киста со стенозом бронха и отсутствия условий расправления легкого  
D. Киста с прорывом в плевральную полость  
E. Неосложненная эхинококковая киста
16. CM. В каких случаях эхинококкоза легкого химиотерапия препаратами группы бензилмидазола является единственным методом лечения?
- A. Киста с прорывом в плевральную полость

- B. Киста маленьких размеров  
C. Эхинококкоз легкого с диффузным поражением обоих легких  
D. Эхинококкоз легких и печени  
E. Сопутствующие тяжелые, декомпенсированные заболевания
17. CM. Что относится к воздушным кистам легких?
- A. Являются следствием перенесенного патологического процесса в прошлом  
B. Имеют бронхиальное строение  
C. Появляются у взрослых в основном  
D. Встречаются при внутрилегочной секвестрации  
E. Характеризуются непостоянной рентгенологической картиной
18. CS. Какое из перечисленных является самым частым осложнением субплевральных воздушных кист:
- A. Нагноение  
B. Спонтанный пневмоторакс  
C. Гемоптизия  
D. Малигнизация  
E. Компрессивный синдром
19. CS. Дифференциальный диагноз воздушной кисты легкого проводят со следующими заболеваниями, за исключением:
- A. Туберкулеза  
B. Полостной формы рака легкого  
C. Неосложненного эхинококкоза легкого  
D. Абсцесса легкого  
E. Междолевой эмпиемы легкого с бронхиальным свищем
20. CS. Какие исследования являются основными в диагностике воздушных кист легкого?
- A. Изотопное исследование легкого

- В. Торакоскопия
  - С. Рентгенологическое исследование легкого
  - Д. Бронхоскопия
  - Е. Цитологическое и морфологическое исследование
21. CS. Методом выбора в лечении нагноившихся воздушных кист легкого является:
- А. Бронхоскопия и лаваж бронхиального дерева
  - В. Электрокоагуляция воздушных кист через торакоскопию
  - С. Резекция легкого
  - Д. Эксцизия стенки кисты
  - Е. Транспариетальное дренирование кисты
22. CS. Этиологическим фактором негнойного гидроторакса является, за исключением:
- А. Травмы лимфатического протока (хилоторакс)
  - В. Травмы грудной клетки с поражением плевры, межреберных артерий, паренхимы легкого (гемоторакс)
  - С. Панкреатогенного плеврального экссудата
  - Д. Прорыва абсцесса легкого в плевральную полость
  - Е. Ракового плеврального экссудата метастатический
23. CS. Какое из исследований плеврального выпота позволяет определить его характер?
- А. Рентгенологическое исследование
  - В. Торакоскопия
  - С. Плевральная пункция с цитологическим и биохимическим исследованием выпота
  - Д. Изотопное исследование
  - Е. УЗИ
24. CM. Какое из перечисленных утверждений относится к спонтанному пневмотораксу (первичному, идеопатическому)?
- А. Это неотложное состояние

- В. Возникает на фоне заболеваний легкого
  - С. Возникает внезапно
  - Д. Как правило, без ранее установленной патологии легких
  - Е. Встречается преимущественно у детей
25. CM. Какие основные условия способствуют возникновению спонтанного пневмоторакса?
- А. Наличие очага минимальной резистентности легочной паренхимы
  - В. Возраст
  - С. Наличие провоцирующего фактора (кашель, физическая нагрузка)
  - Д. Существование сопутствующих заболеваний
  - Е. Пол
26. CS. Нарушение дыхания и сердечной деятельности при спонтанном пневмотораксе возникает в основном, вследствие:
- А. Основного заболевания
  - В. Возникновения синдрома внутригрудного давления
  - С. Боли
  - Д. Сопутствующих заболеваний
  - Е. Возраста
27. CS. Клиника спонтанного пневмоторакса обусловлена следующими факторами, за исключением:
- А. Патоморфологической формы заболевания
  - В. Легочной ателектазии
  - С. Характера патоморфологических изменений в лёгких
  - Д. Функции сердечной деятельности
  - Е. Функции мочеполовой системы
28. CS. Какие клинические признаки нехарактерны для клапанного пневмоторакса?
- А. Острые боли



- В. Одышка
  - С. Выбухание соответствующей половины грудной клетки
  - Д. Выбухание вен шеи и верхних конечностей
  - Е. Гемоптизия
29. CS. Какие рентгенологические признаки нехарактерны для компрессивного пневмоторакса?
- А. Повышенная „прозрачность” грудной клетки на пораженной стороне
  - В. Смещения средостения
  - С. Спавшееся лёгкое
  - Д. Опущение диафрагмы в сторону перитонеальной полости на пораженной стороне
  - Е. Колебание средостения
30. CM. Какой метод исследования нельзя проводить в остром периоде спонтанного пневмоторакса?
- А. Рентгенография и томография лёгких
  - В. Изотопное исследование лёгких
  - С. Бронхография
  - Д. Торакоскопия
  - Е. Фистулография
31. CM. Самыми частыми осложнениями неразрешённого пневмоторакса являются:
- А. Кровотечение
  - В. Эмпиема плевры
  - С. Малигнизация плевры
  - Д. Туберкулизация плевральной полости
  - Е. Переход в хронический процесс
32. CM. Консервативное лечение спонтанного пневмоторакса показано в следующих случаях, за исключением:
- А. Доброкачественного пневмоторакса

- В. Закрытого пневмоторакса
  - С. Пневмоторакса малого объёма (15–20%)
  - Д. Пиопневмоторакса
  - Е. Пневмоторакса с бронхиальным свищом большого калибра
33. CS. Хирургическое миниинвазивное лечение спонтанного пневмоторакса включает следующее, за исключением:
- А. Плевротомии Bulau
  - В. Плевротомии „a minima” с аспиративным плевральным дренажем
  - С. Клапанного плеврального дренажа
  - Д. Торакоскопии с коагуляцией воздушных булл
  - Е. Резекции лёгкого
34. CS. Хирургическое лечение пневмоторакса по программе максимум (резекция лёгкого, частичная плеврэктомия, декорткация лёгкого, расширенная плевроторакотомия) не используется в следующих клинических ситуациях:
- А. Рецидивирующий пневмоторакс
  - В. Пиопневмоторакс
  - С. Хронический пневмоторакс
  - Д. Эхинококковый гидропневмоторакс
  - Е. Небольшой гемопневмоторакс
35. CS. Из нижеперечисленных, какая самая важная экстренная медицинская помощь при спонтанном клапанном пневмотораксе?
- А. Кислородотерапия
  - В. Назначение дыхательных analeптиков
  - С. Превращение клапанного пневмоторакса в открытый пневмоторакс
  - Д. Назначение кардиотоников
  - Е. Управляемое дыхание

36. CS. При применении медикаментозных средств, раздуванием легкого, применением миниинвазивных хирургических методов удается ликвидировать спонтанный пневмоторакс в следующих случаях (пропорциях):

- A. 85–90%
- B. 75–80%
- C. 65–70%
- D. 55–60%
- E. 45–50%

**Правильные ответы. Негнойные заболевания легких и плевры**

1 B; 2BD; 3 BE; 4 B; 5 BD; 6 C; 7 B; 8 C; 9 B; 10 C; 11 C; 12 B; 13 D; 14 C; 15 BC; 16 BCE; 17 ACE; 18 B; 19 C; 20 C; 21 C; 22 D; 23 C; 24 ACD; 25 AC; 26 B; 27 E; 28 E; 29 E; 30 CE; 31 BE; 32 DE; 33 E; 34 E; 35 C; 36 A.

### 3.5. ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ СЕРДЦА

1. CS. Все следующие являются факторами риска в отношении развития сердечно-сосудистой патологии, за исключением:

- A. Гипертензии
- B. Высокого уровня HDL-холестерола (фракция холестерина высокой плотности)
- C. Возраста
- D. Мужского пола
- E. Сахарного диабета

2. CS. Атеросклеротические поражения реже всего локализуются в:

- A. Абдоминальной аорте
- B. Интрамуральных коронарных артериях
- C. Артериях голени
- D. Мозговых артериях
- E. Наружной сонной артерии

3. CM. Эхокардиография может оказаться полезной при выявлении:

- A. Митральной регургитации
- B. Левожелудочковой гипертрофии
- C. Стеноза аорты
- D. Локализации обструкции коронарной артерии
- E. Миксомы левого желудочка

4. CM. Все следующие утверждения о доплер-эхокардиографии верны:

- A. Поток крови, удаляющийся от трансдьюсера, продуцирует звук уменьшающейся частоты в отраженной волне
- B. Длинноволновая доплер-кардиография обеспечивает превосходную пространственную разрешающую способность
- C. Данный метод полезен для распознавания сообщений через желудочковые или предсердные перегородки

- D. Пульсационное доплеровское исследование ограничено возможностями разрешающей способности по отношению к скорости потока
- E. Систолическое давление в легочной артерии может быть оценено путем определения систолического градиента в области трикуспидального клапана у пациента с трикуспидальной регургитацией
5. CS. Все следующее об эхокардиографии верно, за исключением:
- A. Контактная эхокардиография может использоваться для обнаружения право-левого внутрикардиального шунта
- B. Скорость потока при доплеровском исследовании может быть определена с наибольшей точностью в том случае, если угол между потоком и излучателем прибора составляет более 20 градусов
- C. Площадь митрального клапана при митральном стенозе может быть точно определена измерением времени, необходимого для достижения давлением, проникающим через митральный клапан, половины его максимума
- D. Эхокардиография демонстрирует движение действующих сердечных структур
- E. Эхокардиография является методом выбора для обнаружения жидкости в перикарде
6. CS. Все следующее о радионуклидной ангиографии верно, кроме:
- A. Впервые выполненная процедура позволяет получить представление о правом и левом желудочке
- B. Определение левожелудочковой фракции выброса не базируется на геометрических построениях
- C. Впервые выполненное исследование позволяет точно изучить морфологию клапанов благодаря высокой пространственной разрешающей способности

- D. Радионуклидная ангиография на фоне физической нагрузки может быть полезна для выявления заболеваний коронарных артерий
- E. Данное исследование может быть полезно в процессе определения прогноза у пациентов, перенесших инфаркт
7. CS. Какое из следующих врожденных заболеваний сердца приводит к незначительному риску септического эндокардита?
- A. Функционирующий артериальный проток
- B. Тетрада Фалло
- C. Подклапанный аортальный стеноз
- D. Дефект межпредсердной перегородки
- E. Дефект межжелудочковой перегородки
8. CS. Наиболее значимым клиническим исследованием, позволяющим провести дифференциальную диагностику между незаращением овального окна (*ostium secundum*) межпредсердной перегородки от *ostium primum* дефекта, является:
- A. Фиксированное расщепление II тона
- B. Пальпируемое возвышение грудной стенки слева
- C. Средне-диастолический шум внизу слева от грудины
- D. Неполный блок левой ножки пучка Гисса
- E. Отклонение электрической оси сердца влево
9. CS. Что из следующего не является типичным для коарктации аорты?
- A. Более часто встречается у мужчин
- B. Часто сочетается с синдромом Турнера
- C. Часто сочетается с аневризмами Вилизиева кольца
- D. Часто сочетается с двухстворчатым аортальным клапаном
- E. Увеличивает риск разрыва аорты в первом триместре беременности

10. CS. Что неверно о функционирующем артериальном протоке?
- A. Чаще встречается у женщин
  - B. Более часто встречается у новорожденных от матерей, перенесших краснуху в первом триместре
  - C. Более часто встречается у младенцев, матери которых перенесли токсоплазмоз в первом триместре
  - D. Чаще у недоношенных
  - E. Чаще у новорожденных в условиях высокогорья
11. CS. Коронарная ангиография и ангиоскопия показывают, что нестабильная стенокардия обычно ассоциируется с острыми изменениями в атероматозных поражениях заинтересованных артерий. Какие из приведенных изменений атеросклеротических поражений наименее вероятны как причина стенокардии?
- A. Разрыв эндотелия
  - B. Кровоизлияние в бляшку
  - C. Формирование тромба
  - D. Локальные простациклиновые влияния
  - E. Локальные тромбоксановые влияния
12. CS. Вероятность трансформации стабильной стенокардии в нестабильную у конкретного пациента можно предсказать на основании какого из результатов ангиографии, приведенных ниже?
- A. Степень стеноза – наиболее серьезное ангиографическое доказательство
  - B. Морфология стеноза, определенная ангиографически
  - C. Протяженность стеноза, выявляемая на ангиографии
  - D. Анатомическая локализация в определенной ветви коронарной артерии
  - E. Общее число найденных при исследовании стенозов

13. CS. Признаками правожелудочковой недостаточности, вторичной по отношению к легочной гипертензии, являются все, кроме:
- A. Увеличения давления в югулярных венах
  - B. Трикуспидальной регургитации
  - C. Рентгена грудной клетки, который демонстрирует увеличение границ вправо с увеличением тени легочной вены
  - D. Гипертрофии правого желудочка на ЭКГ
  - E. Периферических отеков и застойный печень
14. CM. Диагностика первичной легочной гипертензии при пороках сердца включает следующие, за исключением:
- A. Лабораторных серологических исследований системных заболеваний
  - B. Исследование легочной системы
  - C. Катетеризации левых и правых отделов сердца
  - D. Биопсии легких через торакотомия
  - E. Ангиографии легких
15. CM. Все следующее о рестриктивной кардиомиопатии верно:
- A. Систолическая дисфункция предшествует диастолической
  - B. Диастолическая дисфункция является первичной по отношению к систолической
  - C. Трудно выявить различия между рестриктивной кардиомиопатией и констриктивным перикардитом как клинически, так и путем исследования гемодинамики
  - D. Нередко появляются митральная регургитация и предсердная фибрилляция
  - E. Незначительно или вообще не возрастает конечно-диастолическое или конечно-систолическое напряжение как правого, так и левого желудочков
- A. Возраст и пол

16. СС. Все приведенные утверждения об анатомии коронарных сосудов верны, за исключением:
- А. Правая коронарная артерия питает миокард правого желудочка
  - В. Задняя нисходящая артерия, питающая заднюю часть межжелудочковой перегородки, отходит от огибающей артерии, кровоснабжающей левую половину сердца в 85% случаев
  - С. Левая передняя нисходящая артерия питает переднюю часть левого желудочка, большую часть межжелудочковой перегородки и боковую стенку своей диагональной ветвью
  - Д. Задняя левая желудочковая артерия правой коронарной артерии питает атриовентрикулярный узел в 90% случаев
  - Е. Передние пучки левой ножки и правая ножка кровоснабжаются главным образом ветвями левой передней нисходящей артерии
17. СС. Левожелудочковая аневризма, возникающая в результате инфаркта с Q-волной на кардиограмме, может быть распознана по следующему проявлению:
- А. Застойной сердечной недостаточности
  - В. Повторных желудочковых аритмий
  - С. Повторных эмболиях
  - Д. Персистирующего ST сегмента на протяжении 6 или более недель после инфаркта
  - Е. Всех вышеперечисленных пунктов
18. СС. Клинические исследования свидетельствуют, что медикаментозная или механическая реперфузия артерий, связанных с зоной инфаркта, должна приниматься в расчет и после 6 часов после начала атаки болей в груди. Вывод сделан на основании следующих фактов:
- А. Улучшается коллатеральный кровоток из артерии, связанной с зоной инфаркта

- В. Уменьшаются поздние потенциалы во время записи усредненного сигнала ЭКГ
  - С. Улучшается репарация желудочка
  - Д. Уменьшается вероятность формирования аневризмы желудочка
  - Е. Всё вышеприведенное
19. СМ. В лечении больных с декомпенсированным легочным сердцем оправдано применение следующих методов и средств:
- А. Инфузии растворов нитроглицерина
  - В. Блокаторов кальциевых каналов
  - С. Сердечных гликозидов антагонистов альдостерона
  - Д. Кровопускания с последующим введением реополиглобулина
  - Е. Антагонистов альдостерона
20. СС. Какой из перечисленных рентгенологических признаков является общим для миокардита и экссудативного перикардита?
- А. Кардиомегалия
  - В. Отсутствие дуг по контурам сердечной тени
  - С. Отсутствие застоя в легких
  - Д. Преобладание поперечника сердца над длинником
  - Е. Укорочение тени сосудистого пучка
21. СС. Назовите показания к проведению пункции перикарда:
- А. Тампонада сердца
  - В. Подозрение на гнойный процесс
  - С. Замедленное рассасывание экссудата
  - Д. Диагностическая пункция
  - Е. Всё вышеперечисленное
22. СС. Решающее значение в дифференциальной диагностике между ишемической болезнью сердца и дилатационной кардиомиопатией имеет:
- А. Возраст и пол больного

- В. Высокий уровень липидов в плазме
  - С. Эхокардиография
  - Д. Коронарография
  - Е. Рентген грудной клетки
23. СС. Для миокардита наиболее характерны жалобы на:
- А. Боли в области сердца, сердцебиение, одышку
  - В. Боли в области сердца, сердцебиение, обмороки
  - С. Боли в области сердца, одышку, асцит
  - Д. Боли в области сердца, головокружение, одышку
  - Е. Боли в области сердца, температуру, сухой кашель
24. СС. Назовите наиболее частую причину констриктивного перикардита:
- А. Травма
  - В. Коллагеноз
  - С. Оперативное вмешательство на сердце
  - Д. Туберкулез
  - Е. Уремия
25. СС. Укажите заболевание, с которым чаще всего приходится дифференцировать сухой перикардит:
- А. Диафрагмальная грыжа
  - В. Острый панкреатит
  - С. Пептическая язва пищевода
  - Д. Инфаркт миокарда
  - Е. Миокардит
26. СС. Какие аускультативные данные типичны для идиопатического гипертрофического аортального стеноза?
- А. Усиление I тона на верхушке и диастолический шум
  - В. Ослабление I тона на верхушке, систолический шум по левому краю грудины и на верхушке

- С. Ослабление I тона на верхушке и систолический шум над аортой
  - Д. Нормальный I тон и отсутствие шумов над аортой
  - Е. „Металлический” II тон над аортой и диастолический шум
27. СС. Гипертензия при коарктации аорты развивается вследствие:
- А. Ишемии внутренних органов ниже места сужения
  - В. Тромбоза вен нижних конечностей
  - С. Недостаточности мозгового кровообращения
  - Д. Присоединения атеросклероза магистральных артерий
  - Е. Нарушения микроциркуляции в коронарных артериях
28. СС. Основным гемодинамическим признаком коарктации грудного отдела аорты является:
- А. Увеличение АД на нижних конечностях
  - В. Гипотензия при измерении АД на верхних конечностях
  - С. Брадикардия высоких градаций
  - Д. Гипертензия выше и гипотензия ниже места сужения
  - Е. Увеличение объема циркулирующей крови
29. СС. Какие признаки характерны для констриктивного перикардита?
- А. Снижение сердечного выброса
  - В. Наличие парадоксального пульса
  - С. Нормальные размеры сердца
  - Д. Кальциноз перикарда
  - Е. Всё вышеперечисленное
30. Клиническая картина открытого артериального протока характеризуется:
- А. Одышка и усталость при физической нагрузки
  - В. Румяница
  - С. АД с большой разницы пульса на фоне низкого диастолического АД

- D. Систолико-диастолический шум во II–III межреберье слева от грудины  
E. Диастолический шум в III межреберье справа от грудины
31. CS. Какие эхокардиографические признаки характерны для идиопатического гипертрофического субаортального стеноза?  
A. Симметричная гипертрофия стенок левого желудочка  
B. Переднее систолическое движение передней створки митрального клапана  
C. Утолщение створок аортального клапана  
D. Выпот в перикардальную сумку  
E. Утолщение перикарда
32. CM. При каких заболеваниях чаще всего встречается мерцательная аритмия?  
A. Гипертрофическая кардиомиопатия  
B. Митральный стеноз  
C. Тиреотоксикоз  
D. Миокардит  
E. Коарктация аорты
33. CS. Какое исследование вы проведете в первую очередь при подозрении на экссудативный перикардит?  
A. Пункцию перикарда  
B. Измерение центрального венозного давления  
C. Рентгенографию грудной клетки  
D. Фонокардиографию  
E. Электрокардиографию
34. CS. Какие из перечисленных признаков наиболее характерны для сердечной недостаточности, обусловленной экссудативным перикардитом?  
A. Кардиомегалия  
B. Характерная поза с наклоном тела вперед или коленолоктное положение

- C. Отсутствие шумов в сердце  
D. Асцит, отеки  
E. Грубый диастолический шум
35. CS. Для недостаточности аортального клапана характерна следующая форма шума на фонокардиографии:  
A. Диастолический шум имеет неубывающий характер  
B. Диастолический шум имеет лентовидный характер  
C. Диастолический шум имеет ромбовидный характер  
D. Систолический шум  
E. Систолический и диастолический шум
36. CM. Открытый артериальный проток (ОАП), выберите правильный ответ:  
A. ОАП соединяет дугу аорты с легочной артерией  
B. ОАП соединяет восходящую аорту с легочной артерией  
C. В начальном периоде ОАП кислородное насыщение крови в малом круге кровообращения повышено  
D. В начальном периоде легочной гипертензии происходит гипертрофия миофибрилл артериол  
E. В четвертой фазе легочной гипертензии происходит изменение направления тока крови через ОАП
37. CM. Открытый артериальный проток (ОАП), выберите правильный ответ:  
A. После рождения в случае ОАП давление крови в легочной артерии выше, чем в аорте  
B. Для ОАП в начальной стадии характерен систоло-диастолический шум при циркуляции крови в одном направлении  
C. ОАП может перейти из белого порока в синий  
D. У больных с ОАП в начальной стадии заболевания имеет место легочная гиперволемиа  
E. При ОАП, нелеченном хирургически, самые тяжелые изменения наступают, в первую очередь, в малом круге кровообращения

38. СМ. Открытый артериальный проток (ОАП), выберите правильный ответ:
- A. Окклюзию ОАП можно произвести без торакотомии
  - B. Операция на ОАП производится через торакотомию с лигированием ОАП
  - C. Операция при ОАП может заключаться в рассечении и перевязке аортального и легочного концов ОАП
  - D. При устранении ОАП чаще всего может быть поврежден *n. vagus*
  - E. При устранении ОАП чаще всего может быть поврежден *n. recurent*
39. СМ. Дефект межжелудочковой перегородки (ДМЖП), выберите правильный ответ:
- A. При ДМЖП систолический шум распространяется на всю поверхность грудной клетки
  - B. Порок из белого может перейти в синий
  - C. Паллиативная операция может быть произведена ребенку только после достижения возраста одного года
  - D. Паллиативная операция может быть произведена в первые три месяца жизни
  - E. Операция, произведенная в цианотической стадии, неэффективна
40. СМ. Дефект межпредсердной перегородки (ДМПП), выберите правильный ответ:
- A. При пластике дефекта перегородки применяется непрерывный шов
  - B. При пластике дефекта перегородки применяется узловый шов
  - C. ЭКГ регистрирует признаки перегрузки только правых отделов сердца
  - D. Левый желудочек остается недогруженным
  - E. Морфологические изменения в малом круге кровообращения развиваются постепенно

41. СМ. Констриктивный перикардит, выберите правильный ответ:
- A. Малый круг кровообращения вовлекается в процесс в результате сдавления легочных вен
  - B. Печень относительно рано увеличивается в результате сдавления нижней полой вены и левого предсердия
  - C. Операция заключается в тотальной перикардэктомии
  - D. Операция заключается в субтотальной перикардэктомии
  - E. После перикардэктомии сердце остается оголенным
42. СМ. Недостаточность трехстворчатого клапана. Выберите правильный ответ:
- A. Выраженная пульсация *v. jugularis*
  - B. Выраженная пульсация *a. carotis*
  - C. В печени, в результате венозного застоя, развивается цирроз
  - D. Появляются периферические отеки
  - E. Порок может быть исправлен протезированием клапана, уменьшением фиброзного кольца, пластикой створок
43. СМ. Коарктация аорты. Выберите правильный ответ:
- A. Сужение аорты находится после отхождения *a. brahiocephalica*
  - B. Сужение аорты находится дистальнее *a. subclavia* левая
  - C. Кровь поступает в нижнюю часть тела через расширенную подключичную артерию
  - D. В бедренных артериях давление снижено
  - E. При коарктации аорты пластика состоит в иссечении суженного сегмента с ушиванием конец в конец либо в шунтировании сосудистыми протезами
44. СМ. Изолированный стеноз легочной артерии (ИСЛА), выберите правильный ответ:
- A. ИСЛА может быть клапанным либо субклапанным
  - B. При ИСЛА ствол легочной артерии расширен



- С. При ИСЛА давление в малом круге кровообращения рефлекторно увеличивается
- D. При ИСЛА второй тон над легочной артерией снижен
- E. Операция состоит в открытой комиссуротомии, иссечение мышечного избытка, использование лоскута из синтетического материала
45. СМ. Тетрада Фалло, выберите правильный ответ:
- A. Характерен выраженный цианоз
- B. Встречаются формы, которые периодически становятся ацианотическими (в покое)
- C. Часто ассоциируются с обмороками
- D. Минутный объем в малом круге уменьшен
- E. Левое предсердие перегружено
46. СМ. Хирургическое лечение при тетраде Фалло, выберите правильный ответ:
- A. Радикальная операция подразумевает дилатацию легочной артерии, пластику дефекта перегородки со смещением аорты к левому желудочку
- B. Паллиативные операции являются более эффективными в возрасте до трех лет
- C. Наиболее часто при паллиативных операциях накладывается анастомоз подключичная артерия-правая ветвь легочной артерии
- D. При тетраде Фалло снижено количество эритроцитов
- E. На ЭКГ преобладают признаки перегрузки правого желудочка
47. СМ. Диагностические особенности тампонады сердца включают следующие признаки:
- A. Повышенное венозное давление
- B. Шок
- C. Снижение сердечного выброса

- D. Увеличение диастолического наполнения сердца
- E. Уменьшенное артериальное давление
48. СС. Важная находка на рентгенограммах груди при хроническом сдавливающем перикардите:
- A. Малое сердце
- B. Дислокация правых бронхов
- C. Усиленный рисунок корней легких
- D. Обызвествление перикарда
- E. Высоко расположенный купол диафрагмы
49. СС. Какие больные с тетрадой Фалло подлежат хирургической коррекции?
- A. Все больные
- B. Больные с гипертрофией правого желудочка
- C. Больные с преобладанием стеноза легочной артерии
- D. Больные без цианоза
- E. Только больные после 15 лет
50. СС. Наиболее частым врожденным пороком сердца является:
- A. Дефект межжелудочковой перегородки
- B. Дефект межпредсердной перегородки
- C. Открытый артериальный проток
- D. Транспозиция больших сосудов
- E. Тетрада Фалло
51. СС. Слабый пульс на лучевых артериях характерен для:
- A. Стенозы аортального клапана
- B. Коарктации аорты
- C. Открытого артериального протока
- D. Митрального стеноза
- E. Тетрады Фалло

52. СМ. Аневризма восходящей аорты может быть обусловлена следующими причинами :
- A. Синдром Марфана
  - B. Травма
  - C. Сифилис
  - D. Атеросклероз
  - E. Кистозный некроз средней оболочки Эрдгейма
53. СС. Расслаивающаяся аневризма грудной аорты чаще всего вызывается:
- A. Атеросклерозом
  - B. Сифилисом
  - C. Дегенерацией средней оболочки
  - D. Травмой
  - E. Коарктацией аорты
54. СМ. Митральный стеноз приводит к следующим нарушениям:
- A. Уменьшение сердечного выброса
  - B. Фибрилляция предсердий
  - C. Системная эмболизация
  - D. Увеличение периферического сопротивления
  - E. Отек легких
55. СМ. Показания к коронарному шунтированию включают:
- A. Тяжелую стенокардию, не отвечающую медикаментозной терапии
  - B. Прогрессирующую стенокардию
  - C. Инфаркт в анамнезе и коронарную болезнь
  - D. Инфаркт в анамнезе и солитарное сосудистое поражение
  - E. Аневризму левого желудочка сердца
56. СМ. Хирургическое лечение при аортальном стенозе показано:
- A. Когда градиент давления через клапаны больше 50 мм рт.ст.:
  - B. Когда стенозу сопутствует стенокардия

- C. Когда имеются сопутствующие пороки сердца
- D. У всех больных
- E. Все ответы неправильные

**Правильные ответы. Хирургическая патология сердца**

1 B; 2B; 3 ABCE; 4 ACDE; 5 B; 6 C; 7 D; 8 E; 9 E; 10 C; 11 D; 12 B; 13 C; 14 BCDE; 15 BCDE; 16 B; 17 E; 18 E; 19 ABCE; 20 A; 21 E; 22 D; 23 A; 24 D; 25 D; 26 B; 27 A; 28 D; 29 E; 30 D; 31 B; 32 BC; 33 C; 34 B; 35 A; 36 ACDE; 37 ACDE 38 ABCE; 39 ABDE; 40 ABDE; 41 ABCE; 42 ACDE; 43 ABDE; 44 ABDE; 45 ABCD; 46 ABCE; 47 ABCE; 48 D; 49 A; 50 A; 51 A; 52 ACDE; 53 C; 54 ABCE; 55 ABCE; 56 ABC.

### 3.6. ХИРУРГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ АОРТЫ И ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ

1. CS. При атеросклеротическом поражении внутренней сонной артерии методом выбора лечения является:
  - A. Тромбозэндоартерэктомия
  - B. Резекция с термино-терминальным анастомозом
  - C. By-pass
  - D. Перевязка внутренней сонной артерии
  - E. Назначение антиагрегационных препаратов
2. CS. Лечение артерио-венозных фистул состоит в:
  - A. Резекции фистулы с восстановлением проходимости сосудов
  - B. Перевязке артерии дистальнее фистулы
  - C. Ампутации конечности
  - D. Перевязке вены дистальнее фистулы
  - E. Исключительно медикаментозное
3. CM. Трофические нарушения, связанные с хронической ишемией, включают следующее:
  - A. Выпадение волос
  - B. Изменения ногтевых пластинок
  - C. Атрофия кожи
  - D. Атрофия мышц
  - E. Остеопороз
4. CS. Эмболии артерий чаще всего локализуются на уровне:
  - A. Бифуркации аорты
  - B. Общей подвздошной артерии
  - C. Общей бедренной артерии
  - D. Церебральных сосудов
  - E. Подколенной артерии

5. CS. Какое утверждение относительно особенностей болезни Бюргера является неправильным?
  - A. Чаще встречается у мужчин
  - B. Чаще возникает в возрасте 20–40 лет
  - C. Сочетается с перемежающейся хромотой
  - D. Находится в прямой корреляции с курением
  - E. Является особой формой атеросклероза
6. CM. Относительно сегментарной бедренно-подколенной окклюзии верными являются следующие утверждения:
  - A. Обычно вовлекается поверхностная бедренная артерия в пределах Гунтерова канала
  - B. Являются характерными изъязвления и гангрена
  - C. Характеризуется перемежающейся хромотой
  - D. Эволюция болезни быстро прогрессирующая
7. CM. Принципы лечения бедренно-подколенной окклюзии включают:
  - A. Программу энергичных движений
  - B. Симпатэктомию в случае выраженной перемежающейся хромоты
  - C. By-pass
  - D. Эндартерэктомии
8. CM. Клинические проявления артерио-венозной фистулы конечностей включают:
  - A. Варикозно-расширенные вены
  - B. Возникновение тахикардии при пальцевом прижатии фистулы
  - C. Постоянный шум под фистулой
  - D. Артериальная недостаточность дистальнее фистулы

9. CS. Перемежающую хромату, как результат выраженного атеросклеротического поражения наружной подвздошной артерии, эффективнее всего лечить:
- A. Поясничной симпатэктомией
  - B. Ежедневной гимнастикой
  - C. By-pass
  - D. Назначением вазодилататоров
  - E. Резекцией пораженного сегмента
10. CM. Характерным для сосудистого поражения на уровне аорто-подвздошного сегмента являются:
- A. Отсутствие клинических проявлений пока закрытие просвета не достигает 90%
  - B. Частое образование аневризмы
  - C. В 30–50% случаев отмечается поражение сосудов сердца и головного мозга
  - D. Часто полная окклюзия аорты происходит в 7–8 декадах
11. CM. Какие из нижеследующих феноменов наблюдается при артерио-венозной фистуле ?
- A. Увеличение объема циркулирующей крови
  - B. Увеличение наполнения пульса
  - C. Увеличение коллатерального кровообращения
  - D. Минутный объем сердца снижен
12. CM. Врожденные артерио-венозные свищи:
- A. Обычно локализуются на конечностях
  - B. Часто являются множественными
  - C. Приводят к локально-региональному гигантизму
  - D. Приводят к сердечной недостаточности
13. CS. Развитию острых артериальных тромбозов способствуют:
- A. Атеросклеротический кардиосклероз
  - B. Септический эндокардит

- C. Ревматический митральный порок сердца
  - D. Облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей
  - E. Всё вышеперечисленное
14. CS. Условия необходимые для развития внутрисосудистых тромбозов:
- A. Повреждение интимы сердца
  - B. Нарушение кровотока
  - C. Изменение состава крови
  - D. Всё вышеперечисленное
15. CS. Данные о состоянии магистральных артерий дистальнее места эмболии можно получить при:
- A. Капилляроскопии
  - B. Объективном исследовании больного
  - C. Радионуклидном исследовании
  - D. Допплерографии
  - E. Всё вышеперечисленное
16. CS. Операцией выбора, выполняемой при эмболии бедренной артерии, является:
- A. Рентген-эндоваскулярная дилатация
  - B. Тромбинтимэктомия
  - C. Эмболэктомия
  - D. Профундопластика
  - E. By-pass
17. CS. Главным фактором, определяющим лечебную тактику при острой артериальной недостаточности, является:
- A. Возраст пациента
  - B. Степень тяжести общего состояния
  - C. Степень ишемии конечности

- D. Наличие сопутствующей атеросклеротической окклюзии
  - E. Локализация тромба или эмбола
18. CS. Восстановление кровотока при острой артериальной недостаточности конечности является абсолютным противопоказанием при:
- A. Ишемии I A степени медленно прогрессирующей
  - B. Ишемии II B степени у пациента с инфарктом миокарда
  - C. Ишемии III A степени у больного с инсультом
  - D. Ишемии III C степени
  - E. Возрасте больного более 85 лет
19. CS. Ампутация, как операция выбора при острой артериальной недостаточности нижних конечностей, показана:
- A. При выраженном атеросклерозе магистральных сосудов нижних конечностей с начальными проявлениями острого тромбоза
  - B. У больных пожилого возраста
  - C. При ишемии III B степени
  - D. Только при ишемии III C степени
  - E. При поздней госпитализации пациента
20. CS. Консервативная терапия как метод выбора при острой артериальной эмболии может быть методом выбора:
- A. При значительной острой ишемии
  - B. У больных старше 80 лет
  - C. У больных с тяжелой сопутствующей патологией
  - D. В случае абсолютных противопоказаний для хирургического лечения
  - E. При наличии тромбогенных и эмболических заболеваний
21. CS. Тромболитический эффект достигается назначением:
- A. Компаламина
  - B. Стрептазы

- C. Аспирина
  - D. Гепарина
  - E. Солкосерила
22. CS. Улучшение микроциркуляции при назначении трентала объясняется:
- A. Спазмолитическим эффектом
  - B. Антиагрегантным действием
  - C. Активацией фибринолизина
  - D. Антикоагулянтным свойством
  - E. Тромболитическим эффектом
23. CS. К антикоагулянтам широкого действия относятся:
- A. Гепарин
  - B. Фибринолизин
  - C. Фенилин
  - D. Трентал
  - E. Никотиновая кислота
24. CS. К антикоагулянтам прямого действия относятся:
- A. Неодикумарин
  - B. Пелентан
  - C. Курантил
  - D. Фибринолизин
  - E. Гепарин
25. CS. При повреждении артериального сосуда с выраженным кровотечением главной опасностью является:
- A. Гиповолемический шок
  - B. Сердечно-сосудистый шок
  - C. Неврогенный шок
  - D. Синдром сдавления
  - E. Декортикация

26. CS. Острая артериальная эмболия и флегмазия нижней конечности имеют общие симптомы, за исключением:
- A. Болей
  - B. Отсутствия пульса
  - C. Бледности кожных покровов
  - D. Парестезии
  - E. Гипотермии кожных покровов
27. CS. Для острого тромбоза магистральной артерии нижних конечностей не характерно:
- A. Бледность
  - B. Боли
  - C. Отек
  - D. Парестезии
  - E. Отсутствие пульса
28. CS. К ишемическому синдрому нижних конечностей относится все, за исключением:
- A. Отсутствия пульса
  - B. Парестезии
  - C. Трофической язвы голени
  - D. Паралича нижних конечностей
  - E. Бледности кожных покровов
29. CS. При эмболии бедренной артерии III степени ишемии (контрактура нижней конечности) методом выбора является:
- A. Срочная эмболэктомия
  - B. Тромболитическая терапия
  - C. Терапия антикоагулянтами
  - D. Симптоматическая терапия
  - E. Первичная ампутация нижней конечности

30. CS. Эмболия плечевой артерии может быть в результате следующих заболеваний, за исключением:
- A. Митрального стеноза
  - B. Острого инфаркта миокарда
  - C. Аневризмы сердца
  - D. Аневризмы брюшной аорты
  - E. Сдавления подключичной артерии дополнительным шейным ребром
31. CS. Жизнеспособность ишемизированной конечности в результате эмболии может быть определена следующими методами:
- A. Сфигмографией
  - B. Реовазографией
  - C. Сцинтиграфией с  $Te^{99}$  (технеций) пирофосфат
  - D. Плетизмографией
  - E. Термографией
32. CS. Лучшим инструментом для эмболэктомии из магистральной артерии является:
- A. Сосудистое кольцо Wolman
  - B. Вакуум-аспиратор
  - C. Катетер Fogarti с баллончиком
  - D. Катетер Dormia
  - E. Окончатый зажим
33. CS. Наиболее частая причина эмболии артерий большого круга кровообращения является:
- A. Атеросклероз дуги аорты
  - B. Ишемическая болезнь сердца
  - C. Тромбоз вен большого круга кровообращения
  - D. Аневризма аорты
  - E. Аневризма сердца

34. CS. Наиболее информативным методом диагностики острой артериальной окклюзии является:
- A. Сфигмография
  - B. Реовазография
  - C. Аорто-артериография
  - D. Плетизмография
  - E. Термография
35. CS. Выберите неверное утверждение относительно аневризмы селезеночной артерии:
- A. Встречается наиболее редко среди висцеральных абдоминальных аневризм
  - B. Возникает в результате дегенеративных процессов мышечного слоя
  - C. Провоцирует боли в левом подреберье с иррадиацией в плечо
  - D. На обзорной рентгенограмме брюшной полости может быть обнаружено кольцо из кальцинатов аневризмы
  - E. Ассоциируется с высоким риском разрыва аневризмы во время беременности
36. CS. При цереброваскулярной облитерации чаще всего поражаются:
- A. Артерия менингеальная средняя
  - B. Бифуркация сонной артерии
  - C. Базилярная артерия
  - D. У устья позвоночной артерии
  - E. У устья общей сонной артерии
37. CS. Периферические атеросклеротические аневризмы чаще всего локализуются на уровне:
- A. Сонной артерии
  - B. Подключичной
  - C. Бедренной

- D. Подколенной
  - E. Локтевой
38. CS. Больной в возрасте 80 лет страдает тяжелой сердечной патологией. Жалуется на выраженную перемежающуюся хромоту в правой конечности. Методом выбора в данном случае является:
- A. Аорто-бедренный by-pass
  - B. Правосторонний аксилярно-бедренный by-pass
  - C. Бедренно-бедренный by-pass
  - D. Правосторонний аорто-подвздошный шунт (by-pass)
  - E. Правосторонняя симпатэктомия
39. CS. Через 3 дня после аорто-бедренного шунтирования у больного в возрасте 65 лет появились мелена и жидкий стул. Наиболее вероятная причина данного осложнения:
- A. Кровотечение из стресс-язвы
  - B. Язвенный колит
  - C. Ишемический колит
  - D. Аорто-дуоденальный свищ
  - E. Нагноение в области проксимального анастомоза
40. CS. Через 6 месяцев после аорто-бедренного шунтирования дарконовым протезом у больного в возрасте 77 лет появилась двусторонняя пульсирующая опухоль в паховой области и температура. Пульс на нижних конечностях нормальный. Возможная причина данного осложнения:
- A. Инфицирование протеза
  - B. Венозная аневризма в результате интраоперационной травмы
  - C. Ложная аневризма как результат расхождения швов
  - D. Растяжение протеза до необычайно широких размеров
  - E. Лимфаденит

41. CS. Через 18 часов после травматической окклюзии бедренной артерии больной был оперирован и артерия восстановлена. После операции, в палате, обнаружилось, что голень оперированной конечности очень плотная и болезненная. Наиболее вероятная причина этого:
- A. Незамеченное поражение вены
  - B. Реакция на реваскуляризацию
  - C. Незамеченный перелом большеберцовой кости
  - D. Длительная дооперационная ишемия тканей
  - E. Мышечный спазм как результат травматизации нервов
42. CS. Наиболее частой причиной острого тромбоза артерии нижних конечностей является:
- A. Облитерирующий тромбангит
  - B. Облитерирующий атеросклероз
  - C. Пункция и катетеризация артерий
  - D. Сдавление сосудов извне
  - E. Полицитемия
43. CM. Определите заболевание (столбик I) в соответствии с локализацией поражения (столбик II):
- Столбик I*
- A. Синдром Лериша
  - B. Абдоминальная ангина
  - C. Синдром Такаясу
- Столбик II*
- A. Верхняя подключичная артерия
  - B. Дуга аорты и ее ветвей
  - C. Церебральные артерии
  - D. Мезентериальные сосуды
  - E. Бифуркация аорты
44. CS. Синдром Лериша – это:
- A. Неспецифический брахецефальный артериит

- B. Атеросклеротическое поражение бифуркации аорты
  - C. Периферическая капилляропатия конечностей
  - D. Мигрирующий тромбангит
  - E. Окклюзия нижней полой вены
45. CS. Для синдрома Лериша характерно все, кроме:
- A. Гипотермии нижних конечностей
  - B. Бледности кожных покровов
  - C. Мигрирующего тромбангита нижних конечностей
  - D. Боли в ягодичной области в положении сидя
  - E. Импотенции
46. CS. Для синдрома Такаясу нехарактерно:
- A. Исчезновение пульса на верхних конечностях
  - B. Исчезновение пульса на нижних конечностях
  - C. Писчий спазм
  - D. Головные боли, головокружения
  - E. Ухудшение зрения до слепоты
47. CS. Методом выбора в хирургическом лечении синдрома Лериша является:
- A. Поясничная симпатэктомия
  - B. Периаартериальная симпатэктомия
  - C. Аорто-бедренный бифуркационный шунт
  - D. Односторонний аорто-бедренный шунт
  - E. Тромбэктомия катетером Фогарти
48. CS. Выберите правильное утверждение относительно клинических проявлений аневризмы абдоминальной аорты :
- A. В 70–75% случаев аневризма абдоминальной аорты проявляется клинически
  - B. Рутинный осмотр и инструментальные методы исследования позволяют поставить диагноз
  - C. Аневризма абдоминальной аорты часто диагностируется



- случайно во время абдоминальных операций по другому поводу
- Д. Больные зачастую ставят сами себе диагноз
- Е. Гипотензия и шок характерны для недоразвития аневризмы абдоминальной аорты
49. СМ. Выберите правильное утверждение относительно клинических проявлений разрыва аневризмы абдоминальной аорты:
- А. Боль в брюшной полости, шок и пульсирующая абдоминальная опухоль
- В. Выраженные абдоминальные боли, но они могут быть характерны и для недоразвития аневризмы абдоминальной аорты
- С. Абдоминальные боли не зависят от положения больного и относительно являются постоянными
- Д. Гипотензия и шок нехарактерны для недоразвития аневризмы абдоминальной аорты
- Е. Желтуха
50. СМ. Выберите правильное утверждение относительно аневризмы абдоминальной аорты:
- А. Рост заболевания аневризмы абдоминальной аорты отражает рост среднего возраста населения, ухудшение методов диагностики
- В. Рост количества аневризмы абдоминальной аорты связан с ростом атеросклеротических заболеваний
- С. У больных с аневризмой бедренной или подколенной артерией количество аневризм абдоминальной аорты увеличивается до 50%
- Д. Большинство аневризм абдоминальной аорты проявляются клинически до разрыва
- Е. Аневризма абдоминальной аорты ассоциируется с варикозным расширением нижних конечностей

**Правильные ответы. Заболевание аорты и периферических артерий**

- 1 А; 2 А; 3 ABCD; 4 С; 5 Е; 6 АС; 7 АС; 8 АС; 9 С; 10 ABC; 11 ABC; 12 ABC; 13 D; 14 D; 15 D; 16 С; 17 С; 18 D; 19 D; 20 D; 21 В; 22 В; 23 С; 24 Е; 25 А; 26 С; 27 С; 28 С; 29 Е; 30 D; 31 С; 32 С; 33 В; 34 С; 35 А; 36 В; 37 D; 38 С; 39 С; 40 А; 41 D; 42 В; 43 В; 44 В; 45 С; 46 В; 47 С; 48 В; 49 ABCD; 50 ABC.

- А. 0,5 см
- В. 1 см
- С. 1,5 см
- Д. 1,8 см
- Е. 2 см
- СМ. Выберите правильное утверждение относительно аневризмы абдоминальной аорты:
- А. Рост заболевания аневризмы абдоминальной аорты отражает рост среднего возраста населения, ухудшение методов диагностики
- В. Рост количества аневризм абдоминальной аорты связан с ростом атеросклеротических заболеваний
- С. У больных с аневризмой бедренной или подколенной артерией количество аневризм абдоминальной аорты увеличивается до 50%
- Д. Большинство аневризм абдоминальной аорты проявляются клинически до разрыва
- Е. Аневризма абдоминальной аорты ассоциируется с варикозным расширением нижних конечностей
- СМ. Выберите правильное утверждение относительно аневризмы абдоминальной аорты:
- А. Боль в брюшной полости, шок и пульсирующая абдоминальная опухоль
- В. Выраженные абдоминальные боли, но они могут быть характерны и для недоразвития аневризмы абдоминальной аорты
- С. Абдоминальные боли не зависят от положения больного и относительно являются постоянными
- Д. Гипотензия и шок нехарактерны для недоразвития аневризмы абдоминальной аорты
- Е. Желтуха
- СМ. Выберите правильное утверждение относительно аневризмы абдоминальной аорты:
- А. Рост заболевания аневризмы абдоминальной аорты отражает рост среднего возраста населения, ухудшение методов диагностики
- В. Рост количества аневризм абдоминальной аорты связан с ростом атеросклеротических заболеваний
- С. У больных с аневризмой бедренной или подколенной артерией количество аневризм абдоминальной аорты увеличивается до 50%
- Д. Большинство аневризм абдоминальной аорты проявляются клинически до разрыва
- Е. Аневризма абдоминальной аорты ассоциируется с варикозным расширением нижних конечностей

### 3.7. ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ ДИАФРАГМЫ

1. СМ. Мышечная часть диафрагмы разделена на следующие отделы:
  - А. Поясничный
  - В. Реберный
  - С. Пояснично-реберный
  - Д. Грудинный
  - Е. Реберно-грудинный
2. СМ. Перечислите слабые участки диафрагмы:
  - А. Треугольник Ларрея
  - В. Треугольник Морганьи
  - С. Треугольник Богдалека
  - Д. Треугольник Паймерова
  - Е. *Hiatus aorticus*
3. СS. Наиболее удобный оперативный доступ при диафрагмальных грыжах:
  - А. Переднебоковая правосторонняя торакотомия в V-м межребрье
  - В. Лапаротомия
  - С. Переднебоковая левосторонняя торакотомия в VII-м межребрье
  - Д. Стернотомия
4. СS. Какая локализация разрыва диафрагмы встречается чаще?
  - А. Правосторонняя
  - В. Левосторонняя
  - С. Двухсторонняя
5. СМ. Клиническая картина полного разрыва диафрагмы включает:
  - А. Признаки дыхательной недостаточности

- В. Признаки сердечной недостаточности
  - С. Признаки перемещения органов брюшной полости в грудную полость
  - Д. Признаки почечной недостаточности
  - Е. Признаки кровотечения
6. СS. Какое расстояние между швами при ушивании грыжевых ворот диафрагмы достаточно для предупреждения рецидива грыжи?
    - А. 0,5 см
    - В. 1 см
    - С. 1,5 см
    - Д. 1,8 см
    - Е. 2 см
  7. СМ. Травматический разрыв диафрагмы сочетается с разрывом следующих органов:
    - А. Селезенкой
    - В. Печенью
    - С. Пищеводом
    - Д. Желудком
    - Е. Поперечно-ободочной кишкой
  8. СS. Проявлением скользящей грыжи пищеводного отверстия диафрагмы является:
    - А. Дисфагия
    - В. Частая рвота
    - С. Частые изжоги
    - Д. Похудание
    - Е. Ничего из вышеназванного
  9. СS. Параэзофагеальная грыжа опасна:
    - А. Ущемлением желудка
    - В. Малигнизацией

- C. Прекардиальными болями
  - D. Ничем из названного
  - E. Всеми вышеназванными
10. CS. Больной поступил в клинику с жалобами на боли в грудной клетке слева, одышку усиливающуюся после приема пищи и при физической нагрузке, а также в положении лежа, тошноту и периодически рвоту, приносящую облегчение. При рентгенографии грудной клетки над диафрагмой газовый пузырь с уровнем жидкости. Ваш диагноз?
- A. Левосторонняя абсцедирующая пневмония
  - B. Стенокардия
  - C. Скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы
  - D. Гемоторакс слева
  - E. Травматическая грыжа диафрагмы
11. CS. При каких условиях выявляются рентгенологически скользящие грыжи пищеводного отверстия диафрагмы?
- A. В положении стоя
  - B. В полусидячем положении
  - C. В положении Тренделенбурга
  - D. При искусственной гипотонии 12-перстной кишки
  - E. В положении на боку
12. CS. Укажите симптомы, чаще всего встречающиеся при скользящих грыжах пищеводного отверстия диафрагмы:
- A. Изжога, боль за грудиной, мелена
  - B. Боль за грудиной, мелена, кишечная непроходимость, рвота
  - C. Кишечная непроходимость, рвота, изжога
  - D. Изжога
  - E. Изжога, рвота, мелена
- A. Признаки дыхательной недостаточности

13. CS. Какие рекомендации Вы дадите больному с рефлюксэзофагитом на почве грыжи пищеводного отверстия диафрагмы?
- A. Высокое положение головного конца тела в постели во время сна, приём антацидов, приём церукала
  - B. Дробный приём пищи небольшими порциями, высокое положение тела во время сна, не ложиться после еды
  - C. Приём антацидов, приём церукала, не ложиться после еды
  - D. Дробный приём пищи небольшими порциями, приём антацидов, не ложиться после еды
  - E. Дробный приём пищи, высокое положение головного конца тела во время сна. Приём антацидов, приём церукала, не ложиться после еды
14. CS. Больная 54 лет предъявляет жалобы на боли за грудиной и в эпигастральной области, возникшие после приема пищи, затруднение глотания, отрыжку. При рентгенографии в заднем средостении округлое просветление с уровнем жидкости, после приема контрастного вещества выявлено расположение кардиального отдела желудка выше диафрагмы. Какое заболевание можно заподозрить у больной?
- A. Рак кардиального отдела желудка
  - B. Релаксацию диафрагмы
  - C. Грыжу пищеводного отверстия диафрагмы
  - D. Ретростернальную грыжу Ларрея
  - E. Параэзофагеальную грыжу
15. CS. Больного 40 лет беспокоят боли за грудиной в области мечевидного отростка, иррадиирующие в лопатку, отрыжка, изжога. Вышперечисленные симптомы усиливаются при наклоне туловища вперед. У больного заподозрена скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Какие из перечисленных методов диагностики необходимы для подтверждения и уточнения диагноза?
- A. Фероградная панкреатикохолангиография, внутрижелудочная рН-метрия

- В. ФГДС, рентгеновское исследование желудка в положении Тренделенбурга, пищеводная иономанометрия, внутрижелудочная рН-метрия
- С. Рентгеновское исследование желудка в положении Тренделенбурга, ретроградная панкреатикохолангиография, пищеводная иономанометрия, внутрижелудочная рН-метрия
- Д. Рентгенологическое исследование желудка в положении Тренделенбурга, ретроградная панкреатикохолангиография, внутрижелудочная рН-метрия
- Е. Рентгенологическое исследование желудка в положении Тренделенбурга, ретроградная панкреатикохолангиография, пищеводная иономанометрия, внутрижелудочная рН-метрия
16. СS. У больной 50 лет внезапно возникла острая дисфагия, сопровождающаяся резкой болью за грудиной. Какова возможная причина из указанных ниже заболеваний?
- А. Межрёберная невралгия
- В. Стенокардия
- С. Ущемлённая параэзофагеальная грыжа
- Д. Рефлюкс-эзофагит
- Е. Грыжа Ларрея
17. СS. У больной отмечаются изжога и жгучие боли за грудиной, боли в левом подреберье, иррадиирующие в области сердца и в левую лопатку. Чаше они возникают при наклоне туловища вперед после еды. При рентгенологическом исследовании пищевод не расширен, укорочен, выпрямлен, барий из него поступает в полушаровидный газовый пузырь с тонкими стенками, расположенный над диафрагмой, а затем заполняет вытянутый желудок с грубыми складками. Ваше заключение?
- А. Ахалазия пищевода
- В. Диафрагмальная грыжа Богдалека
- С. Рак пищевода с переходом в желудок
- Д. Скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы
- Е. Параэзофагеальная грыжа

18. СS. Больная 43 лет жалуется на боли за грудиной и чувство жжения, которые усиливаются после еды и в положении лёжа. В положении стоя боли уменьшаются. В анализах крови умеренная гипохромная анемия. Ваше заключение?
- А. Хронический гастрит
- В. Дуоденальная язва
- С. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы с явлениями рефлюкс-эзофагита
- Д. Рак желудка
- Е. Эпифренальный дивертикул пищевода
19. СS. Какие из перечисленных факторов являются показаниями для хирургического лечения грыж пищеводного отверстия диафрагмы?
- А. Неэффективность консервативного лечения, частые кровотечения пищевода, скользящие грыжи пищеводного отверстия диафрагмы без осложнений
- В. Развитие воспалительных стриктур пищевода, частые кровотечения пищевода
- С. Неэффективность консервативного лечения, развитие воспалительных стриктур пищевода, частые кровотечения пищевода
- Д. Скользящие грыжи пищеводного отверстия диафрагмы без осложнений, врожденный короткий пищевод
- Е. Неэффективность консервативного лечения, развитие воспалительных стриктур пищевода, частые кровотечения пищевода, врожденный короткий пищевод
20. СS. Больной 55 лет обратился с жалобами на изжогу, отрыжку кислым, боли за грудиной. Изжога усиливается после еды и в положении лежа. Какие инструментальные исследования необходимы для уточнения диагноза и дифференциального диагноза?
- А. УЗИ брюшной полости

- В. Компьютерная томография брюшной стенки
  - С. Рентгеноскопия желудка
  - D. Рентгеноскопия желудка в положении Тренделенбурга и эзофагогастродуоденоскопия
  - Е. Лапароскопия
21. CS. Осложнением какого из перечисленных заболеваний является эрозивно-язвенный эзофагит?
- А. Рака желудка
  - В. Язвенной болезни 12-пёрстной кишки
  - С. Кардиоспазма
  - D. Скользящих грыж пищеводного отверстия диафрагмы
  - Е. Хронического гастрита

**Правильные ответы. Хирургические болезни диафрагмы**

**1 ABD; 2 ABCE; 3 B; 4 B; 5 ABCE; 6 B; 7 ABCD; 8 C; 9 A; 10 C; 11 C; 12 A; 13 E; 14 C; 15 B; 16 C; 17 D; 18 C; 19 E; 20 D; 21 D.**

### 3.8. ХИРУРГИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ ПИЩЕВОДА

1. CS. Пищеводный синдром включает следующие признаки, кроме:
  - А. Регургитации
  - В. Сиалореи
  - С. Икоты
  - D. Дисфагии
  - Е. Изжоги
2. CS. Парадоксальная дисфагия характерна:
  - А. Доброкачественным опухолям пищевода
  - В. Раку пищевода
  - С. Дивертикулам пищевода
  - D. Пептическим стенозам пищевода
  - Е. Ахалазии кардии
3. CS. Какой из нижеперечисленных методов может точнее выявить гастроэзофагиальный рефлюкс?
  - А. Эндоскопия
  - В. Эзофагоманометрия
  - С. Эзогастральный транзит с густой бариевой взвесью
  - D. Эзофагеальная скintiграфия
  - Е. Эзофагеальная рН-метрия
4. CS. Спонтанный разрыв пищевода определяется следующими признаками, кроме:
  - А. Сильной загрудинной боли при глотании
  - В. Гнусавости
  - С. Подкожной шейной эмфиземы
  - D. Парадоксальной дисфагии
  - Е. Гидропневмоторакса
5. CS. Какое самое частое осложнение дивертикула Zenker?
  - А. Кровотечение

- В. Перфорация  
С. Малигнизация  
D. Лёгочные осложнения  
E. Перидивертикулярная флегмона
6. CS. Какое из нижеперечисленных утверждений о дивертикуле Zenker ошибочное?  
A. Пульсационный дивертикул  
B. Локализуется в нижней трети пищевода  
C. Может быть поврежден во время эндоскопического исследования  
D. Стенка дивертикула состоит из слизистой оболочки  
E. Оперируется только в случае присутствия симптоматики
7. CS. Самым частым осложнением язвы пищевода является:  
A. Кровотечение  
B. Перфорация  
C. Стеноз  
D. Малигнизация  
E. Лёгочные осложнения
8. CS. Острый гнойный медиастинит чаще всего обусловлен разрывом:  
A. Трахеи  
B. Аневризмы аорты  
C. Пищевода  
D. Поддиафрагмального абсцесса  
E. Перинефрального абсцесса
9. CS. Какое утверждение не является точным по отношению к эпидиафрагмальному дивертикулу?  
A. Сопутствует гастроэзофагеальному рефлюксу  
B. Это тракционный дивертикул

- C. Может быть спутан с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы  
D. Может быть больше чем бифуркационный дивертикул  
E. Может сопутствовать другим болезням пищевода
10. CS. Капризная, перемежающаяся дисфагия, увеличивающаяся при эмоциях, выявляет чаще всего:  
A. Пептический эзофагит  
B. Гастроэзофагеальный рефлюкс  
C. Мегаэзофаг  
D. Рак пищевода  
E. Склеродермию
11. CS. Посткаустические стенозы пищевода характеризуются следующими признаками, исключая:  
A. Являются многочисленными и многоуровненными  
B. Эксцентричны  
C. Находятся на уровне физиологических сужений пищевода  
D. Поражают исключительно слизистую оболочку  
E. Могут сопутствовать пилоростенозу
12. CS. Синдром Mallory-Weiss обусловлен:  
A. Геморрагической язвой пищевода  
B. Разрывом варикозных узлов пищевода  
C. Эпидиафрагмальным дивертикулом с кровотечением  
D. Разрывами (линейными разрывами) слизистой эзогастрального сочленения  
E. Грыжей пищевого отверстия диафрагмы
13. CS. Чаще всего встречаемой доброкачественной опухолью является:  
A. Аденома  
B. Гемангиома  
C. Фиброма

- D. Липома
  - E. Лейомиома
14. CS. В случае грыжи пищеводного отверстия усложненной эзофагитом главной целью операции является:
- A. Ликвидация грыжевого мешка
  - B. Закрытие пищеводного отверстия диафрагмы
  - C. Подавление гастроэзофагиального рефлюкса
  - D. Удлинение пищевода
  - E. Уменьшение желудочной секреции
15. CS. Назовите методы лечения поздно диагностированных травматических поражений пищевода:
- A. Двухстороннее исключение пищевода, дренирование средостения, антибиотики, вторичная пластика
  - B. Антибиотики
  - C. Хирургическое ушивание пищевода
  - D. Гастростомия
  - E. Немедленная эзофагопластика
16. CS. Оптимальным методом лечения в случае ахалазии кардии является:
- A. Эзогастральный by-pass
  - B. Стволовая ваготомия с дренированием
  - C. Эзофагэктомия с пластикой
  - D. Внеслизистая кардиомиотомия в совокупности с антирефлюксной операцией
  - E. Операция Nissen
17. CS. Гастроэзофагиальный рефлюкс может быть обусловлен следующими обстоятельствами, кроме:
- A. Дивертикула Zenker
  - B. Скользящей грыжи пищеводного отверстия диафрагмы
  - C. Проксимальной резекции желудка

- D. Короткого пищевода
  - E. Уменьшения тонуса нижнего пищеводного сфинктера
18. CS. Какое из нижеперечисленных утверждений не относится к коррозивно-токсическому эзофагиту?
- A. Не сопровождается поражениями желудка
  - B. Проявляется при употреблении вовнутрь щелочей
  - C. Приводит к рубцовым сужениям пищевода
  - D. Проявляется при употреблении во внутрь кислот
  - E. Сопровождается деструкцией эпителия
19. CS. Какое утверждение характерно для ахалазии кардии?
- A. Повышенный тонус нижнего сфинктера пищевода
  - B. Частое осложнение дивертикулёзом
  - C. Неукротимая рвота
  - D. Единственным методом, подтверждающим диагноз, является эндоскопия
  - E. Ассоциируется с экстрадигестивными опухолями
20. CS. В клинической картине ахалазии кардии включены следующие признаки, за исключением:
- A. Парадоксальной дисфагии
  - B. Пусковым моментом могут быть эмоции
  - C. Частой рвотой
  - D. Капризного течения процесса
  - E. Возможной малигнизации
21. CS. Оптимальным методом хирургического лечения кардио-спазма является:
- A. Эзофагогастростомия
  - B. Стволовая ваготомия с дренированием
  - C. Резекция пищевода
  - D. Комбинирование эзокардиомиотомии с антирефлюксной операцией
  - E. Операция Nissen

22. CS. В случае перфорации шейного отдела пищевода оптимальным консервативным методом лечения является:
- A. Гастральный зонд с антибиотикотерапией
  - B. Постельный режим с антибиотикотерапией
  - C. Ушивание дефекта, дренирование средостения, антибиотикотерапия
  - D. Резекция пищевода и пластика толстой кишкой
  - E. Эндоскопическое пломбирование дефекта
23. CS. Оптимальным методом лечения ахалазии кардии I–II-ой степени является:
- A. Спазмолитики
  - B. Инструментальное расширение нижнего сфинктера пищевода
  - C. Эзофагомиотомия
  - D. Седирование больного
  - E. Диета в сочетании с нейротропными средствами
24. CS. Рентгенологическими критериями при кардиоспазме являются следующие, за исключением:
- A. Конического сужения в кардиальном сегменте
  - B. Надстенотического расширения
  - C. Рельеф складок сохранён
  - D. Сопровождается с дуоденогастральным рефлюксом
  - E. Раскрытие кардии при спазме I–II степени
25. CS. Пусковым моментом кардиоспазма является:
- A. Ожог
  - B. Гастроэзофагиальный рефлюкс
  - C. Нарушение функций центральной и вегетативной нервной системы
  - D. Аномалии развития
  - E. Изжога

26. CS. Средняя длина пищевода составляет:
- A. 18 см
  - B. 21 см
  - C. 25 см
  - D. 28 см
  - E. 32 см
27. CS. Калибр пищевода сужен:
- A. Тремя сужениями
  - B. Четырьмя сфинктерами
  - C. Дугой аорты
  - D. Грудным лимфатическим протоком
  - E. Полунепарной веной
28. CS. Главной функцией пищевода является:
- A. Освобождение полости рта от секрета слюнных желез
  - B. Любрификация пищи секретом слизистой пищевода
  - C. Продвижение пищи в желудок
  - D. Обеспечение выделения воздуха, поступившего в желудок вместе с пищей
  - E. Обеспечение выделения рвоты
29. CM. Язва Barret обусловлена:
- A. Уменьшением pH пищевода
  - B. Термическими и коррозивными поражениями
  - C. Метаплазией слизистой, желудочными цилиндрическими клетками
  - D. Перфорацией инородным телом
  - E. Гастроэзофагиальным рефлюксом
30. CM. Вход в пищевод находится:
- A. На уровне III шейного позвонка
  - B. На расстоянии 14–17 см от передней стенки верхних резцов
  - C. На уровне бифуркации трахеи



- D. На расстоянии 10–12 см от передней стенки нижних резцов  
E. На уровне VI шейного позвонка
31. СМ. Синдром Voerhaave характеризуется:  
A. Послервотным разрывом на уровне дистального пищевода  
B. Острым медиастинитом  
C. Продольным дефектом слизистой оболочки в кардиальном отделе с кровотечением  
D. Напряжением мышц передней брюшной стенки  
E. Присутствием воздуха под диафрагмой при обзорной рентгенографии брюшной полости
32. СМ. Рентгенологическими признаками ахалазии кардии являются:  
A. Сужение на уровне нижнего сфинктера пищевода  
B. Сегментарные сужения по ходу пищевода  
C. Признак „мышиный хвостик”  
D. Воронкообразное надстенотическое расширение пищевода  
E. Асинхронизм между открытием нижнего сфинктера пищевода и глотанием
33. СМ. Дилатативный метод лечения ахалазии назначают при:  
A. I стадии ахалазии  
B. II стадии ахалазии  
C. III стадии ахалазии  
D. IV стадии ахалазии  
E. Во всех случаях
34. СМ. Целью хирургического лечения ахалазии является:  
A. Внеслизистая кардиомиотомия  
B. Задняя круорофия  
C. Стволовая ваготомия  
D. Фундопликация  
E. Резекция пищевода

35. СМ. Укажите механизмы, препятствующие рефлюкс содержимого желудка в пищевод:  
A. Тонические сокращения нижнего сфинктера пищевода  
B. Градиент давления между грудным и брюшным отделом пищевода  
C. Рефлекс открытия кардии при глотании  
D. Угол Гисса  
E. Складка Губарева
36. СМ. Пептическая язва пищевода может сопровождаться:  
A. Гастроэзофагиальным рефлюксом  
B. Грыжей пищеводного отверстия диафрагмы  
C. Коротким пищеводом  
D. Ахалазией пищевода  
E. Инвазией *Helicobacter Pylori*
37. СМ. Дивертикулы пищевода чаще встречаются:  
A. У мужчин  
B. У женщин  
C. До 30 лет  
D. После 50 лет  
E. В грудном отделе пищевода
38. СМ. По локализации определяют следующие типы дивертикулов пищевода:  
A. Глоточно-пищеводный  
B. Надаортный  
C. Бифуркационный  
D. Эпидиафрагмальный  
E. Кардиальный
39. СМ. Назовите отличительные характеристики дивертикула Zenker:  
A. Локализуется на передней стенке глоточно-пищеводного перехода

- В. Это тракционный дивертикул
  - С. Высокое давление и дискоординированные мышечные сокращения предрасполагают появлению дивертикула
  - Д. Нуждаются в дивертикулэктомии
  - Е. Возможно разрешение методом инвагинации
40. СМ. Для бифуркационных дивертикулов характерно:
- А. Прорыв в трахею
  - В. Боль за грудиной
  - С. Напряжение мышц брюшного пресса
  - Д. Присутствует признак „шнурования ботинок”
  - Е. Чаше протекает без клинических признаков
41. СМ. Диагноз дивертикула ставят на основании:
- А. Компьютерной томографии
  - В. Рентгеноскопии пищевода с густой бариевой взвесью
  - С. Фиброзофагоскопии
  - Д. рН-метрии пищевода
  - Е. Манометрии пищевода
42. СМ. Консервативному лечению подвергаются дивертикулы:
- А. Тракционные
  - В. Эпидиафрагмальные
  - С. Малых размеров
  - Д. Неосложнённые
  - Е. Сопутствующие гастроэзофагеальному рефлюксу
43. СМ. Осложнениями дивертикулов пищевода являются:
- А. Перфорация, пенетрация, кровотечение
  - В. Стеноз пищевода
  - С. Ахалазия кардии
  - Д. Свищи
  - Е. Рак

44. СМ. Показанием к хирургическому лечению дивертикулов являются:
- А. Осложнения дивертикулов
  - В. Маленькие дивертикулы без осложнений
  - С. Псевдивертикулы
  - Д. Задержка пищи в дивертикулах
  - Е. Большие дивертикулы с минимальной задержкой в них пищи
45. СМ. Первичные нарушения моторной функции пищевода обусловлены следующими патологиями:
- А. Ахалазия
  - В. Склеродермия
  - С. Диффузный эзофагоспазм
  - Д. Болезнь Rendu-Osler
  - Е. Гастроэзофагеальный рефлюкс
46. СМ. Вторичные нарушения моторной функции пищевода обусловлены следующими патологиями:
- А. Ахалазия
  - В. Склеродермия
  - С. Болезнь Шагаса
  - Д. Сахарный диабет
  - Е. Псевдообструкции пищеварительного тракта на фоне генерализованных нейромиопатий
47. СМ. Для перфорации пищевода характерна триада Mackler, состоящая из:
- А. Рвоты
  - В. Кровотечения
  - С. Загрудинной боли в нижних отделах
  - Д. Подкожной шейной эмфиземы
  - Е. Дисфагии

48. СМ. Для перфорации пищевода характерна триада Barrett, состоящая из:
- А. Одышки
  - В. Рвоты
  - С. Диареи
  - Д. Подкожной эмфиземы
  - Е. Напряжения мышц брюшного пресса
49. СМ. Для перфорации пищевода характерна триада Anderson, состоящая из:
- А. Рвоты
  - В. Подкожной эмфиземы
  - С. Полипноэ
  - Д. Контрактуры мышц брюшного пресса
  - Е. Кровотечения
50. СМ. Протоколы консервативного лечения перфораций пищевода не будут применяться в случае:
- А. Перфораций до 24 часов
  - В. Перфораций до 72 часов
  - С. Перфораций, осложнённых медиастинитом и тяжёлым состоянием больного
  - Д. Перфораций до 12 часов с выраженной подкожной эмфиземой и нарушением дыхания
  - Е. Перфораций, осложнённых пневмотораксом
50. СМ. Параклинически перфорация пищевода определяется:
- А. Наличием воздуха в позадипищеводном пространстве
  - В. Наличием воздуха под диафрагмой
  - С. Положительным симптомом Наклерио
  - Д. Выходом контрастного вещества в околопищеводное пространство
  - Е. гидропневмотораксом

**Правильные ответы. Хирургическая патология пищевода**

1 С; 2 Е; 3 С; 4 D; 5 D; 6 В; 7 А; 8 С; 9 В; 10 С; 11 D; 12 D; 13 Е; 14 С; 15 А; 16 D; 17 А; 18 А; 19 А; 20 С; 21 D; 22 С; 23 В; 24 D; 25 С; 26 С; 27 А; 28 С; 29 С; 30 BE; 31 ABD; 32 ACDE; 33 AB; 34 AD; 35 ABDE; 36 ABC; 37 ADE; 38 ACD; 39 CD; 40 ABE; 41 BC; 42 CD; 43 ABDE; 44 ADE; 45 AC; 46 BCDE; 47 ACD; 48 ADE; 49 BCD; 50 BCDE; 51 ACDE.

### 3.9. БОЛЕЗНИ ОПЕРИРОВАННОГО ЖЕЛУДКА

1. CS. Полная гастрэктомия применима при:
  - A. Раннем демпинг-синдроме
  - B. Позднем демпинг-синдроме
  - C. Рецидиве пептической язвы, обусловленной синдромом Золлингера-Эллисона
  - D. Щелочном рефлюкс-гастрите
  - E. Постваготомической диарее
2. CS. Ирригоскопия имеет определяющее значение в диагностике:
  - A. Постваготомического гастростаза
  - B. Желудочно-тонко-толстокишечного свища
  - C. Рецидивной пептической язве гастро-дуодено-анастомоза
  - D. Демпинга-синдрома
  - E. Всех перечисленных выше
3. CS. Частота рецидивной пептической язвы зависит в первую очередь от:
  - A. Возраста больного
  - B. Продолжительности болезни
  - C. Локализации и размеров язвы
  - D. Осложнений язвенной болезни присутствующих в момент первичной операции
  - E. Типа первичной операции
4. CS. Вследствие какой операции появление рецидивной пептической язвы менее всего вероятно?
  - A. Гастро-энтероанастомоз
  - B. Резекция  $2/3$  желудка
  - C. Стволовая ваготомия с дренирующей операцией
  - D. Стволовая ваготомия с экономной резекцией желудка
  - E. Селективная проксимальная ваготомия

5. CS. Для хронического синдрома приводящей петли наиболее характерным симптомом является:
  - A. Боль в эпигастральной области, тошнота, рвота
  - B. Изжога
  - C. Анорексия
  - D. Запоры
  - E. Тахикардия
6. CS. Вследствие какого из перечисленных вмешательств может возникнуть щелочной рефлюкс-гастрит?
  - A. Стволовая ваготомия с пилоропластикой
  - B. Резекция желудка  $2/3$  по Bilioth I
  - C. Стволовая ваготомия с гастро-дуодено-анастомозом
  - D. Стволовая ваготомия с гастро-энтеро-анастомозом
  - E. Любое из перечисленных
7. CS. Наиболее частой причиной для возникновения рецидивирующей пептической язвы является:
  - A. Экономная резекция желудка
  - B. Неполная ваготомия
  - C. Остаток слизистой канала привратника в культе 12-перстной кишки
  - D. Гастронома
  - E. Первичный гиперпаратирозидизм
8. CS. Исключение гастриномы у язвенного больного следует начинать с:
  - A. УЗИ, компьютерной томографии
  - B. Селективной ангиографии
  - C. Секретинного теста
  - D. Определения сывороточного гастрина
  - E. Тестов желудочной секреции

9. CS. Рецидив пептической язвы чаще всего определен:
- A. Неправильным выбором и выполнением операции
  - B. Гиперпаратиреозом
  - C. Гастрономой
  - D. Инфекцией с *Helicobacter pylori*
  - E. Дуодено-гастральным рефлюксом
10. CS. На 5-ый день после резекции желудка по Billroth II у пациента наблюдается субиктеричность, повышенная температура, сильные постоянные боли в эпигастриальной области и в правом подреберье, тошнота, рвота, тахикардия, лейкоцитоз, амилаземия. Местно: живот участвует в акте дыхания, в эпигастриальной области и в правом подреберье определяется болезненность и ригидность брюшной стенки, там же определяется опухолевидное образование. Рентгенологически определяется расширенная петля кишечника, содержащая воздух. Пассажи бария – без особенностей. Повторное клиническое исследование указывает на нарушение общего состояния. О каком осложнении Вы думаете?
- A. Постваготомный гастропарез
  - B. Несостоятельность швов культи 12-пёрстной кишки
  - C. Острый синдром приводящей петли
  - D. Динамическая послеоперационная непроходимость
  - E. Острый гепатит
11. CS. Для агастральной астении характерны следующие симптомы, за исключением:
- A. Диареи
  - B. Раздражительности
  - C. Анемии
  - D. Повторной рвоты
  - E. Сонливости

12. CS. Для агастральной анемии характерны следующие симптомы, за исключением:
- A. Общей слабости
  - B. Головокружения
  - C. Эритропении, гипогемоглобинемии
  - D. Бледности кожных покровов
  - E. Повышения массы тела
13. CS. Какая из болезней оперированного желудка чаще всего требует повторное вмешательство?
- A. Демпинг-синдром I–II ст.
  - B. Агастральная анемия
  - C. Рецидивная пептическая язва гастро-дуодено-анастомоза
  - D. Постваготомическая диарея
  - E. Энтерогенная мальабсорбция
14. CM. Назовите болезни оперированного желудка:
- A. Внутривентральное кровотечение на 4-й день после резекции желудка
  - B. Гипогликемический синдром
  - C. Агастральная астения
  - D. Постгастрорезекционная анемия
  - E. Несостоятельность швов гастро-дуодено-анастомоза
15. CM. Назовите патологии, не являющиеся болезнями оперированного желудка:
- A. Демпинг-синдром III ст.
  - B. Желудочно-тонко-толстокишечный свищ
  - C. Несостоятельность швов киля желудка
  - D. Пептическая язва тощей кишки
  - E. Послеоперационный панкреатит после резекции желудка
16. CS. Укажите болезнь оперированного желудка:
- A. Послеоперационное желудочное кровотечение на второй день после операции

- В. Постваготомическая диарея
  - С. Рецидивная пептическая язва двенадцатиперстной кишки
  - D. Несостоятельность швов культи двенадцатиперстной кишки
  - Е. Несостоятельность швов желудочно-кишечного анастомоза
17. CS. Какое заболевание не является ни осложнением язвы, ни болезнью оперированного желудка?
- А. Недостаточность кардии
  - В. Желчный рефлюкс-гастрит
  - С. Пилорический стеноз
  - D. Желудочно-тонко-толстокишечный свищ
  - Е. Пенетрация язвы
18. CS. Болезнью оперированного желудка является:
- А. Пептическая язва тонкого кишечника
  - В. Острый послеоперационный панкреатит
  - С. Острая странгуляционная непроходимость приводящей петли, обусловленная спайками
  - D. Кровотечение из язвы отключенной 12-перстной кишки
  - Е. Несостоятельность швов 12-перстной кишки
19. CS. Болезнь оперированного желудка это:
- А. Заболевание, проявляющееся в позднем послеоперационном периоде, после этиопатогенетически обоснованных операций, произведенных на желудке по поводу язвы
  - В. Патология, которая развивается только после резекции желудка
  - С. Органические и функциональные постваготомические патологии
  - D. Заболевания, которые возникают вследствие вмешательств с целью дренирования желудка
  - Е. Заболевания, которые возникают вследствие операций по поводу язвенной болезни

20. CS. Постваготомический синдром это:
- А. Рубцовый стеноз желудочно-кишечного анастомоза
  - В. Острая язва тонкого кишечника
  - С. Гастростаз
  - D. Атрофический гастрит
  - Е. Демпинг-синдром
21. CS. Постгастрорезекционный синдром это:
- А. Агастральная анемия
  - В. Хронический синдром приводящей петли, обусловленный мальротацией 12-перстной кишки
  - С. Желчный рефлюкс-гастрит
  - D. Пилородуоденальный стеноз после ушивания прободной язвы, язва 12-перстной кишки после селективной проксимальной ваготомии
  - Е. Рецидивная
22. CS. Наиболее информативным в диагнозе Демпинг-синдрома является:
- А. Определение клинических проявлений болезни
  - В. Анамнез
  - С. Данные рентгеноконтрастного исследования с бариевой смесью желудочного тракта
  - D. Исследования секреторной функции желудка HCl
  - Е. Тест с 50%-ным раствором глюкозы
23. CS. Главным клиническим симптомом рецидивирующей пептической язвы является:
- А. Изжога
  - В. Боли в подложечной области
  - С. Тошнота и рвота
  - D. Истощение
  - Е. Запоры

24. CS. С какого исследования следует начать диагностику рецидивной пептической язвы?
- Ирригоскопии
  - Уреазным тестом для определения *Helicobacter pylori*
  - Рентгенологическим исследованием верхнего отдела пищеварительного тракта с бариевой смесью
  - Эндоскопическим исследованием
  - Изучением желудочной секреции
25. CS. Наилучший метод операции при синдроме Золлингера-Эллисона второго типа является:
- Резекция желудка по Ру
  - Резекция с тункулярной ваготомией
  - Трункулярная ваготомия
  - Полная гастрэктомия независимо от факта удаления гастриномы
  - Удаление выявленной гастриномы
26. CS. Наиболее совершенным методом диагностики синдрома малого желудка является:
- ФЭГДС
  - Биопсия желудка
  - Внутрижелудочная рН-метрия
  - Рентгенологическое бариевое исследование
  - Все вышеперечисленные
27. CS. Частота заболевания оперированного желудка находится в пределах:
- 3–5%
  - 5–10%
  - 10–25%
  - 25–50%
  - 50–75%
28. CS. Причиной дисфагии после операций по поводу язвы желудка и 12-перстной кишки является:
- Высокая резекция желудка
  - Анастомозит
  - Желчный рефлюкс-гастрит
  - Денервация пищевода
  - Неполная ваготомия
29. CS. Поздний демпинг-синдром появляется после приёма пищи через:
- 30 мин.
  - 1 часа
  - 2–3 часа
  - 3–4 часа
  - 6 часов
30. CS. Принятый *per os* раствор метиленовой синьки может быть полезен в диагностике:
- Постваготомической диареи
  - Рефлюкс-гастрита
  - Желудочно-тонко-толстокишечного свища
  - Гастиномы
  - Демпинг-синдрома
31. CM. Следующие исследования полезны в определении причин рецидивной пептической язвы:
- Эзофагогастроуденоскопия
  - Биоптическое исследование
  - Исследование гастринемии
  - Исследование сывороточного кальция
  - Тесты секреторной функции желудка
32. CM. Лечение рецидивной пептической язвы включает в себя:
- Антагонисты  $H_2$

32. В. Диклофенак с целью уменьшения околоязвенного отека  
С. Витамины  
D. Инфузии растворами аминокислот  
E. Омепразол
33. СМ. Причины рецидивирующей пептической язвы считаются следующие, за исключением:  
A. Экономной резекции желудка  
B. Широкого гастроэнтероанастомоза  
C. Непрерывного ускорения эвакуации желудочного содержимого  
D. Гиперплазии обкладочных клеток  
E. Рефлюкс-гастрита
34. СМ. Перечислите операции, после которых может возникнуть болезнь оперированного желудка:  
A. Ушивание прободной язвы  
B. Резекция желудка по Bilroth I  
C. Желудочно-кишечный анастомоз на петле в виде буквы „омега”  
D. Трункулярная ваготомия с иссечением язвы и пилоропластикой по Djudd  
E. Резекция желудка с применением желудочно-кишечного анастомоза на петле в виде буквы „омега”
35. СМ. Перечислите правильные высказывания относительно синдрома Золлингера-Эллисона:  
A. Доминирующим симптомом является гиперсекреция соляной кислоты  
B. Проявляется гипергастринемией  
C. Может быть обусловлен опухолью панкреатических D-клеток  
D. Может быть обусловлен гиперплазией G-клеток слизистой антрального отдела

- E. Гастронома может располагаться в стенке двенадцатиперстной кишки
36. СМ. Первичный гиперпаратиреозидизм проявляется:  
A. Гиперхлоргидрией  
B. Гиперкальциемией  
C. Фосфатурией  
D. Множественным эндокринным аденоматозом  
E. Остеохондрозом позвоночника
37. СМ. Перечислите высказывания, которые правильно определяют гастрин:  
A. Произведен G-клетками слизистой антрального отдела  
B. Произведен D-клетками поджелудочной железы  
C. Сывороточный уровень у здорового человека 50–200 pg  
D. Сывороточный уровень у здорового человека 500–600 pg  
E. Определяется тестом максимального стимулирования по Key
38. СМ. Назовите рентгенологические признаки демпинг-синдрома:  
A. Желудок воронкообразной формы  
B. Дуодено-гастральный рефлюкс  
C. Ускоренное продвижение пищи через тонкую кишку  
D. Диарея через 15 мин после введения бариевой массы  
E. Провал бариевой массы из желудка в тонкую кишку
39. СМ. Что характерно для I степени демпинг-синдрома?  
A. Учащение пульса на 10–15 ударов в минуту после приема углеводной пищи  
B. Падение АД на 10–15 мм рт. ст.  
C. Неэффективность консервативного лечения  
D. Потеря трудоспособности  
E. Дефицит веса на 5 кг



40. СМ. Причины хронического синдрома приводящей петли являются:
- А. Стеноз приводящей петли
  - В. Послеоперационный гастростаз
  - С. Денервация двенадцатиперстной кишки
  - Д. Кишечная мальабсорбция
  - Е. Стеноз отводящей петли
41. СМ. Для острого синдрома приводящей петли характерно:
- А. Стеноз гастро-дуодено-анастомоза
  - В. Является угрозой для жизни пациента
  - С. Появляется вследствие инвагинации приводящей петли
  - Д. Появляется вследствие заворота приводящей петли
  - Е. Появляется вследствие денервации двенадцатиперстной кишки
42. СМ. Перечислите применяемые операции при остром синдроме приводящей петли:
- А. Редуоденизация
  - В. Резекция с переделом гастро-энтеро-анастомоза на петле „У” по Ру
  - С. Еюно-дуоденопластика
  - Д. Реверсия сегмента тощей кишки
  - Е. Дезинвагинация приводящей кишки
43. СМ. Перечислите постаготомические синдромы:
- А. Гастростаз
  - В. Поздний демпинг-синдром
  - С. Дуоденостаз
  - Д. Хронический синдром приводящей петли
  - Е. Ранний демпинг-синдром
44. СМ. Перечислите виды послеоперационной мальабсорбции:
- А. Гастрогенная

- В. Энтерогенная
  - С. Панкреатогенная
  - Д. Гепатогенная
  - Е. Эндокринная
45. СМ. Перечислите клинические симптомы мальабсорбции:
- А. Кахексия
  - В. Анемия
  - С. Гипергидроз кожных покровов
  - Д. Гирсутизм
  - Е. Стеаторея
46. СМ. Перечислите предрасполагающие факторы для появления постаготомической диареи:
- А. Минимальная секреция НСІ
  - В. Дисбактериоз
  - С. Гипергастринемия
  - Д. Нарушение кишечной моторики
  - Е. Нарушение обмена жирных кислот
47. СМ. Перечислите причины рецидивной пептической язвы после ваготомии:
- А. Неполное пересечение желудочных ветвей блуждающих нервов
  - В. Экономная резекция желудка
  - С. Неадекватное дренирование желудка
  - Д. Гиперкальциемия
  - Е. Гипергастринемия
48. СМ. Перечислите причины рецидивной пептической язвы после резекции желудка по Bilioth II:
- А. Инвазия *Helicobacter pylori*
  - В. Экономная резекция желудка
  - С. Остаток антральной слизистой в культе двенадцатиперстной кишки

- D. Гипергастринемия
- E. Мальабсорбция

49. СМ. Перечислите неэффективные операции при рецидивной пептической язве, обусловленной остаточной антральной слизистой в культе 12-перстной кишки:
- A. Уменьшение размеров гастро-энтероанастомоза
  - B. Редуоденизация
  - C. Резекция антральной части выше двенадцатиперстной кишки
  - D. Редуоденизация путем гастро-еюнодуоденопластики
  - E. Реконструкция анастомоза Бильрот II в Bilioth I
50. СМ. Перечислите эффективные операции в лечении демпинг-синдрома:
- A. Реверсия сегмента тощей кишки
  - B. Изоперистальтическая гастро-еюнопластика
  - C. Еюно-дуоденостомия
  - D. Реконструкция анастомоза Bilioth II в Bilioth I
  - E. Субтотальная резекция

**Правильные ответы. Болезни оперированного желудка**

1 C; 2 B; 3 E; 4 D; 5 A; 6 E; 7 A; 8 E; 9 A; 10 C; 11 D; 12 E; 13 C;  
14 BCD; 15 CE; 16 C; 17 A; 18 A; 19 A; 20 C; 21 C; 22 E; 23 B;  
24 D; 25 D; 26 D; 27 C; 28 D; 29 C; 30 C; 31 ABCDE;  
32 ABCDE; 33 BC; 34 BDE; 35 ABCDE; 36 ABCD; 37 ABC;  
38 ACDE; 39 ABE; 40 ACE; 41 BCD; 42 BC; 43 AC; 44 ABCDE;  
45 ABE; 46 ABDE; 47 AC; 48 BC; 49 ABDE; 50 ABD.

### 3.10. КРОВОТЕЧЕНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

1. СС. Источник кровотечения в просвет желудочно-кишечного тракта чаще всего локализуется в:
- A. Пищевод
  - B. Желудке
  - C. Двенадцатиперстной кишке
  - D. Тонкой кишке
  - E. Толстой кишке
2. СС. Где проходит граница, позволяющая квалифицировать кровотечение как исходящее из верхнего или нижнего отделов пищеварительного тракта?
- A. На уровне фатерова соска
  - B. На месте перехода II-ой части двенадцатиперстной кишки в III части
  - C. На уровне дуодено-еюнального угла
  - D. 30–50 см дистальнее трейцевой связки
  - E. На уровне баугиновой заслонки
3. СС. Из клинических признаков кровотечения меньше всего может служить критерием тяжести кровопотери:
- A. Кровавая рвота
  - B. Качество пульса и величина артериального давления
  - C. Частота дыхательных движений
  - D. Признаки периферической вазоконстрикции
  - E. Мелена
4. СС. Не участвует в процессе компенсации острой кровопотери:
- A. Вегетативная нервная система
  - B. Сердечно-сосудистая система
  - C. Эндокринная система

- D. Кроветворная система  
E. Система иммунной защиты
5. СС. О влиянии микроциркуляторных расстройств на состояние внутренних органов в условиях гиповолемии, вызванной кровопотерей, проще всего судить по функциональным нарушениям со стороны:
- A. Мозга
  - B. Сердца
  - C. Легких
  - D. Кишечника
  - E. Почек
6. СС. Из методов диагностики кровотечений из верхнего отдела пищеварительного тракта важнейшим является:
- A. Эндоскопия
  - B. Рентгеноконтрастное исследование
  - C. Сцинтиграфия
  - D. Селективная ангиография
  - E. Лапаротомия с ревизией органов брюшной полости
7. СМ. Риск продолжения или рецидива язвенного кровотечения очень высок когда:
- A. Налицо состояние шока
  - B. Количество гемоглобина  $< 70$  г/л
  - C. Эндоскопически обнаружена активно кровоточащая язва желудка
  - D. Возраст превышает 50 лет
  - E. Возраст не превышает 30 лет
8. СМ. К эндоскопическим признакам активного язвенного кровотечения относятся:
- A. Струя артериальной крови
  - B. Видимый сосуд

- C. Просачивание крови из-под тромба
  - D. Сгустки крови в желудке
  - E. Язва покрытая сгустками крови
9. СМ. Чем определяется хирургическая тактика при язвенных кровотечениях?
- A. Состоянием больного
  - B. Уровнем гематокрита и гемоглобина
  - C. Данными эндоскопии
  - D. Результатами реанимации
  - E. Полем пациента
10. СМ. Абсолютными показаниями к операции при язвенных кровотечениях являются:
- A. Шок или нестабильная гемодинамика
  - B. Рецидив кровотечения в первые часы или дни после госпитализации
  - C. Кровотечения, сочетающиеся с перфорацией язвы
  - D. Несущественное просачивание крови из-под сгустка при стабильной гемодинамике
  - E. Бульбарная язва
11. СМ. Выбирая способ хирургического лечения язвенного кровотечения, принимают во внимание:
- A. Локализацию язвы
  - B. Возможный тип секреции
  - C. Состояние больного
  - D. Факт повторных кровотечений в анамнезе
  - E. Возраст больного
12. СМ. Чем отличаются стрессовые изъязвления от хронических пептических язв?
- A. Этиопатогенезом
  - B. Морфологическими характеристиками

- C. Клиническим течением
  - D. Осложнениями
  - E. Типом кислотной секреции желудка
13. CS. Какое из утверждений, касающихся острых пептических язв, неверно?
- A. Наблюдаются при тяжелых состояниях, характеризующихся высоким риском для жизни
  - B. Изъязвления множественные
  - C. До появления осложнений протекают бессимптомно
  - D. Осложняются кровотечением и перфорацией
  - E. Кровотечения из острых язв склонны к спонтанной остановке
14. CS. Для начальной терапии кровотечений, возникающих на почве острых изъязвлений и язв, используется:
- A. Блокада  $H_2$ -рецепторов гистамина
  - B. Антациды
  - C. Селективная инфузия вазопрессина
  - D. Внутривенные инфузии и промывания желудка ледяным солевым раствором
  - E. Витамин А в больших дозах
15. CS. Продолжающееся кровотечение после консервативной терапии острых язв диктует необходимость принятия дополнительных мер, наподобие перечисленных ниже. Какое из них заслуживает предпочтения?
- A. Диатермо- и фотокоагуляция
  - B. Трунккулярная ваготомия с пилоропластикой
  - C. Трунккулярная ваготомия с антрумэктомией
  - D. Субтотальная резекция желудка
  - E. Гастрэктомия

16. CS. Угрожающее диффузное кровотечение из слизистой желудка не удается остановить обычными консервативными мерами, дополненными селективной инфузией вазопрессина, эмболизацией сосудов желудка и фотокоагуляцией. За 24 часа перелито 2,5 л крови, но состояние больного остается нестабильным. Наиболее рациональной в этом случае представляется:
- A. Трунккулярная ваготомия с пилоропластикой
  - B. Трунккулярная ваготомия с антрумрезекцией
  - C. Субтотальная резекция желудка
  - D. Проксимальная резекция желудка
  - E. Гастрэктомия
17. CS. Разрыв слизистой при синдроме Мэллори-Вейса имеет место:
- A. В зоне пищеводно-желудочного перехода
  - B. На передней стенке антрального отдела желудка
  - C. На задней стенке антрального отдела желудка
  - D. На малой кривизне желудка
  - E. В зоне привратника
18. CS. К возникновению синдрома Мэллори-Вейса имеют отношение следующие факторы, исключая:
- A. Нарушения эвакуаторной функции желудка
  - B. Ограниченную подвижность слизистой и подслизистого слоя
  - C. Дискоординацию движений мышц пищевода и желудка
  - D. Желудочно-пищеводный рефлюкс
  - E. Внезапное повышение внутрижелудочного давления
19. CS. В число элементов хирургического вмешательства при синдроме Мэллори-Вейса не входит:
- A. Широкая гастротомия
  - B. Осмотр всего желудка
  - C. Ушивание трещины с захватом подслизистого и мышечного слоев

- D. Ревизия окружающих органов  
E. Пилоропластика
20. CS. Эффективным средством для снижения портального кровотока при портальной гипертензии является:
- A. Лактулоза
  - B. Циметидин
  - C. Неомицин
  - D. Вазопрессин
  - E. Седативные средства
21. CS. До 80–90% острых кровотечений из варикозных вен пищевода поддаются контролю. Из методов, используемых с этой целью, приоритетное значение имеет:
- A. Вазопрессин
  - B. Баллонная тампонада
  - C. Склеротерапия
  - D. Чрезпеченочная эмболизация желудочных вен
  - E. Портокавальный анастомоз
22. CS. Баллонная тампонада кровоточащих вен пищевода приводит к осложнениям в 4–9% случаев. Среди них наиболее часты:
- A. Аспирация
  - B. Обструкция трахеи
  - C. Некроз участков слизистой
  - D. Некроз пищевода
  - E. Разрыв пищевода
23. CM. Существуют 2 типа операций, направленных на предупреждение и лечение кровотечений из расширенных вен пищевода – декомпрессивные и разобщающие. Из способов, указанных ниже, к разобщающим относятся:
- A. Центральный сплено-ренальный анастомоз
  - B. Интраоперационная эмболизация желудочных вен

- C. Порто-системный анастомоз в виде Н
  - D. Операция Шугиура
  - E. Операция Кальба
24. CM. У больного с остановившимся кровотечением из расширенных вен пищевода найдены сывороточный билирубин в пределах 35–50 мкмоль/л, сывороточный альбумин – 30–35 г/л, транзиторный асцит и минимальные неврологические симптомы; упитанность признана хорошей. Какие способы лечения подходят для данного случая:
- A. Склеротерапия
  - B. Порто-системное шунтирование
  - C. Чрезкожная, чрезпеченочная эмболизация вен желудка
  - D. Операция Шугиура
  - E. Операция Таннера
25. CS. Самой частой причиной гемобилии является:
- A. Травма печени
  - B. Опухоли печени и желчных путей
  - C. Желчнокаменная болезнь
  - D. Патология внутри- и внепеченочных сосудов
  - E. Абсцесс печени
26. CS. Для гемобилии характерны следующие симптомы, кроме:
- A. Печеночной колики
  - B. Желтухи
  - C. Кровотечения в просвет пищеварительного тракта
  - D. Гепатомегалии
  - E. Мелены
27. CS. Какое утверждение, касающееся кровотечений из нижнего отдела желудочно-кишечного тракта, неверно?
- A. Заболевания, осложняющиеся кровотечением, отличаются большим разнообразием

- В. До начала кровотечения клинические проявления болезни во многих случаях слабо выражены, неспецифичны или отсутствуют
- С. Источники кровотечений могут локализоваться в разных сегментах кишечника одновременно
- Д. Патология, найденная в ходе дооперационного исследования, не обязательно является причиной кровотечения
- Е. Идентификация источника проще всего достигается в ходе лапаротомии
28. СS. Низкие массивные кровотечения из желудочно-кишечного тракта наименее вероятны в случаях, когда источник связан с:
- А. Воспалительным процессом
- В. Опухолевым ростом
- С. Аномалией кишечника
- Д. Механическими причинами
- Е. Сосудистой патологией
29. СS. Массивное кровотечение из толстой кишки может быть первым и единственным проявлением болезни при:
- А. Дивертикулезе
- В. Диффузном семейном полипозе
- С. Злокачественных новообразованиях
- Д. Неспецифическом язвенном колите
- Е. Эндометриозе кишечника
30. СS. Массивное кровотечение при дивертикулезе толстой кишки объясняется прежде всего:
- А. Слабостью кишечной стенки
- В. Близким расположением друг к другу множества дивертикулов
- С. Взаимоотношением дивертикула с сосудами кишечной стенки
- Д. Задержкой в дивертикуле содержимого кишки

Е. Дивертикулитом

31. СМ. Для внутриоперационной диагностики причин низких кровотечений из желудочно-кишечного тракта пригодны:
- А. Ревизия кишечника
- В. Видеопанэндоскопия
- С. Селективная мезентериальная ангиография
- Д. Энтеро- и колотомии
- Е. Внутриоперационное ультразвуковое исследование
32. СS. Для лечения массивного кровотечения на почве неспецифического язвенного колита наилучшим представляется:
- А. Консервативный подход
- В. Илеостомия
- С. Левосторонняя гемиколэктомия
- Д. Субтотальная колэктомия
- Е. Колпроктэктомия

**Правильные ответы. Кровотечения желудочно-кишечного тракта**

1 В; 2 С; 3 С; 4 Е; 5 Е; 6 А; 7 ABCD; 8 AC; 9 ABCD; 10 ABC; 11 ABC; 12 ABC; 13 Е; 14 D; 15 А; 16 Е; 17 А; 18 А; 19 Е; 20 D; 21 С; 22 А; 23 D; 24 BD; 25 А; 26 D; 27 Е; 28 А; 29 А; 30 С; 31 ABC; 32 D.

### 3.11. ХИРУРГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕЧЕНИ

1. CS. Промежуточным хозяином для *Echinococcus granulosus* может быть любой из нижеперечисленных, за исключением:
  - A. Овцы
  - B. Свины
  - C. Человека
  - D. Собаки
  - E. Лошади
2. CS. К осложнениям эхинококка печени относят, за исключением:
  - A. Прорыва в плевральную полость, в бронхи
  - B. Прорыва в брюшную полость
  - C. Прорыва в желчные пути
  - D. Пилефлебита
  - E. Нагноения
3. CS. Какое утверждение относительно эхинококка печени является неправильным?
  - A. Часто является одиночным
  - B. Чаще расположен в левой доле печени
  - C. Характерные для эхинококкоза серологические реакции обычно положительны
  - D. Возможен прорыв кисты в желчные пути, плевральную полость, брюшную полость
  - E. Оперативное вмешательство является обязательным
4. CM. Показаниями к открытой эхинококкэктомии служат:
  - A. Нагноение эхинококковой кисты
  - B. Обызвествление эхинококковой кисты
  - C. Наличие желчного свища

- D. Неблагоприятное анатомическое расположение для хирурга и большого эхинококковой кисты
  - E. Наличие цирроза печени
5. CS. Наиболее часто встречающаяся доброкачественная опухоль печени является:
  - A. Липома печени
  - B. Гемангиома печени
  - C. Кистаденома печени
  - D. Лейомиома печени
  - E. Фиброма печени
6. CS. Какое утверждение, касающееся альвеолярного эхинококкоза печени, правильно?
  - A. Эхографически отображается в виде одиночной кисты
  - B. Передается главным образом лисицами
  - C. Чаще встречается в Молдове и на юге Украины
  - D. Возбудителем является *Echinococcus granulosus*
  - E. Хирургическое лечение состоит в ушивании кисты
7. CS. Назовите неправильное утверждение относительно непаразитарной кисты печени:
  - A. Имеет острое начало
  - B. Может быть посттравматической
  - C. Часто является асимптоматической
  - D. Пункция под контролем ультразвука является методом выбора в лечении данной патологии
  - E. Возможны эволюционные осложнения
8. CS. Методом выбора в лечении эхинококка печени является:
  - A. Химиотерапия
  - B. Хирургический
  - C. Рентгенотерапия
  - D. Гормонотерапия
  - E. Антибиотикотерапия

9. СМ. Ложными утверждениями относительно альвеококкоза печени являются:
- А. Характеризуется медленным течением
  - В. Диагноз сопряжен с трудностями
  - С. Является злокачественной опухолью
  - Д. Характеризуется инвазивным ростом и туманным прогнозом
  - Е. Перитонеальная пункция-лаваж является оптимальным методом лечения
10. СМ. Для лечения гигантской подкапсульной гематомы, в отсутствии разрыва печени, применяют:
- А. Пункцию и эвакуацию гематомы
  - В. Рассечение капсулы и эвакуацию гематомы
  - С. Эвакуацию гематомы и обработку диатермокоагулятором соответствующего участка печени
  - Д. Дренирование брюшной полости
  - Е. Воздержание от каких-либо манипуляций и закрытие брюшной полости
11. СМ. Гемобилия проявляется всё́м, кроме:
- А. Печеночной колики
  - В. Желтухи
  - С. Кровотечения в пищеварительный тракт
  - Д. Гепатомегалии
  - Е. Мелены
12. СС. Какое утверждение относительно доброкачественной опухоли печени является точным?
- А. Имеет медленное течение
  - В. Хирургическое лечение имеет абсолютное показание
  - С. Проявляется в основном у женщин
  - Д. Осложняется желчным свищом
  - Е. Часто сопровождается меленой

13. СС. Укажите параметры характеризующие жидкость неосложненной эхинококковой кисты:
- А. Прозрачная, бесцветная, без запаха, плотность 1008–1015 и рН 6,7–7,2
  - В. Прозрачная, желтоватого цвета, зловонная, плотность 1016–1020
  - С. Мутная, без запаха, плотность менее 1007
  - Д. Мутная, белесоватая, без запаха, плотность 1000
  - Е. Мутная, с зловонным запахом
14. СМ. Назовите основные побочные эффекты антипаразитарной терапии Эсказолом:
- А. Лейкопения
  - В. Почечная недостаточность
  - С. Сердечная аритмия
  - Д. Транзиторное повышение трансаминаз
  - Е. Не имеет побочных эффектов
15. СМ. Хирургическое лечение остаточной полости постэхинококкэктомии включает:
- А. Дренирование остаточной полости
  - В. Капитонаж остаточной полости
  - С. Закрытие остаточной полости без дренажа
  - Д. Кисто-дигестивных анастомозов
  - Е. Перитонеальную пункцию-лаваж
16. СС. Идеальная эхинококкэктомия при эхинококкозе печени показана в следующих ситуациях:
- А. Во всех случаях эхинококкоза печени, независимо от эволютивной стадии
  - В. При нагноении эхинококка и печеночном пиосклерозе
  - С. При эхинококке печени, осложненным желчным свищом
  - Д. При прорыве в брюшную полость
  - Е. При краевом расположении эхинококковой кисты



17. CS. Нехарактерным для амебного абсцесса печени является:
- A. Инфицирование кистами *Entamoeba histolytica* происходит из зараженной воды
  - B. Обычно является одиночным
  - C. В более чем 75 % случаев расположен в правой доле печени
  - D. Реакция не прямой гемагглютинации положительна в 95 % случаев
  - E. Является асимптоматическим
18. CM. Хирургическое лечение непаразитарных кист печени состоит из:
- A. Фенестрации кисты
  - B. Резекции печени
  - C. Кисто-дигестивных анастомозов
  - D. Азиго-портальной деваскуляризации
  - E. Чрезъяремного порто-системного шунта
19. CM. Причинами гемобилии являются:
- A. Травма печени
  - B. Распадающаяся опухоль печени
  - C. Желчнокаменная болезнь
  - D. Синдром Бадда-Киари
  - E. Синдром Миризи
20. CM. Для гемобилии характерны следующие симптомы:
- A. Печеночная колика
  - B. Желтуха
  - C. Кровотечение в пищеварительный тракт
  - D. Гепатомегалия
  - E. Мелена
21. CM. Для диагностики гемобилии могут быть полезными:
- A. Эндоскопия – фиброгастродуоденоскопия (ФГДС)
  - B. Эхография

- C. Сцинтиграфия
  - D. Компьютерная томография
  - E. Селективная ангиография
22. CM. Укажите количество сегментов печени по Couinaud:
- A. 12 сегментов
  - B. 10 сегментов
  - C. 8 сегментов
  - D. 7 сегментов
  - E. 6 сегментов
23. CM. Укажите правильные ответы относительно систем кровоснабжения печени:
- A. Венозная в систему верхней поллой вены
  - B. Артериальная из ветвей чревного ствола
  - C. Венозная в систему нижней поллой вены
  - D. Венозная из воротной вены
  - E. Артериальная из ветвей восходящей аорты
24. CS. Укажите оптимальный доступ для операции по поводу эхинококковой кисты, расположенной в IV–V сегменте:
- A. Верхняя срединная лапаротомия
  - B. Нижняя срединная лапаротомия
  - C. Поперечная лапаротомия на уровне VIII межреберья
  - D. Правосторонняя торакофренолапаротомия
  - E. Лапаротомия по Пфанненштилю
25. CM. Характерным для амебного абсцесса печени является:
- A. Инфицирование кистами *Entamoeba histolytica* происходит из зараженной воды
  - B. Обычно является одиночным
  - C. В более чем 75 % случаев расположены в правой доле печени

- D. Реакция непрямой гемагглютинации положительна в 95% случаев  
E. Являются асимптоматическими
26. CS. Амебный абсцесс печени характеризуется следующими утверждениями, исключая:  
A. Боль в правом подреберье  
B. Правосторонний плеврит  
C. Анемия, лейкоцитоз, повышенное СОЭ  
D. Эпизоды дизентерийно-подобного поноса  
E. Отсутствие клинических проявлений
27. CS. Выберите оптимальный объем операции при непаразитарной, неосложненной кисте печени:  
A. Атипичная резекция печени  
B. Анатомическая резекция печени  
C. Энуклеация  
D. Наружное дренирование  
E. Фенестрация кисты
28. CS. Укажите наиболее часто встречающееся паразитарное поражение печени:  
A. Эхинококкоз  
B. Дифиллоботриоз  
C. Лямблиоз  
D. Альвеококкоз  
E. Амебиаз
29. CM. Выберите операции, используемые для лечения эхинококка печени:  
A. Перикистэктомия  
B. Закрытая эхинококкэктомия  
C. Резекция печени с удалением кисты  
D. Фенестрация кисты  
E. Марсупиализация

30. CS. Укажите оптимальный объем операции при альвеококкозе печени:  
A. Энуклеация кисты  
B. Марсупиализация  
C. Резекция печени с удалением альвеококка  
D. Фенестрация  
E. Кускование альвеококка
31. CM. Какие органы чаще поражает *Echinococcus granulosus*?  
A. Легкие  
B. Сетчатку  
C. Поджелудочную железу  
D. Костную систему и суставы  
E. Печень
32. CM. Выберите антипаразитарные растворы, применяемые при обработке остаточной полости постэхинококкэктомии:  
A. Формалин,  $H_2O_2$   
B. Гипертонический раствор поваренной соли (20 %)  
C. 5 - фторурацил  
D. Октреотид  
E. Раствор бриллиантовой зелени
33. CS. Укажите оптимальный объем операции при бактериальном абсцессе печени:  
A. Пункция и дренирование абсцесса под контролем УЗИ  
B. Пересадка печени  
C. Гемигепатэктомия  
D. Марсупиализация  
E. Криодеструкция
34. CM. Назовите лечебные мероприятия относительно обызвествленной эхинококковой кисты печени:  
A. Кистэктомия и пломбирование остаточной полости

- В. Повторные пункции под контролем ультразвука  
С. Марсупиализация кисты  
D. Простое клинико-эхографическое наблюдение  
E. Энуклеация
35. CM. Нагноившаяся эхинококковая киста печени проявляется:  
A. Интенсивной одышкой, выраженным цианозом  
B. Повышенной температурой, болью, ознобами  
C. Нарушением легочной вентиляции  
D. Септическим состоянием  
E. Гемобилией
36. CM. Характерным для эхинококковой кисты, осложненной желчным свищом, является:  
A. Мигрирование паразита в холедох  
B. Появление желчи в остаточной полости  
C. Наличие прозрачной жидкости в остаточной полости  
D. Наличие мутной, вязкой жидкости  
E. Парадоксальное дыхание
37. CS. Гемобилия – одно из тяжелых осложнений травм печени. В чем его суть?  
A. Появление кровохаркания  
B. Множественные эрозии желудка и двенадцатиперстной кишки  
C. Резкое уменьшение выработки в печени прокоагулянтов  
D. Тромбоз воротной вены или кровотечение из варикозных вен  
E. Кровотечение в просвет пищеварительного канала из поврежденных сосудов ткани печени через желчные пути
38. CM. Которые из нижеперечисленных характеризуют пиогенный абсцесс печени?  
A. Местное абдоминальное исследование выявляет болезненную гепатомегалию в 50 % случаев

- B. Выявляется с частотой 10–16 случаев на 100 000 госпитализаций  
C. Определяет немедленное наступление почечной недостаточности  
D. Гемокультура положительна в 40–50 % случаев  
E. Противопоказано чрезкожное, чрезпеченочное дренирование абсцесса
39. CM. В лечении бактериального абсцесса печени применимы следующие методы:  
A. Хирургическая эвакуация абсцесса с последующим дренированием  
B. Простое наблюдение  
C. Долгосрочная антибиотикотерапия  
D. Чрезкожное, чрезпеченочное дренирование под контролем ультразвука полости абсцесса  
E. Азиго-портальная деваскуляризация
40. CS. Укажите оптимальную схему лечения амебного абсцесса печени:  
A. Лучевая терапия до операции + хирургическое лечение  
B. Хирургическое лечение + лучевая терапия после операции  
C. Лечение метронидазолом  
D. Химиотерапия + хирургическое лечение  
E. Хирургическое лечение абсолютно показано
41. CM. Принципами лечения эхинококковых кист печени являются:  
A. Простое наблюдение  
B. Инактивация содержимого кисты (NACL 20%, этанол 90%)  
C. Удаление инфекционных составляющих кисты (герминативной оболочки, гидативного „песка”, дочерних кист)  
D. Лечение осложнений  
E. Закрытие или дренирование остаточной полости

42. СМ. Которые из утверждений относительно гемангиомы печени являются правильными?
- А. Является самой редко встречаемой доброкачественной опухолью печени
  - В. Пункция этой опухоли строго противопоказана
  - С. Не озлокачивается
  - Д. Операция показана только в случае компрессионных осложнений и при угрозе кровотечения
  - Е. Подвержено лечению Альбендазолом
43. СМ. Которые из перечисленных утверждений относительно эхинококка печени являются правильными?
- А. Эхинококкоз является зоонозом
  - В. Киста содержит прозрачную жидкость, сколексы, дочерние кисты
  - С. Представляет большой риск для злокачественного перерождения
  - Д. Человек является случайным промежуточным хозяином
  - Е. Стенка кисты состоит из четырех слоев
44. СМ. Осложнениями абсцесса печени являются, исключая:
- А. Перфорацию в брюшную полость
  - В. Первичную опухоль печени
  - С. Сепсис
  - Д. Эрозивное кровотечение из печеночных сосудов
  - Е. Медиастинит
45. СМ. Результаты каких исследований важны в постановке диагноза абсцесса печени?
- А. Абдоминальной эхографии
  - В. Компьютерной томографии
  - С. Реакции Кацони
  - Д. Сканирования печени мечеными лейкоцитами
  - Е. Пункции брюшной полости

46. СМ. Для абсцесса печени не характерно:
- А. Повышенная температура тела
  - В. Боли в правом подреберье
  - С. Геморрагический синдром
  - Д. Токсико-инфекционный синдром
  - Е. Перемежающаяся хромота
47. СМ. Хирургическое лечение эхинококковой кисты печени включает следующее, исключая:
- А. Открытую кистэктомию
  - В. Пересадку печени
  - С. Лапароцентез
  - Д. Перикистэктомию
  - Е. Антипаразитарное лечение и клинико-эхографическое наблюдение
48. СМ. Какое утверждение относительно гемангиомы печени является ложным?
- А. Является самой частой доброкачественной опухолью печени
  - В. Проявляется в основном у женщин и выявляется при случае
  - С. Пункция гемангиомы является необходимой
  - Д. Проявляется высоким риском озлокачествления
  - Е. Хирургическое удаление абсолютно показано
49. СМ. Укажите типы хирургических вмешательств, применяемых при травмах печени:
- А. Простая тампонада
  - В. Прямой хирургический гемостаз
  - С. Трансплантация печени
  - Д. Атипичная резекция печени
  - Е. Лапароскопия, дренирование брюшной полости

50. СМ. Укажите возможные осложнения при травматизме печени:
- A. Гемоперитонеум
  - B. Каловый перитонит
  - C. Шоковое состояние
  - D. Внутрпеченочная гематома
  - E. Посттравматические пиогенные абсцессы

**Правильные ответы. Хирургические заболевания печени**

- 1 D; 2 D; 3 B; 4 ACD; 5 B; 6 B; 7 A; 8 B; 9 CE; 10 ABC;  
 11 ABD; 12 A; 13 A; 14 AD; 15 ABCD; 16 E; 17 E; 18 ABC;  
 19 AB; 20 CE; 21 AE; 22 C; 23 BCD; 24 A; 25 ABCD; 26 E;  
 27 E; 28 A; 29 ABCE; 30 C; 31 AE; 32 AB; 33 A; 34 DE; 35 BD;  
 36 AB; 37 E; 38 ABD; 39 AD; 40 C; 41 BCDE; 42 BCD; 43 ABD;  
 44 BE; 45 ABD; 46 CE; 47 BC; 48 CDE; 49 ABD; 50 ACDE.

### 3.12. СИНДРОМ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

1. CS. Какое утверждение правильное относительно цирроза печени?
  - A. Сопровождается гипогликемическими кризами
  - B. УЗИ не подтверждает диагноз
  - C. Является самой частой причиной портальной гипертензии
  - D. Основным клиническим признаком является мышечное напряжение в правом подреберье
  - E. Повышенная температура может быть в 80% случаев
2. CS. Какое из указанных операций реже осложняется печеночной энцефалопатией?
  - A. Портокавальный термиолатеральный анастомоз
  - B. Портокавальный латеролатеральный анастомоз
  - C. Проксимальный спленоренальный анастомоз
  - D. Дистальный спленоренальный анастомоз (Warren)
  - E. Кавомезентериальный анастомоз
3. CS. Эндоскопически установлено кровотечение из варикозных вен пищевода. Слизистая желудка не изменена. Какой из нижеперечисленных методов гемостаза может быть использован в любом медучреждении?
  - A. Лигирование варикозных вен пищевода
  - B. Резекция нижней трети пищевода и эзофаго-гастроанастомоза
  - C. Тампонада зондом Блэкмора, питуитрин в/в
  - D. Азигопортальное разобщение
  - E. Спленопортальный анастомоз
4. CS. Какие из нижеперечисленных утверждений неправильные в отношении анатомического строения венозной портальной системы?
  - A. Печень имеет двойное кровоснабжение

- В. Объем циркулирующей крови в печени составляет 1500 мл/мин. или 25–30% от сердечного объема в покое
  - С. Портально-венозная система соединяет 2 капиллярные сети
  - Д. Портальная вена формируется при слиянии верхней брыжечной вены, нижней брыжечной вены и селезеночной вены
  - Е. Портокавальная венозная система богата клапанами, которые определяют изменения венозного давления в портальной системе
5. СМ. Нехарактерным для синдрома Baumgarten-Cruveilhier является:
- А. Острое начало
  - В. Реканализация пупочной вены, появление головы медузы и специфического аускультативного шума над ней
  - С. Подкожная эмфизема
  - Д. Коагулопатия
  - Е. Парадоксальное дыхание
6. СС. Самым информативным методом диагностики кровотечений из верхних отделов ЖКТ является:
- А. Фиброзофагогастродуоденоскопия
  - В. R-графия с применением бариевой взвеси
  - С. Сцинтиграфия
  - Д. Ангиография
  - Е. Диагностическая лапароскопия
7. СС. Какой метод может быть использован для лечения портальной гипертензии?
- А. Дренирование Вирсунгова протока
  - В. Трункулярная ваготомия
  - С. Пересадка селезенки
  - Д. Азигопортальное разобщение
  - Е. Резекция хвоста поджелудочной железы и спленэктомия

8. СС. Причиной портальной гипертензии чаще всего является:
- А. Перикардит
  - В. Синдром Бадда-Киари
  - С. Цирроз печени с внутripеченочным блоком
  - Д. Квадрифуркация портальной вены
  - Е. Тромбоз селезеночной вены
9. СС. Для определения функционального состояния печени у больных циррозом печени с синдромом портальной гипертензии применяют:
- А. Шкалу Рамсон
  - В. Индекс Алговера
  - С. Шкалу Апгар
  - Д. Критерии Чайлд
  - Е. Шкалу Глазко
10. СС. Коматозное состояние у больных с портокавальным шунтом может быть результатом:
- А. Гипокальциемии
  - В. Гипергликемии
  - С. Гиперальбуминемии
  - Д. Азотемии
  - Е. Повышения протромбина
11. СС. В лечении каких осложнений портальной гипертензии может быть использована операция Tanner?
- А. Энцефалопатия
  - В. Рефрактарный асцит
  - С. Кровотечение из варикозных вен пищевода
  - Д. Кровотечение из варикозных вен ободочной кишки
  - Е. Кровотечение из варикозных вен прямой кишки

12. CS. Какое утверждение, относящееся к подпеченочному блоку, неверно?
- A. Чаще появляется у детей
  - B. Является причиной появления перемежающейся хромоты
  - C. Дистальный сплено-ренальный анастомоз снижает портальную гипертензию
  - D. Появляется в результате врожденной аномалии портальной вены
  - E. Является причиной кровотечения пищеварительного тракта
13. CS. Причинами портальной гипертензии являются следующие, за исключением:
- A. Синдрома Бадда-Киари
  - B. Болезни Киари
  - C. Синдрома Золлингер-Еллисон
  - D. Алкогольного цирроза
  - E. Гигантской эхинококковой кисты печени
14. CS. Больная в возрасте 44 лет с циррозом печени поступает с клинической картиной желудочно-кишечного кровотечения (рвота цвета „кофейной гущи“, мелена). Какой метод исследования может определить источник кровотечения?
- A. Сцинтиграфия печени
  - B. Колоноскопия
  - C. Супраселективная ангиография печени
  - D. Фиброгастродуоденоскопия
  - E. Обзорная R-графия брюшной полости
15. Какие из перечисленных лабораторных исследований позволяют установить тяжесть кровотечения из варикозно-расширенных узлов:
- A. Протромбин
  - B. Гемоглобин
  - C. Тромбоциты

- D. Гематокрит
  - E. Эритроциты
16. CS. Какое из изложенных проявлений не характерно для портальной гипертензии?
- A. Асцит
  - B. Спленомегалия
  - C. Дисфагия
  - D. Печеночная энцефалопатия
  - E. Варикоз пищевода и желудка
17. CM. Необходимыми условиями для появления асцита являются:
- A. Синдром мальабсорбции
  - B. Наличие желтухи
  - C. Хроническая портальная гипертензия с нарушениями водно-солевого обмена
  - D. Острая портальная гипертензия с интермитентной желтухой
  - E. Гипоальбуминемия
18. CS. Аутоиммунный гиперспленизм характеризуется перечисленными биохимическими и гематологическими изменениями, за исключением:
- A. Лейкоцитопении
  - B. Гликемии
  - C. Анемии
  - D. Увеличения циркулирующих иммунных комплексов
  - E. Тромбоцитопении
19. CS. Какое утверждение, относящееся к портальной гипертензии, неправильное?
- A. Течение обычно тяжелое
  - B. Является причиной желудочно-кишечного кровотечения
  - C. Появляется в последствии блока портальной системы



- D. К ее последствиям относят: спленомегалию, энцефалопатию, асцит, желудочно-кишечное кровотечение  
E. Снижается после применения 5-фторурацила
20. СМ. Какие из нижеперечисленных хирургических вмешательств реже осложняются печеночной энцефалопатией?  
A. Терминальный портокавальный анастомоз  
B. Латеролатеральный портокавальный анастомоз  
C. Проксимальный сплено-ренальный анастомоз  
D. Дистальный сплено-ренальный анастомоз (Wagten)  
E. Кавамезентеральный анастомоз
21. СС. Нехарактерным для портальной гипертензии является:  
A. Спленомегалия  
B. Асцит  
C. Развитие коллатералей на передней брюшной стенке  
D. Варикозное расширение вен пищевода  
E. Гробовое молчание при аускультации живота
22. СС. Одним из наиболее информативных специальных методов диагностики источника кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта являются:  
A. Ирригоскопия  
B. Фиброэзофагогастродуоденоскопия  
C. Обзорная р-графия живота  
D. Лапароскопия  
E. Пассаж бария по кишечнику
23. СС. Выберите неправильное утверждение для портальной гипертензии:  
A. Спленомегалия сопровождается гиперспленизмом, характерным для которого является анемия, тромбоцитопения и лейкопения  
B. Основой для классификации синдрома портальной гипер-

- тензии является уровень блока и его отношение к синусоидальному кровотоку  
C. Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода не является осложнением портальной гипертензии  
D. В норме давление в воротной вене составляет 10–15 мм Hg  
E. Клинические проявления синдрома портальной гипертензии возникают при внутрипортальном давлении выше 10 мм Hg
24. СС. Характерным для синдрома Baumgarten-Cruveilhier является:  
A. Кровохарканье  
B. Реканализация пупочной вены, появление головы медузы и специфического аускультативного шума над ней  
C. Коагулопатия  
D. Мелена  
E. Дисфагия
25. СС. К осложнениям портальной гипертензии относят все, кроме:  
A. Механической желтухи  
B. Ректального кровотечения  
C. Асцита  
D. Кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода  
E. Энцефалопатии
26. СС. Какие из нижеперечисленных операций способствуют азигопортальному разобщению?  
A. Центральная сплено-ренальный анастомоз  
B. Проксимальный сплено-ренальный анастомоз  
C. Пупочно-кавальный анастомоз  
D. Порто-системный „Н” анастомоз  
E. Операция Шугиура
27. СС. Больной с активным кровотечением из варикозно расширенных вен пищевода: билирубин плазмы – 35–50 ммоль/л, альбумин – 30–35 г/л, без неврологической симптоматики с

- транзиторным асцитом, хорошего питания. Выберите оптимальный объем операции:
- A. Эндоскопическая склеротерапия
  - B. Порто-системный шунт
  - C. Эмболизация
  - D. Спленэктомия
  - E. Оментогепатопексия
28. CM. Выберите препараты, снижающие давление в портальной системе:
- A. Циметидин
  - B. Октреотид
  - C. Мерказолил
  - D. 5-фторурацил
  - E. Питуитрин
29. CM. Укажите наиболее частые осложнения, связанные с применением зонда Блэкмора для остановки кровотечения из расширенных вен пищевода:
- A. Повреждение пищевода
  - B. Обтурация трахеи
  - C. Некроз слизистой пищевода
  - D. Аспирация
  - E. Медиастинит
30. CS. Выберите правильное утверждение относительно портальной гипертензии:
- A. Часто появляется на фоне цирроза печени
  - B. Как правило сопровождается гиперAMILаземией
  - C. Имеет острое начало
  - D. Является самостоятельным заболеванием
  - E. Одним из ее осложнений является энтеромезентериальный инфаркт

31. CS. В лечении портальной гипертензии наиболее часто применяется:
- A. Портокавальный анастомоз
  - B. Спленоренальный анастомоз
  - C. Азигопортальное разобщение
  - D. Кавомезентериальный анастомоз
  - E. Омфало-кавальный анастомоз
32. CS. Характерным для синдрома портальной гипертензии является:
- A. Сопровождается повышением центрального венозного давления
  - B. Проявляется прогрессирующей желтухой, зудом
  - C. Развивается на фоне болезни Киари
  - D. Сопровождается, как правило, с абдоминальной ангиной
  - E. Сопровождается артериальной гипертензией
33. CS. Вторичный аутоиммунный гиперспленизм проявляется:
- A. Гиперамилаземией
  - B. Гиперлейкоцитозом и азотемией
  - C. Тромбоцитопенией и анемией
  - D. Значительным снижением массы тела
  - E. Окультным желудочно-кишечным кровотечением
34. CM. Выберите неселективные портосистемные шунты:
- A. Портокавальный термено-латеральный шунт
  - B. Портокавальный латеро-латеральный шунт
  - C. Проксимальный сплено-ренальный шунт
  - D. Дистальный сплено-ренальный шунт
  - E. Портосистемный внутрпеченочный шунт (TIPS)
35. CS. Выберите, что характерно для надпеченочного блока синдрома портальной гипертензии:
- A. Хороший прогноз

- В. Имеет острое начало, связанное с погрешностями в питании  
С. Каваграфия и целиакография мало информативны для уточнения диагноза  
D. Сопровождается болезненной гепатомегалией  
E. Ассимптоматическое течение
36. CS. Характерным для синдрома Бадда-Киари является:  
A. Боль при пальпации в реберно-позвоночной точке  
B. Острое начало, сильные боли в эпигастральной области, болезненная гепатомегалия  
C. Парадоксальная дисфагия  
D. Атрезия или гипоплазия портальной вены  
E. Сегментарная обтурация селезеночной вены
37. CS. Выберите наиболее часто встречающееся осложнение портокавального анастомоза:  
A. Энцефалопатия  
B. Гнойный пилефлебит  
C. Абсцесс печени  
D. Двухмоментный разрыв селезенки  
E. Гемангиома печени
38. CM. К осложнениям портальной гипертензии не относятся:  
A. Желтуха  
B. Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода  
C. Кровотечение из нижних отделов желудочно-кишечного тракта  
D. Экзофтальм  
E. Энцефалопатия
39. CS. Селективные портокавальные шунты реже осложняются:  
A. Асцитом  
B. Портальной энцефалопатией  
C. Возобновлением кровотечения

- D. Острой печеночной недостаточностью  
E. Гепато-ренальным синдромом
40. CM. Перечислите возможные осложнения, возникающие при наложении гемостатического зонда Блэкмора:  
A. Трахео-бронхиальная аспирация (синдром Мендельсона)  
B. Разрыв стенки пищевода  
C. Парадоксальное дыхание  
D. Разрыв внутригрудных больших сосудов  
E. Нарушение сердечного ритма, стенокардия
41. CM. Перечислите причины желудочно-кишечных кровотечений, возникших при портальной гипертензии:  
A. Разрыв варикозных вен пищевода  
B. Портально-гипертензивная гастропатия  
C. Эпителиальная дисплазия (пищевод Баррета)  
D. Разрыв геморроидальных узлов  
E. Разрыв варикозных вен дна желудка
42. CM. Выберите методы, которые могут использоваться для остановки кровотечения из варикозных венах пищевода:  
A. Эндоскопическая склеротерапия  
B. Резекция торакального отдела пищевода + эзофагопластика  
C. Зонд Сенгстакен-Блэкмора  
D. Ваготомия с пилоропластикой  
E. Лигирование кровоточащего узла резиновыми кольцами
43. CM. Какие основные цели хирургического лечения портальной гипертензии?  
A. Снижение желудочной секреции  
B. Коррекция объема циркулирующей крови  
C. Снижение портальной гипертензии  
D. Снижение риска рецидива кровотечения из варикозных вен  
E. Хирургический гемостаз при активных кровотечениях из варикозных вен

44. СМ. Критерии Чайад для определения функционального состояния печени при портальной гипертензии включают:
- А. Билирубин и альбумин плазмы
  - В. Асцит, неврологические нарушения
  - С. Трансаминаза, мочевины, протромбин
  - Д. Гликемия, трансфераза
  - Е. Соблюдение режима питания
45. СМ. Какие из следующих утверждений о портокавальном шунте верны?
- А. Достигается стабильный гемостаз
  - В. Требуется последующая трансплантация печени
  - С. Предпочтителен селективный шунт
  - Д. Не имеет противопоказаний
  - Е. Низкая послеоперационная смертность
46. СМ. Укажите патологические изменения происходящие в селезенке при портальной гипертензии:
- А. Спленомегалия
  - В. Гиперваскуляризация селезенки
  - С. Иммунологический гиперспленизм
  - Д. Сморщивание селезенки
  - Е. Появление артерио-венозных свищей селезенки
47. СМ. Основными причинами предпеченочного блока являются:
- А. Атрезия портальной вены
  - В. Флебит портальной вены
  - С. Тромбоз портальной вены
  - Д. Синдром Банти
  - Е. Фиброз печени
48. СМ. Причинами внутripеченочного блока являются:
- А. Поражение поджелудочной железы
  - В. Болезнь Киари

- С. Опухоли печени
- Д. Цирроз печени
- Е. Синдром Бадда-Киари

49. СМ. Причины надпеченочного блока следующие:

- А. Синдром Бадда-Киари
- В. Констриктивный перикардит
- С. Тромбоз селезеночной вены
- Д. Фиброз печени
- Е. Цирроз печени

50. СС. Желудочно-кишечное кровотечение из верхних отделов ЖКТ это:

- А. Кровотечение из любого отдела ЖКТ
- В. Все кровотечения от дистальной трети пищевода до связки Трейца
- С. Кровотечение из ротоглотки
- Д. Кровотечение из проксимальной трети пищевода
- Е. Кровотечение из тонкого кишечника

### **Правильные ответы. Синдром портальной гипертензии**

1 С; 2 D; 3 С; 4 Е; 5 ACDE; 6 А; 7 D; 8 С; 9 D; 10 D; 11 С; 12 В; 13 С; 14 D; 15 BDE; 16 С; 17 CE; 18 В; 19 Е; 20 DE; 21 Е; 22 В; 23 С; 24 В; 25 А; 26 Е; 27 В; 28 BE; 29 CD; 30 А; 31 С; 32 С; 33 С; 34 ABC; 35 D; 36 В; 37 А; 38 AD; 39 В; 40 ABC; 41 ABDE; 42 ACE; 43 CDE; 44 ABE; 45 AC; 46 ABC; 47 ABC; 48 CD; 49 AB; 50 В.

### 3.13. ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ. МЕХАНИЧЕСКАЯ ЖЕЛТУХА

1. СМ. Какие из нижеследующих утверждений могут быть причинами постхолецистэктомического синдрома?
  - A. Диагностическая ошибка
  - B. Сердечно-сосудистые заболевания
  - C. Заболевания панкреато-печеночной области, как осложнение холелитиаза
  - D. Неполная или неадекватная операция
  - E. Повреждения, спровоцированные неправильными хирургическими маневрами (ятрогенные повреждения)
2. СМ. Какие из нижеперечисленных признаков говорят в пользу постхолецистэктомического синдрома?
  - A. Дисфагия
  - B. Печеночная колика
  - C. Транзиторная желтуха
  - D. Изжога
  - E. Поясничные боли
  - F. Астено-вегетативный синдром
3. СМ. Постхолецистэктомический синдром обусловлен:
  - A. Заболеваниями гепатохоледоха и большого дуоденального сосочка
  - B. Заболеваниями печени и поджелудочной железы
  - C. Заболеваниями двенадцатиперстной кишки
  - D. Заболеваниями других органов желудочно-кишечного тракта
  - E. Всё вышеперечисленное
4. СМ. Какие из нижеперечисленных методов радиологического исследования позволяют установить причину постхолецистэктомического синдрома?
  - A. Ретроградная эндоскопическая холангиография

- B. Дуоденография с барием
  - C. Холангиография через ядерно-магнитный резонанс
  - D. Пероральная холангиография
  - E. Чрезкожная транспеченочная холангиография
5. СМ. Основные факторы, которые приводят к оставлению длинной культы пузырного протока или остатка желчного пузыря:
  - A. Подпеченочный воспалительный инфильтрат
  - B. Анатомически сложные варианты
  - C. Хирургическая ошибка
  - D. Цирроз печени
  - E. Дуоденостаз
6. СМ. Чаще всего постхолецистэктомический синдром обуславливают:
  - A. Обструктивные заболевания желчных путей
  - B. Заболевания большого дуоденального сосочка
  - C. Заболевания двенадцатиперстной кишки
  - D. Заболевания поджелудочной железы
  - E. Всё вышеперечисленное
7. СС. Гастро-дуоденальный транзит с барием и гипотоническая дуоденография могут выявить при постхолецистэктомическом синдроме:
  - A. Опухоли ампулярной области
  - B. Непрямые признаки опухолей поджелудочной железы
  - C. Опухоли желудка с прорастанием в печеночно-дуоденальную связку
  - D. Заболевания двенадцатиперстной кишки
  - E. Всё вышеперечисленное
8. СС. Проведение ретроградной эндоскопической холангиографии при постхолецистэктомическом синдроме позволяет установить:
  - A. Стенозирующий папилло-оддит

- В. Холедохолитиаз
  - С. Доброкачественные и злокачественные стенозы гепатохоледоха
  - Д. Склерозирующий холангит
  - Е. Всё вышеперечисленное
9. СМ. Самыми частыми осложнениями ретроградной холангио-панкреатографии являются следующие, за исключением:
- А. Острого панкреатита
  - В. Травмы интрамуральной части холедоха
  - С. Острого холангита
  - Д. Кровотечения
  - Е. Острого холецистита
10. СС. Для профилактики постхолецистэктомического синдрома имеют значение:
- А. Полный пред- и интраоперационный диагноз
  - В. Правильная техника хирурга
  - С. Адекватная хирургическая тактика в зависимости от клинической ситуации
  - Д. Использование интраоперационной холангиографии
  - Е. Всё вышеперечисленное
11. СМ. Ультразвуковое исследование при постхолецистэктомическом синдроме позволяет определить:
- А. Расширение желчных протоков
  - В. Холедохолитиаз
  - С. Дуоденостаз
  - Д. Заболевания поджелудочной железы
  - Е. Врожденные заболевания печени
12. СС. Механическая желтуха обусловлена следующими патологиями, за исключением:
- А. Холедохолитиаза

- В. Рака поджелудочной железы и большого дуоденального сосочка двенадцатиперстной кишки
  - С. Рака гепатохоледоха и желчного пузыря
  - Д. Первичных и вторичных злокачественных опухолях печени
  - Е. Дуоденальной мальротации (поворот)
13. СМ. Какие самые частые причины ведут к появлению механической желтухи?
- А. Холедохолитиаз
  - В. Врожденные заболевания желчных протоков
  - С. Рак головки поджелудочной железы
  - Д. Травматические и воспалительные стриктуры желчных протоков
  - Е. Паразитарные заболевания
14. СМ. Желтуха при раке головки поджелудочной железы характеризуется:
- А. Желто-зеленым оттенком кожных покровов
  - В. Темным цветом мочи
  - С. Ахолическим стулом
  - Д. Кожным зудом
  - Е. Возникает после печеночной колики
15. СМ. В каких из нижеперечисленных ситуаций из клинической картины рака поджелудочной железы симптом Курвуазье отсутствует?
- А. У больного, перенесшего холецистотомию
  - В. У больного с холедохолитиазом
  - С. У больного со склероатрофическим желчным пузырем
  - Д. У больного с циррозом печени
  - Е. У тучного больного с гепатомегалией

16. СМ. Использование желчного пузыря при наложении билиодигестивного анастомоза у больных с раком поджелудочной железы оправдано в следующих случаях:
- А. Отсутствие болевого синдрома
  - В. Достаточное расстояние между опухолью и впадением пузырного протока в общий желчный
  - С. Пузырный проток проходим
  - Д. Отсутствие распространения опухоли на желудок
  - Е. Отсутствие метастазов
17. СМ. Какие из нижеперечисленных симптомов характерны для механической желтухи доброкачественного генеза?
- А. Прогрессирующая желтуха
  - В. Интермитирующая желтуха
  - С. Появление желтухи без предшествующей ей колики
  - Д. Колика предшествует желтухе
  - Е. Положительный симптом Курвуазье
18. СМ. Какие из перечисленных методов исследования не используются у пациента с билирубинемией больше 30 ммоль/л?
- А. Эхография
  - В. Внутренняя холангиография
  - С. Ретроградная холангиография
  - Д. Пероральная холангиография
  - Е. Билиарная сцинтиграфия
19. СМ. Механическая желтуха характеризуется следующими показателями:
- А. Высоким уровнем билирубина в крови
  - В. Высоким уровнем щелочной фосфатазы
  - С. Высоким уровнем холестерина
  - Д. Высоким уровнем аминотрансферазы
  - Е. Высоким уровнем уробилина в моче

20. СМ. Какие из перечисленных методов используются для предоперационной декомпрессии желчных протоков у больного с механической желтухой, осложненной гнойным холангитом?
- А. Назо-билиарное дренирование
  - В. Эндоскопическая папилло-сфинктеротомия
  - С. Эндоскопическая супрапапиллярная холедохо-дуоденостомия
  - Д. Ударно-волновая холелитотрипсия
  - Е. Чрезкожная холангиогепатостомия
21. СС. Какие хирургические методы используются для восстановления пассажа желчи по желудочно-кишечному тракту при опухолях гепатопанкреатодуоденальной зоны, за исключением:
- А. Билиодигестивного анастомоза
  - В. Экстирпации опухоли
  - С. Обходного билиодигестивного анастомоза
  - Д. Наружного дренирования совместно с микроеюностомией Делани
  - Е. Панкреатоеюноанастомоз
22. СМ. Окончательные эндоскопические методы, используемые для лечения механической желтухи доброкачественного генеза:
- А. Папиллосфинктеротомия
  - В. Папиллосфинктеротомия с литэкстракцией
  - С. Чрезкожная холангиогепатостомия
  - Д. Назобилиарное дренирование
  - Е. Супрапапиллярная холедоходуоденостомия
23. СМ. Показания для наружного дренирования при операциях, выполняемых на желчных путях, являются следующие:
- А. Острый гнойный холангит
  - В. Дефектный билиодигестивный анастомоз

- С. Неуверенность в восстановлении оттока желчи в желудочно-кишечный тракт  
D. Метастазы в печени при злокачественной желтухе  
E. Дуоденальная мальротация (поворот).
24. СМ. При каких из перечисленных ниже заболеваний предпочтительно выполняется холедохоюноанастомоз на петле Ру?  
A. Травматические стриктуры гепатикохоледоха  
B. Вклиненный в сосочек желчный камень  
C. Резектабельные злокачественные опухоли холедоха  
D. Множественные камни гепатикохоледоха  
E. Доброкачественный стеноз сфинктера Одди
25. СС. Какие из перечисленных ниже утверждений характерны для острого холангита?  
A. Гектический тип повышения температуры тела  
B. Повышение температуры с ознобами  
C. Обильное потоотделение, чувство жажды  
D. Гепатомегалия  
E. Всё вышеперечисленное
26. СМ. Интермитирующая желтуха характерна при следующих заболеваниях, за исключением:  
A. Злокачественной опухоли гепатикохоледоха  
B. Камня желчного пузыря, вклиненный в пузырный проток  
C. Вклинившегося камня в большой дуоденальный сосочек  
D. Вентильного камня гепатикохоледоха  
E. Опухоли Фатерова соска
27. СМ. Наличие опухоли головки поджелудочной железы можно предположить на основании следующих симптомов и параклинических методов исследования:  
A. Расширение билиарного дерева  
B. Увеличенный и напряженный желчный пузырь

- С. Кожный зуд  
D. Билирубинемия за счет прямого билирубина  
E. Анемия
28. СС. Гепатикохоледох должен быть обязательно обследован во время операции у больных со следующими патологиями, за исключением:  
A. Механической желтухи  
B. Хронического псевдотуморозного панкреатита  
C. Расширения гепатикохоледоха  
D. Холедохолитиаза  
E. Дивертикула двенадцатиперстной кишки
29. СМ. Триада Шарко включает следующие признаки, за исключением:  
A. Высокой температуры с ознобами  
B. Желтушности кожи  
C. Пальпируемой опухоли в правом подреберье  
D. Боли в правом подреберье  
E. Наличия дивертикула двенадцатиперстной кишки
30. СС. Механическая злокачественная желтуха характеризуется, как правило, следующими симптомами, за исключением:  
A. Повышенной температуры с ознобом  
B. Желтухи  
C. Похудания  
D. Кожного зуда  
E. Диспепсических явлений
31. СМ. Причинами врожденной механической желтухи являются следующие заболевания, за исключением:  
A. Агенезии желчных протоков  
B. Болезни Кароли  
C. Печеночного фасциоза



- D. Аневризм печеночных артерий  
E. Кистов гепатикохоледоха
32. CS. Что из нижеперечисленного является главным анатомическим элементом интраоперационного обследования у пациента с механической желтухой?
- A. Печень  
B. Селезенка  
C. Двенадцатиперстная кишка  
D. Холедох  
E. Правый отдел толстой кишки
33. CM. Какие из следующих операций представляют собой внутренние билиодигестивные анастомозы?
- A. Холецисто-гастроанастомоз  
B. Холедох-дуоденоанастомоз  
C. Холедохотомия с дренажем Кхер  
D. Холедохоеюноанастомоз  
E. Холецистоеюноанастомоз
34. CM. Пентала Дарган-Раунолд, характеризующая холангит, включает:
- A. Триаду Шарко  
B. Гипотонию  
C. Энцефалопатию  
D. Асцит  
E. Кровотечение из желудочно-кишечного тракта
35. CM. Какие из перечисленных ниже утверждений относительно желтушно-уремического холангита являются правдивыми?
- A. Характеризуется прогрессирующей печеночно-почечной недостаточностью  
B. Исключает холедохолитиаз  
C. Нуждается в длительной предоперационной подготовке

- D. Нуждается в срочной декомпрессии желчных протоков и адекватной антибиотикотерапии  
E. В очень тяжелых случаях накладываются билиодигестивные анастомозы
36. CS. Какие пути проникновения инфекции в желчные пути являются главными?
- A. Артериальный путь  
B. Венозный путь  
C. Лимфатический путь  
D. Из двенадцатиперстной кишки  
E. По артерио-венозным шунтам
37. CM. Из симптомов гнойного холангита наиболее постоянными являются:
- A. Температура  
B. Боли в животе  
C. Желтуха  
D. Септический шок  
E. Мозговые нарушения
38. CS. Какой из методов исследования при резидуальном (оставленные камни) холедохолитиазе является наиболее эффективным?
- A. Внутривенная холангиография  
B. Ультразвуковое исследование  
C. Компьютерная томография  
D. Ретроградная эндоскопическая холангиография  
E. Холангиоманометрия
39. CS. Следующие заболевания могут сопровождаться связанной гипербилирубинемией, за исключением:
- A. Рака головки поджелудочной железы  
B. Холедохолитиаза

- С. Разрыва гидативной кисты в желчные протоки  
 D. Синдрома Жилбера  
 E. Ампуломы Фатерова сосочка
40. CS. К симптомам холедохолитиаза относится следующее, за исключением:
- A. Желтухи  
 B. Асцита  
 C. Печеночной колики  
 D. Температуры  
 E. Диспепсического синдрома
41. CS. Радиологическое выявление воздуха в желчных путях свидетельствует об:
- A. Холедохолитиазе  
 B. Калькулезном остаточном холецистите  
 C. Билиодигестивном свище  
 D. Билиобилиарном свище  
 E. Дивертикуле двенадцатиперстной кишки
42. CS. При остром гнойном холангите терапевтическим методом выбора, используемом для предоперационной подготовки, является:
- A. Антибиотикотерапия  
 B. Плазмоферез  
 C. Промывание желудка и форсированный диурез  
 D. Декомпрессия желчевыводящих протоков  
 E. Коррекция белкового метаболизма
43. CS. Для лечения остаточных камней холедоха методом выбора является:
- A. Эндоскопическая папилосфинктеротомия с литэкстракцией  
 B. Местное применение растворителей  
 C. Медикаментозное лечение

- D. Экстракорпоральная литотрипсия  
 E. Хирургическое лечение – лапаротомия и холедохолитотомия
44. CM. Из факторов, приводящих к гнойному холангиту, самыми частыми являются:
- A. Дуоденостаз  
 B. Опухоли гепатохоледоха  
 C. Холедохолитиаз  
 D. Стеноз билиодигестивного анастомоза  
 E. Посттравматические стриктуры гепатохоледоха
45. CS. Холедохолитиаз может осложниться следующими заболеваниями, за исключением:
- A. Оддита  
 B. Язвы двенадцатиперстной кишки  
 C. Хронического панкреатита  
 D. Острого холангита  
 E. Вторичного билиарного цирроза

**Правильные ответы. Постхолецистэктомический синдром.  
 Механическая желтуха**

1 ACDE; 2 BC; 3 ABC; 4 ACE; 5 ABC; 6 AB; 7 E; 8 E; 9 BD;  
 10 E; 11 ABDE; 12 E; 13 AC; 14 ABCD; 15 ACE; 16 BC; 17 BD;  
 18 BD; 19 ABC; 20 ABCE; 21 E; 22 ABE; 23 ABC; 24 AC; 25 E;  
 26 ABC; 27 ABCD; 28 E; 29 CE; 30 A; 31 CD; 32 D; 33 ABDE;  
 34 ABC; 35 AD; 36 B; 37 ABC; 38 D; 39 D; 40 B; 41 C; 42 D;  
 43 A; 44 CDE; 45 B.

### 3.14. ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ

1. CS. Что из нижеперечисленного является основным патоморфологическим признаком хронического панкреатита?
  - A. Кальцинаты в вирсунговом протоке
  - B. Некроз
  - C. Фибросклероз
  - D. Нагноение
  - E. Псевдокисты
2. CS. Что из нижеперечисленного на обзорной рентгенографии является характерным признаком хронического панкреатита?
  - A. Дежурная петля
  - B. Кальцинаты в проекции поджелудочной железы
  - C. Аеробилия
  - D. Уровни жидкости
  - E. Стеноз вирсунгового протока
3. CS. Которая из нижеперечисленных диетических мер имеет особое значение в лечении хронического панкреатита?
  - A. Увеличение потребления витаминов
  - B. Увеличение потребления протеинов
  - C. Увеличение доли углеводов в рационе
  - D. Отказ от алкоголя
  - E. Увеличение потребления овощей
4. CS. Какое из нижеперечисленных медикаментозных средств может улучшить симптоматику хронического панкреатита?
  - A. Вазодилататоры
  - B. Витамины
  - C. Заместительные панкреатические ферменты
  - D. Желчегонные
  - E. Пропранолол

5. CS. Что из нижеперечисленного является основным показанием к хирургическому лечению при хроническом панкреатите?
  - A. Похудание
  - B. Портальная гипертензия
  - C. Псевдокисты
  - D. Болевой синдром
  - E. Кальцинаты в поджелудочной железе
6. CS. Какая из нижеперечисленных ситуаций является показанием к операции Пуестов (вирсунгоюностомия)?
  - A. Множественные псевдокисты
  - B. Инфицированные псевдокисты
  - C. Вирсунгов проток расширен
  - D. Вирсунгов проток не расширен
  - E. Ничего из перечисленного
7. CM. Этиологическими факторами хронического панкреатита являются:
  - A. Наличие препятствия в вирсунговом протоке
  - B. Алкоголизм
  - C. Портальная гипертензия
  - D. Голодание
  - E. Желчекаменная болезнь
8. CM. Какие из нижеперечисленных клинических симптомов встречаются при хроническом панкреатите?
  - A. Боль
  - B. Желтуха
  - C. Стеаторея
  - D. Анемия
  - E. Похудание

9. СМ. Какие из нижеперечисленных признаков хронического панкреатита могут быть обнаружены на компьютерной томографии?
- А. Псевдокисты
  - В. Сужение терминального отдела холедоха
  - С. Расширенный вирсунгов проток
  - Д. Спазм сфинктера Одди
  - Е. Мелкие конкременты в терминальном отделе холедоха
10. СМ. Что из нижеперечисленного может быть осложнением панкреатической псевдокисты?
- А. Прорыв в брюшную полость
  - В. Кровотечение в полость кисты
  - С. Эрозия аорты
  - Д. Стеноз пищеварительного тракта
  - Е. Абсцедирование
11. СМ. Какие методы хирургического лечения используются при сформированной псевдокисте поджелудочной железы?
- А. Алкоголизация
  - В. Иссечение
  - С. Внутреннее дренирование
  - Д. Лазерная деструкция
  - Е. Наружное дренирование
12. СМ. Какие из нижеперечисленных методик могут применяться при лечении панкреатического асцита?
- А. Парентеральное питание
  - В. Лапароцентез
  - С. Мочегонные препараты
  - Д. Пропранолол
  - Е. Хирургическое лечение

13. СМ. Какие из перечисленных осложнений хронического панкреатита могут потребовать хирургического лечения?
- А. Закупорка желчных протоков
  - В. Кальциноз вирсунгового протока с его расширением и выраженным болевым синдромом
  - С. Стеноз пищеварительного тракта
  - Д. Повторные приступы острого панкреатита
  - Е. Портальная гипертензия
14. СС. Методом выбора при лечении постнекротической кисты поджелудочной железы в периоде до 3 месяцев является:
- А. Наружное дренирование
  - В. Кисто-дигестивные анастомозы
  - С. Дренирование вирсунгова протока
  - Д. Левосторонняя панкреато-спленэктомия
  - Е. Тотальная панкреатэктомия
15. СС. Рак головки поджелудочной железы проявляется следующим, кроме:
- А. Нарастающей желтухой
  - В. Увеличенным пальпируемым желчным пузырем
  - С. Кожным зудом
  - Д. Похуданием
  - Е. Атрофией печени
16. СС. Для панкреатической псевдокисты, не осложненной нагноением, не характерно:
- А. Болевой синдром
  - В. Лихорадка
  - С. Местная симптоматика
  - Д. Токсикоз
  - Е. Абдоминальная опухоль

17. CS. Какой метод лечения ложной кисты поджелудочной железы предпочтителен?
- A. Экстирпация
  - B. Марсупиализация
  - C. Наружное дренирование
  - D. Внутреннее дренирование
  - E. Ни один из них
18. CS. Полноценная ревизия поджелудочной железы предполагает следующие моменты, за исключением:
- A. Мобилизации двенадцатиперстной кишки по Кохеру
  - B. Рассечения желудочно-ободочной связки
  - C. Мобилизации селезенки вместе с хвостом железы
  - D. Пересечения печеночно-желудочной связки
  - E. Пересечения круглой связки печени
19. CS. Укажите оптимальный объем операции при сформированной кисте поджелудочной железы без признаков абсцедирования:
- A. Наружное дренирование кисты
  - B. Наложение цистоеюнального соустья
  - C. Резекция поджелудочной железы с удалением кисты
  - D. Иссечение стенок кисты
  - E. Марсупиализация кисты
20. CS. Укажите оптимальный срок выполнения операции по поводу псевдокисты поджелудочной железы:
- A. Сразу же по установлении диагноза
  - B. После купирования признаков острого панкреатита
  - C. Через 1–2 месяца после приступа острого панкреатита
  - D. Через 2–3 месяца после приступа острого панкреатита
  - E. Через 3–4 месяца после приступа острого панкреатита
21. CS. Укажите характерный морфологический признак истинной кисты поджелудочной железы:
- A. Студнеподобное содержимое кисты
  - B. Наличие перегородок внутри кисты
  - C. Сферическая форма кисты
  - D. Отсутствие признаков воспаления в части поджелудочной железы, не пораженной кистой
  - E. Наличие эпителиальной выстилки на внутренней поверхности стенок кисты
22. CS. Какая операция по поводу хронического индуративного панкреатита с нарушением проходимости главного панкреатического протока сопровождается наилучшим лечебным эффектом?
- A. Коррекция проходимости большого дуоденального сосочка
  - B. Операция на вегетативной нервной системе
  - C. Резекция поджелудочной железы
  - D. Продольная панкреатоюностомия
  - E. Панкреатэктомия
23. CS. Укажите фактор, определяющий выбор времени неотложного оперативного вмешательства по поводу кисты поджелудочной железы:
- A. Наличие кисты
  - B. Сдавление кистой желудка
  - C. Угроза разрыва кисты, нагноение содержимого кисты, кровотечение в кисту
  - D. Сдавление кистой кишечника
  - E. Увеличение ретрогастрального пространства на рентгеноскопии желудка
24. CS. Укажите оптимальный срок операции по поводу свища поджелудочной железы:
- A. Через 2 недели после его формирования

- В. Через 1–2 месяца после его формирования  
С. Через 2–3 месяца после его формирования  
D. Через 3–4 месяца после его формирования  
E. Через 6 месяцев после его формирования
25. CS. Укажите давление в главном протоке поджелудочной железы в норме:  
A. 300–500 мм водн.ст.  
B. 250–450 мм водн.ст.  
C. 100–150 мм водн.ст.  
D. 50–100 мм водн.ст.  
E. 700–800 мм водн.ст.
26. CS. Все утверждения, касающиеся патогенеза хронического панкреатита, являются правильными, за исключением:  
A. Существует прямая зависимость между риском развития хронического панкреатита и ежедневным употреблением алкоголя  
B. Алкогольный панкреатит является характерным для людей, употребляющих пищу с пониженным содержанием жиров и белков  
C. Кальциемия, развивающаяся остро, является потенциальным стимулятором секреции ферментов  
D. Пищевые продукты со сниженным содержанием цинка, меди и селениума, употребляемые в развивающихся странах, способствуют развитию тропического панкреатита  
E. Алкогольный панкреатит характерен для людей, употребляющих пищу с высоким содержанием жиров и белков
27. CS. Все утверждения относительно псевдокисты поджелудочной железы являются верными, за исключением:  
A. При отсутствии осложнений дренирование кисты производится в случае, если размеры кисты более 6 см и персистирует более 6 недель

- В. Псевдокиста при нормальных размерах панкреатического протока может быть дренирована чрескожно  
С. Псевдокиста, расположенная проксимальнее стриктуры панкреатического протока, нуждается в чрескожном дренировании  
D. Псевдокиста, расположенная в головке поджелудочной железы, может быть дренирована эндоскопически через большой или малый дуоденальный сосочек  
E. При возникновении гнойных осложнений псевдокисты показано ее наружное дренирование
28. CM. Несмотря на назначенные 4 таблетки панкреолипазы (4 500 IU липазы в 1 таблетке) на каждый прием пищи, у пациента, в возрасте 42 лет, с хроническим панкреатитом, осложненным стеатореей, продолжается диарея. Выберите возможные причины стеатореи:  
A. Недостаточная активность липазы в данной дозе  
B. Инактивация липазы в желудке  
C. Недиагностированная бактериальная обсемененность  
D. Употребление циметидина  
E. Употребление омепразола
29. CM. Выберите верные утверждения, касающиеся врожденных кист поджелудочной железы:  
A. Они отличаются от псевдокист наличием эпителиальной выстилки  
B. Если они солитарны, то проявляются как внутрибрюшная опухоль  
C. Множественные кисты редко ассоциируются с другими врожденными аномалиями  
D. Методом выбора в диагностике является ультразвуковое исследование брюшной полости  
E. Методом выбора в диагностике является чрескожная транспеченочная холангиография

30. СС. Пациентка, в возрасте 55 лет, в течение 1 года страдает водянистой диареей, которая в начале заболевания носила интермиттирующий характер и в течение нескольких дней исчезала самостоятельно. Результаты бактериальных посевов и исследование на гельминты являются отрицательными. Колоноскопия с биопсией различных участков кишечника не выявила патоморфологическую причину диареи. Был поставлен диагноз синдром раздраженной толстой кишки. Пациентка жалуется на постоянную и в большом объеме водянистую диарею, без примесей крови, значительную потерю в весе. Диарея не связана с приемом пищи и более выражена ночью. Объективный статус – без особенностей.

*Лабораторные данные:* Hb: 120 г/L; K<sup>+</sup>: 2,8 мEq/L; Na<sup>+</sup>: 134 мEq/L; мочевины: 12 ммол/L; CO<sub>2</sub>: 30 мEq/L; Le: 8 600/см<sup>3</sup>; глюкоза: 11,5 ммол/L; Cl<sup>-</sup>: 95 мEq/l; Ht: 36%; креатинин: 100 ммол/L. Какие исследования необходимы в данном случае?

- A. Определение уровня вазоактивного интестинального полипептида
- B. Уровень гастринемии
- C. Уровень соматостатина в крови
- D. Качественное исследование стула и электролитов во время голодания пациентки
- E. УЗИ органов брюшной полости

31. СС. Пациентка, в возрасте 55 лет, в течение 1 года страдает водянистой диареей, которая в начале заболевания носила интермиттирующий характер и в течение нескольких дней исчезала самостоятельно. Результаты бактериальных посевов и исследование на гельминты являются отрицательными. Колоноскопия с биопсией различных участков кишечника не выявила патоморфологическую причину диареи. Был поставлен диагноз „синдром раздраженной толстой кишки”. Пациентка жалуется на постоянную и в большом объеме водянистую

диарею, без примесей крови, на значительную потерю в весе. Диарея не связана с приемом пищи и более выражена ночью. Объективный статус – без особенностей.

*Лабораторные данные:* Hb: 120 г/L; K<sup>+</sup>: 2,8 мEq/L; Na<sup>+</sup>: 134 мEq/L; мочевины: 12 ммол/L; CO<sub>2</sub>: 30 мEq/L; Le: 8 600/см<sup>3</sup>; глюкоза: 11,5 ммол/L; Cl<sup>-</sup>: 95 мEq/l; Ht: 36%; креатинин: 100 ммол/L. Если бы пациентке было произведена рН-метрия желудка, какой результат следовало бы ожидать?

- A. рН 1–2
- B. рН 3–4
- C. рН 5–6
- D. рН 7–8
- E. рН 6–7

32. СС. Больная, в возрасте 46 лет, с алкогольным анамнезом и хроническим панкреатитом, в течение 1 месяца жалуется на прогрессирующие абдоминальные боли. Какие исследования необходимо произвести в первую очередь?

- A. УЗИ
- B. Эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию
- C. Функциональные тесты поджелудочной железы
- D. Компьютерную томографию
- E. Определение в сыворотке СА 19–9

33. СМ. Внутрипанкреатическое невральное воспаление играет важную роль в генезе болей при хроническом панкреатите. Выберите правильное утверждение:

- A. Гистологически, панкреатические нервы становятся более многочисленными по количеству и увеличиваются в размерах
- B. Хроническое воспаление ведет к перерыву периневрия с замещением нервной ткани соединительной тканью
- C. Прервана организация интраневральных органелл, также как и микротубулл

- D. У больных с хроническим панкреатитом вещество Р в афферентных панкреатических нервах парадоксально уменьшается
- E. У больных с хроническим панкреатитом витамин Е в афферентных панкреатических нервах парадоксально уменьшается
34. СМ. Относительно болевого синдрома при хроническом панкреатите верными являются следующие утверждения:
- A. Развитие болевого синдрома совпадает с развитием экзокринной недостаточности поджелудочной железы
- B. Уменьшение внутрипротокового давления методом хирургической декомпрессии может уменьшить боль
- C. При гистологическом исследовании у больных обнаруживается поражение перипанкреатических нервов
- D. Блокада чревного сплетения приводит только к временному улучшению у больных с хроническим панкреатитом
- E. Развитие болевого синдрома совпадает с развитием эндокринной недостаточности поджелудочной железы
35. СМ. Какие из нижеследующих утверждений являются правильными относительно панкреатических абсцессов?
- A. Ассоциируются с развитием респираторного дистресс-синдрома у взрослых
- B. Могут быть предупреждены путем профилактического назначения антибиотиков широкого спектра действия
- C. В срочном порядке показано хирургическое лечение с удалением некротических тканей
- D. Диагноз может быть установлен путем чрезкожной перипанкреатической жидкости
- E. Хирургическое лечение состоит в наложении внутренних анастомозов

36. СМ. Какие из нижеследующих утверждений являются верными относительно панкреатической псевдокисты?
- A. При отсутствии осложнений, дренирование псевдокисты должно ограничиваться только случаями, когда псевдокиста имеет размеры более 6 см и персистирует более 6 недель
- B. Псевдокиста, ассоциирующаяся нормальным панкреатическим протоком, может быть лечена путем чрезкожного дренирования
- C. Псевдокиста, расположенная проксимальнее стриктуры панкреатического протока, должна быть дренирована чрезкожно
- D. Псевдокиста, расположенная в головке поджелудочной железы, может быть дренирована эндоскопически через большой или малый дуоденальный сосочек
- E. В случае развития гнойных осложнений псевдокисты производится ее наружное дренирование
37. СС. Для дифференциальной диагностики панкреатического и цирротического асцита наиболее важным тестом является:
- A. Абдоминальный парацентез
- B. УЗИ брюшной полости
- C. Компьютерная томография
- D. Эндоскопическая ретроградная холангио-панкреатография
- E. Чрезкожная транспеченочная холангиография
38. СС. К развитию панкреатической гипертензии может привести:
- A. Камни желчного пузыря
- B. Камни общего желчного протока
- C. Камни пузырного протока
- D. Ущемленный камень большого дуоденального сосочка
- E. Всё вышеперечисленное



39. СМ. Выберите правильные утверждения относительно развития алкогольного панкреатита:
- А. Рост концентрации протеолитических ферментов в панкреатическом соке
  - В. Увеличение панкреатического кровотока
  - С. Рост проницаемости панкреатических протоков
  - Д. Преципитация кальция в панкреатических протоках
  - Е. Спазм сфинктера Одди
40. СС. У больного с синдромом Золлингер-Эллисон обнаружена множественная эндокринная неоплазия I типа (синдром MEN I). Адекватное лечение язвенных симптомов состоит в:
- А. Назначении циметидина
  - В. Назначении омепразола
  - С. Резекции поджелудочной железы
  - Д. Назначении стрептазоцина
  - Е. Тотальной гастрэктомии
41. СС. Все нижеследующие хирургические методы используются для лечения панкреатической псевдокисты в головке панкреатической железы, за исключением:
- А. Кистодуоденоанастомоз
  - В. Кистогastroанастомоз
  - С. Кистоеюноанастомоз
  - Д. Удаления панкреатического поврежденного сегмента
  - Е. Наружного дренирования
42. СС. При экзокринной недостаточности поджелудочной железы наиболее важным эффектом является снижение абсорбции:
- А. Кальция
  - В. Углеводов
  - С. Жиров
  - Д. Витаминов
  - Е. Белков

43. СС. Панкреатография, выполненная у больного в возрасте 54 лет и страдающего хроническим алкоголизмом, показывает симптом „цепи озер”. Адекватное хирургическое лечение состоит в:
- А. Холецистэктомии с ревизией холедоха
  - В. Холецистэктомии со сфинктеропластикой
  - С. Продольном вскрытии панкреатического протока и наложения продольного (латеро-латерального) панкреатоеюноанастомоза
  - Д. Каудальной резекции поджелудочной железы и наложения панкреатоеюноанастомоза
  - Е. Тотальной панкреатэктомии
44. СС. Все утверждения относительно секретина являются верными, за исключением:
- А. Секретин является стимулятором секреции панкреатической жидкости и бикарбонатов
  - В. Уменьшение рН двенадцатиперстной кишки до 4,5 и ниже ведет к стимуляции высвобождения секретина
  - С. Секретин стимулирует секрецию панкреатических ферментов
  - Д. Клетки, продуцирующие секретин, локализируются в проксимальном отделе тонкого кишечника
  - Е. Холецистокинин потенцирует стимулирующий эффект секретина на секрецию бикарбонатов
45. СМ. Выберите правильные утверждения относительно анатомии поджелудочной железы:
- А. Перешеек поджелудочной железы расположен впереди и интимно связан с местом слияния верхней брыжеечной и селезеночной вен, которые формируют каудальную часть воротной вены
  - В. Тело поджелудочной железы расположено ретроперитонеально и позади аорты

- С. Антральный отдел и тело желудка соприкасается с передней поверхностью поджелудочной железы
- Д. Средняя часть тела поджелудочной железы расположена на уровне  $L_1 - L_2$
- Е. Средняя часть тела поджелудочной железы расположена на уровне  $Th_9 - L_{10}$
46. СС. Все утверждения относительно островков Лангерганса являются верными, за исключением:
- А. 75%–80% клеток островков являются beta-клетками, которые продуцируют инсулин
- В. 10–20% являются альфа-клетками, которые секретируют глюкагон
- С. 5% являются дельта-клетками, которые секретируют панкреатический полипептид
- Д. Энтерохромафинных клеток, которые секретируют 5-hydroxytryptamin
- Е. PP-клетки, которые продуцируют панкреатический полипептид
47. СМ. Укажите маркеры, которые помогают дифференцировать доброкачественную патологию поджелудочной железы от аденокарциномы :
- А. СА 19–9
- В. СА 125
- С. Карциноэмбриотический антиген
- Д. Тест ингибиции лейкоцитарной адгезии
- Е. Секретин
48. СС. Все утверждения относительно развития алкогольного панкреатита являются верными, за исключением:
- А. Роста концентрации протеолитических ферментов в панкреатическом соке
- В. Увеличения панкреатического кровотока

- С. Роста проницаемости панкреатических протоков
- Д. Преципитации кальция в панкреатических протоках
- Е. Спазма сфинктера Одди
49. СС. Желтуха у больных острым панкреатитом может быть обусловлена:
- А. Сдавлением холедоха тканью поджелудочной железы
- В. Дуоденостазом
- С. Холедохолитиазом
- Д. Панкреатогенным гепатитом
- Е. Всё вышеперечисленное верно
50. СС. У пациента с выраженным похуданием и глубоко расположенными абдоминальными болями, но без желтухи подозревается аденокарцинома поджелудочной железы. Диагностически информативным методом для начального исследования является:
- А. Ангиография
- В. Компьютерная томография
- С. Лапароскопия
- Д. Магнитно-ядерный резонанс
- Е. УЗИ

**Правильные ответы. Хронический панкреатит**

1 С; 2 В; 3 D; 4 С; 5 D; 6 С; 7 АВDE; 8 АВСЕ; 9 АС; 10 АВDE; 11 ВСD; 12 АВЕ; 13 АВСЕ; 14 А; 15 Е; 16 BD; 17 D; 18 Е; 19 В; 20 Е; 21 Е; 22 D; 23 С; 24 D; 25 А; 26 В; 27 С; 28 ABC; 29 ABD; 30 D; 31 С; 32 А; 33 ABC; 34 ВСD; 35 АСD 36 АВDE; 37 А; 38 D; 39 АСDE; 40 В; 41 D; 42 С; 43 С; 44 С; 45 АСD; 46 С; 47 ABD; 48 В; 49 А; 50 В.

### 3.15. ХИРУРГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ТОНКОЙ КИШКИ

1. CS. Самое частое осложнение Меккелевого дивертикула является:
  - А. Дивертикулит
  - В. Кишечная непроходимость
  - С. Малигнизация
  - Д. Грыжа Литтре
  - Е. Кровотечение
2. CS. При тромбозе мезентериальных артерий с инфарктом кишечника наблюдаются следующие утверждения, за исключением:
  - А. Острых параомбиликальных болей
  - В. Рвоты
  - С. Тяжелого общего состояния
  - Д. Раннего коллапса
  - Е. Ускоренной перистальтики
3. CS. Самое частое клиническое проявление опухолей тонкого кишечника является:
  - А. Кровотечение
  - В. Перфорация
  - С. Пальпируемая опухоль
  - Д. Кишечная непроходимость
  - Е. Диспептические нарушения
4. CS. Какое лечение показано при осложнении болезни Крона?
  - А. Антибиотики
  - В. Салазопирин
  - С. Хирургическое лечение
  - Д. Химиотерапия
  - Е. Радиотерапия

5. CS. Наличие Меккелевого дивертикула в грыжевом мешке называется:
  - А. Грыжа Литтре
  - В. Грыжа Рихтера
  - С. Грыжа Спигели
  - Д. Грыжа Морганьи
  - Е. Грыжа Ганднера
6. CS. Самое частое показание к хирургическому лечению при болезни Крона служит:
  - А. Длительное кровотечение
  - В. Рецидив болезни
  - С. Кишечная непроходимость
  - Д. Наружные свищи
  - Е. Профузное кровотечение
7. CS. Наиболее частой локализацией опухолей является:
  - А. Тонкая кишка
  - В. Червеобразный отросток
  - С. Толстая кишка
  - Д. Прямая кишка
  - Е. Желудок
8. CS. Оптимальное лечение при карциноидных опухолях кишечника заключается в проведении:
  - А. Радиотерапии
  - В. Химиотерапии
  - С. Сочетания химиотерапии с радиотерапией
  - Д. Хирургического лечения с последующей радиотерапией
  - Е. Резекции кишечника
9. CS. Рентгенологические признаки характерные для болезни Крона могут встречаться также и при:
  - А. Неспецифическом язвенном колите

- В. Некротическом энтерите
  - С. Илеоцекальном туберкулезе
  - Д. Раке слепой кишки
  - Е. Цекальном актиномикозе
10. СМ. Самой частой причиной кишечной непроходимости при опухолях тонкой кишки является:
- А. Перекрут кишки
  - В. Спайки
  - С. Инвагинация
  - Д. Спазм кишки
  - Е. Сочетанный механизм
11. СМ. Какие симптомы включает клиническая картина кишечной непроходимости?
- А. Схваткообразные боли в животе
  - В. Рвота
  - С. Отсутствие выделения газов
  - Д. Выраженное вздутие живота
  - Е. Аускультативно определяются усиленные кишечные шумы
12. СМ. При механической кишечной непроходимости рентгеновское исследование живота натощак может определить:
- А. Вздутие тонкого кишечника
  - В. Уровни жидкости и газа (чашки Клейберга)
  - С. Пневмоперитонеум
  - Д. Аэробилию
  - Е. Вуализацию контура *m.psoas*
13. СМ. Дегидратация больного при механической тонкокишечной непроходимости определяется следующими факторами:
- А. Скоплением жидкости в кишечнике
  - В. Потерей ионов натрия
  - С. Рвотами

- Д. Экстравазацией жидкости в брюшной полости
  - Е. Потерей ионов хлора
14. СМ. Эмболия верхней брыжеечной артерии выражается следующими признаками:
- А. Функциональной кишечной непроходимостью
  - В. Внутренним кровотечением
  - С. Периодическими рвотами
  - Д. Вздутием живота
  - Е. Тестообразной консистенцией живота
15. СМ. Какие из нижеперечисленных причин могут вызывать развитие паралитической кишечной непроходимости?
- А. Фитобезоары
  - В. Почечная колика
  - С. Перитонит
  - Д. Заворот кишечника
  - Е. Гнойные процессы забрюшинного пространства
16. СМ. Какие основные рентгенологические признаки тонкокишечной непроходимости?
- А. Единичный параомбиликальный газо-жидкостный уровень
  - В. Периферические воздушные скопления
  - С. Множественные газо- жидкостные уровни
  - Д. Стертый, зазубренный контур тонкого кишечника
  - Е. Выраженный пневматоз толстого кишечника
17. СМ. Какие утверждения относительно энтеромезентериального инфаркта следует считать правильными?
- А. В клинической картине доминирует болевой синдром
  - В. Боли исходят из поясничной области
  - С. Пульс частый, а артериальное давление повышено
  - Д. Живот мягкий, перкуторно – притупление по флангам
  - Е. Аускультативно – отсутствие перистальтических шумов

18. СМ. Дивертикул Меккеля может:
- A. Содержать эктопическую желудочную ткань
  - B. Быть источником кровотечения
  - C. Содержать карциноидную опухоль
  - D. Определять развитие кишечной непроходимости
  - E. Быть грыжевым содержимым при паховой грыже
19. СМ. При болезни Крона с поражением тонкого кишечника чаще прибегают к следующим операциям:
- A. Наложение илео- или еюнотомии
  - B. Обходной анастомоз с полным отключением пораженных участков
  - C. Ограниченные резекции тонкого кишечника
  - D. Обширные резекции тонкого кишечника
  - E. Тотальная колэктомия
20. СМ. Какие из нижеперечисленных симптомов не характерны для механической тонкокишечной непроходимости?
- A. Раннее появление рвоты
  - B. Отсутствие вздутия живота
  - C. Ухудшение общего состояния
  - D. Синдром Кони́нга
  - E. Мышечная контрактура
21. СМ. Какие рентгенологические признаки можно выявить у больного с тонкокишечной непроходимостью в положении стоя на обзорной рентгенограмме брюшной полости?
- A. Множество центральных газо-жидкостных уровней
  - B. Пневмоперитонеум
  - C. Выраженное вздутие одной изолированной петли кишечника
  - D. Газо-жидкостные уровни в виде „лестницы”
  - E. Газо-жидкостной уровень в виде буквы „омега”, занимающий нижнюю половину живота
22. СМ. Какими клиническими признаками чаще выражается туберкулезный энтерит?
- A. Частичной кишечной непроходимостью
  - B. Опухолевидным образованием брюшной полости
  - C. Диареей
  - D. Профузным кровотечением желудочно-кишечного тракта
  - E. Может симулировать острый аппендицит
23. СМ. Положительными моментами декомпрессии растянутого кишечника при механической непроходимости являются:
- A. Уменьшение ишемии кишечника
  - B. Устранение внутрипросветных токсических веществ
  - C. Способствует быстрому рубцеванию операционной раны
  - D. Снижает риск нагноения послеоперационной раны
  - E. Предотвращает развитие синдрома Мендельсона
24. СМ. Основными клиническими симптомами острой механической тонкокишечной непроходимости являются:
- A. Усиление перистальтических шумов
  - B. Полное отсутствие перистальтических шумов
  - C. Шум переливания жидкости, урчание
  - D. Вздутие живота
  - E. Ограниченное мышечное напряжение живота

**Правильные ответы. Хирургические заболевания тонкой кишки**

1 A; 2 E; 3 D; 4 C; 5 A; 6 C; 7 B; 8 E; 9 C; 10 C; 11 ABCDE; 12 ABD; 13 ABCD; 14 ABE; 15 BCE; 16 AC; 17 AE; 18 ABCDE; 19 ABC; 20 DE; 21 ACDE; 22 ABCE; 23 ABE; 24 ACD.

### 3.16. ХИРУРГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА

1. СС. Длина толстого кишечника составляет:
  - A. 50 см
  - B. 80 см
  - C. 150 см
  - D. 200 см
  - E. 300 см
2. СС. Правая половина толстой кишки кровоснабжается:
  - A. Нижней брыжеечной артерией
  - B. Верхней брыжеечной артерией
  - C. Правой почечной артерией
  - D. Правой наружной подвздошной артерией
  - E. Правой внутренней подвздошной артерией
3. СС. Симпатическая иннервация правой половины толстого кишечника осуществляется:
  - A. Гипогастральным нервным сплетением
  - B. Нижнебрыжеечным нервным сплетением
  - C. Блуждающими нервами
  - D. Поясничным симпатическим нервом
  - E. Ни одним из вышеперечисленных
4. СМ. Факторами риска для рака толстого кишечника являются:
  - A. Диффузный аденоматозный семейный полипоз
  - B. Хронические воспалительные заболевания
  - C. Дивертикулёз толстого кишечника
  - D. Холецистэктомия в анамнезе
  - E. Уретеросигмоидостомия
5. СМ. Диссеминация злокачественной опухоли толстого кишечника происходит следующими путями:
  - A. Прорастание в соседние органы

- B. По лимфатическим путям
    - C. Гематогенным путём
    - D. Внутриспросветным путём
    - E. Перинеуральным путём
6. СМ. Какие из нижеследующих параклинических исследований наиболее полезны в диагностике рака толстого кишечника?
  - A. Аноскопия
  - B. Ирригография
  - C. Пассаж бариевой взвеси по ЖКТ
  - D. Фиброколоноскопия
  - E. Ядерно-магнитный резонанс
7. СМ. Какие из нижеследующих параклинических исследований наиболее полезны в стадиялизации злокачественной опухоли толстого кишечника?
  - A. УЗИ брюшной полости
  - B. Компьютерная томография
  - C. Ядерно-магнитный резонанс
  - D. Электрокардиография
  - E. Рентгенография лёгких
8. СМ. Наиболее частыми осложнениями рака толстого кишечника являются:
  - A. Кишечная непроходимость
  - B. Синдром мальабсорбции
  - C. Прободение кишечника
  - D. Толстокишечное кровотечение
  - E. Септицемия
9. СМ. Какие методы лечения используются при раке толстого кишечника?
  - A. Оперативное вмешательство
  - B. Радиотерапия

- С. Химиотерапия  
D. Иммунотерапия  
E. Иммуносупрессия
10. СМ. Основными задачами оперативного вмешательства при раке толстого кишечника являются:
- A. Удаление опухоли
  - B. Восстановление анатомической непрерывности кишечной трубки
  - C. Лечение осложнений (стеноз, перфорация)
  - D. Предупреждение печёночных осложнений
  - E. Отключение максимально возможного большего сегмента толстого кишечника
11. СМ. Какие из нижеперечисленных методов лечения рака толстого кишечника были внедрены в последние годы?
- A. Диссекция и лимфаденэктомия
  - B. Механические швы
  - C. Экстракорпоральное кровообращение
  - D. Лапароскопические резекции
  - E. Интраоперационная эндоскопия
12. СМ. Какие антибиотики наиболее эффективны в подготовке толстого кишечника к оперативному вмешательству?
- A. Цефалоспорины
  - B. Гентамицин
  - C. Метронидазол
  - D. Ампициллин
  - E. Хлорамфеникол
13. СМ. Какие принципы лежат в основе радикального хирургического вмешательства по поводу рака правой половины толстого кишечника?
- A. Полностью резецируется правая половина толстого кишечника (правосторонняя гемиколэктомия)
  - B. Восстановление непрерывности кишечной трубки осуществляется наложением илеотрансверсоанастомоза
  - C. Одновременно осуществляется резекция сосудистых стволов и региональная лимфаденэктомия
  - D. Восстановление непрерывности кишечной трубки осуществляется на втором этапе операции
  - E. Обязательна абляция лимфатических узлов устья нижнебрюшной артерии
14. СМ. Какие из нижеперечисленных медикаментов используются в качестве иммуномодуляторов у больных с раком толстого кишечника?
- A. Левамизоль
  - B. 5-фторурацил
  - C. БЦЖ
  - D. *Corynebacterium parvum*
  - E. TNF- $\alpha$  (tumor necrosis factor)
15. СМ. Какие клинические симптомы наиболее характерны для рака правой половины толстого кишечника?
- A. Анемия
  - B. Температура
  - C. Признаки кишечной непроходимости
  - D. Пальпируемая опухоль
  - E. Синдром мальабсорбции
16. СС. Острое токсическое расширение толстой кишки может быть осложнением следующего заболевания:
- A. Дивертикулеза толстого кишечника
  - B. Семейного аденоматозного полипоза
  - C. Неспецифического язвенного колита
  - D. Ишемического колита
  - E. Спастического колита

17. CS. Какое из нижеперечисленных осложнений нехарактерно для неспецифического язвенного колита?
- A. Внутренние кишечные свищи
  - B. Прободевание толстого кишечника
  - C. Толстокишечное кровотечение
  - D. Малигнизация
  - E. Острое токсическое расширение толстой кишки
18. CS. Консервативное лечение неспецифического язвенного колита включает все элементы, за исключением:
- A. Препаратов группы салазопирина
  - B. Кортикостероидных гормонов
  - C. Противодиарейных препаратов
  - D. Парентерального питания
  - E. Антибиотикотерапии
19. CS. В течении болезни Крона могут развиваться все осложнения, за исключением:
- A. Толстокишечного кровотечения
  - B. Внутреннего кишечного свища
  - C. Интраперитонеального инфильтрата
  - D. Стриктуры кишечника
  - E. Полипоза толстого кишечника
20. CS. Рентгенологические изменения слизистой оболочки толстого кишечника в виде „булыжной мостовой” характерны для:
- A. Неспецифического язвенного колита
  - B. Семейного аденоматозного полипоза
  - C. Болезни Крона
  - D. Ишемического колита
  - E. Болезни Гиршпрунга

21. CS. Присутствие гигантских клеток Лангханса в биоптатах слизистой толстого кишечника характерно для:
- A. Болезни Гиршпрунга
  - B. Раздраженного толстого кишечника
  - C. Неспецифического язвенного колита
  - D. Болезни Крона
  - E. Ишемического колита
22. CS. Методом выбора в лечении полипоза толстого кишечника является:
- A. Лечение соком болиголова
  - B. Эндоскопическая полипэктомия
  - C. Обходной анастомоз
  - D. Резекция толстого кишечника
  - E. Химиотерапия
23. CS. Методом выбора в диагностике полипоза толстого кишечника является:
- A. Ультразвуковое исследование
  - B. Лапароскопия
  - C. Фиброколоноскопия с биопсией
  - D. Ангиография
  - E. Компьютерная томография
24. CS. Для семейного аденоматозного полипоза характерны все симптомы, за исключением:
- A. Толстокишечного кровотечения
  - B. Слизистых выделений с испражнениями
  - C. Анемии
  - D. Гипопротеинемии
  - E. Желудочной ахилии



25. CS. Наиболее точным описанием для ворсинчатой опухоли толстого кишечника является:
- A. Расположена на ножке
  - B. Часто локализуется на уровне слепой кишки
  - C. Может перерождаться в аденокарциному
  - D. Чаще встречается у детей
  - E. Имеет малый потенциал озлокачествления
26. CM. Дивертикулез сигмовидной кишки может сопровождаться следующими клиническими признаками:
- A. Температурой
  - B. Выраженным снижением массы тела
  - C. Упругостью в правой повздошной области
  - D. Анемией
  - E. Лейкоцитозом
27. CM. Возможными осложнениями дивертикулеза сигмовидной кишки являются:
- A. Кровотечение
  - B. Перфорация
  - C. Образование свища мочевого пузыря
  - D. Периколический абсцесс
  - E. Воспалительный стеноз
28. CM. В клиническом течении неспецифического язвенного колита:
- A. Встречаются гнойно-гемморагические выделения
  - B. Присутствуют длительные периоды ремиссии
  - C. Колоноскопию следует проводить систематически при каждом обострении
  - D. Тяжелые рецидивы лечатся всегда только интенсивной терапией
  - E. Наиболее страдает правая половина толстого кишечника

29. CM. Какие симптомы характерны для кишечной непроходимости вследствие перекута сигмовидной кишки?
- A. Полное отсутствие пассажа для сформированных каловых масс и газов
  - B. Температура
  - C. Присутствие свежей крови при пальцевом исследовании прямой кишки
  - D. Приступы непроходимости в анамнезе
  - E. Ассиметрический метеоризм
30. CM. Характерными осложнениями неспецифического язвенного колита являются:
- A. Ревматоидный артрит
  - B. Задний увеит
  - C. Эндокардит
  - D. Перфорация толстого кишечника
  - E. Токсический мегаколон
31. CM. При дивертикулезе толстого кишечника ирригография может выявить следующие симптомы:
- A. Отсутствие гаустрации левой половины толстого кишечника с колосовидными разрастаниями на фоне сигмовидной кишки
  - B. Полная обструкция просвета кишки
  - C. Толстая кишка в виде „стопки тарелок”
  - D. Толстая кишка в виде „штанов для гольфа”
  - E. Толстая кишка в виде „булыжной мостовой”
32. CM. Показания к колэктомии при дивертикулезе толстого кишечника следующие:
- A. Образование свищей
  - B. Кровотечение
  - C. Перфорация
  - D. Отсутствие существенных осложнений
  - E. Дивертикулит

33. CS. Болезнь Крона и неспецифический язвенный колит являются воспалительными заболеваниями кишечника и имеют общие характерные черты. Которое из них является ложным?
- A. Встречаются у молодых больных
  - B. Поражают толстую кишку
  - C. Могут сопровождаться узловой эритемой и увеитом
  - D. Могут рецидивировать после тотальной колэктомии
  - E. Могут ассоциировать с анальными трещинами
34. CM. Характерными рентгенологическими признаками болезни Крона являются:
- A. Фоликулярный илеит
  - B. Язвы
  - C. Аэробилия
  - D. Стенозы просвета
  - E. Свищи
35. CM. Какие симптомы характерны для осложнений дивертикулеза толстого кишечника?
- A. Фекалурия
  - B. Ректорагия
  - C. Контрактура
  - D. Запор
  - E. Лейкопения
36. CM. Главными характерными признаками семейного аденоматозного полипоза толстого кишечника являются:
- A. Передается аутосомально-доминантно
  - B. Стабильная малигнизация
  - C. Разрешается тотальной колэктомией
  - D. Необходимо тщательное эндоскопическое наблюдение за состоянием прямой кишки после колэктомии
  - E. Редко малигнизирует

37. CM. Предупреждение рака толстого кишечника может быть достигнута периодическими наблюдениями за состоянием толстого кишечника у лиц из группы риска. Таковыми являются:
- A. Дети оперированных родственников по поводу рака толстого кишечника
  - B. Больные перенесшие полипэктомию на толстом кишечнике
  - C. Больные, неспецифическим язвенным колитом с детского возраста, более 10 лет
  - D. Больные с хроническими запорами
  - E. Больные с синдромом Петс-Егерс
38. CM. Синдром Петс-Егерс:
- A. Является наиболее часто встречаемой клинической формой злокачественных опухолей тонкого кишечника
  - B. Может выражаться через эпизоды кишечной непроходимости
  - C. Очень часто малигнизируется
  - D. Сопровождается лентигинозом вокруг естественных отверстий
  - E. Опухоли являются десмоидными
39. CM. При каких заболеваниях может встречаться лимфогранулематоз?
- A. Болезнь Крона
  - B. Синдром мальабсорбции
  - C. Толстокишечный дивертикулез
  - D. Ишемический колит
  - E. Полипоз прямой и толстой кишок
40. CM. Осложнениями полипоза толстого кишечника являются:
- A. Вторичная анемия
  - B. Кахексия
  - C. Инвагинационная кишечная непроходимость
  - D. Малигнизация
  - E. Перфорация толстого кишечника

41. СМ. Наиболее распространенными операциями в лечении полипоза толстого кишечника являются:
- А. Эндоскопическая полипэктомия
  - В. Тотальная колпроктэктомия с илеостомией
  - С. Субтотальная колэктомия с наложением илеоректального анастомоза
  - Д. Колотомия с иссечением полиповидных участков слизистой оболочки
  - Е. Наложение противоестественного заднего прохода
42. СМ. Внутрипросветный газ толстого кишечника состоит из следующих химических соединений:
- А. Азота
  - В. Кислорода
  - С. Двуокись углерода
  - Д. Водорода
  - Е. Метана
43. СМ. К факторам, регулирующим моторную активность толстого кишечника, относятся:
- А. Глюкагон
  - В. Соматостатин
  - С. Холецистокинин
  - Д. Внутриорганная нервная система
  - Е. Внеорганная нервная система
44. СМ. Какие операции практикуются в лечении болезни Гиршпрунга?
- А. Операция Duhammel
  - В. Операция Soave
  - С. Операция Svenson
  - Д. Операция Kummel
  - Е. Операция Quenu-Miiles

45. СМ. Перечислите наиболее важные диагностические методы при болезни Гиршпрунга:
- А. УЗИ брюшной полости
  - В. Ирригография
  - С. Ректороманоскопия с биопсией слизистой прямой кишки по Свенсону
  - Д. Ядерно-магнитная томография
  - Е. Определение ректо-анального рефлекса
46. СС. Наиболее ранними гистоморфологическими признаками неспецифического язвенного колита являются:
- А. Эозинофильная инфильтрация на уровне крипт Lieberkuhn
  - В. Слизистая толстого кишечника покрыта глубокими изъязвлениями
  - С. Слизистая толстого кишечника диффузно утолщена
  - Д. Слизистая толстого кишечника атрофирована с аваскулярными участками
  - Е. Слизистая толстого кишечника покрыта поверхностными гранулирующими язвами, истончена и легко ранима, с выраженной сосудистой реакцией
47. СС. Наиболее частым клиническим симптомом дебюта неспецифического язвенного колита является:
- А. Потеря веса
  - В. Гемморрагическая диарея
  - С. Боли в животе
  - Д. Запоры
  - Е. Дерматологические поражения
48. СС. Неспецифический язвенный колит всегда начинается с поражением:
- А. Толстого кишечника
  - В. Прямой кишки
  - С. Терминального отдела подвздошной кишки

- D. Слепой кишки  
E. Тошей кишки
49. CS. Препаратом выбора для индукции ремиссии при тяжёлых обострениях неспецифического язвенного колита является:
- A. Производные 5-аминосалициловой кислоты  
B. Кортикостероиды  
C. Антибиотики широкого спектра действия  
D. Иммуносупрессоры  
E. Beta-интерферон
50. CS. Какие антитела выявляются в сыворотке крови больных неспецифическим язвенным колитом?
- A. Против муцинпродуцирующих клеток слизистой оболочки тонкого кишечника  
B. Против клеток без муцина слизистой прямой кишки  
C. Против клеток без муцина слизистой толстой кишки  
D. Против муцинпродуцирующих клеток слизистой оболочки толстого кишечника  
E. Против клеток без муцина слизистой тонкого кишечника
51. CS. Злокачественная дегенересценция при неспецифическом язвенном колите может быть обнаружена на основании следующих данных:
- A. Определение скрытых кровотечений  
B. Иммунологические исследования  
C. Компьютерная томография  
D. Ультразвуковое и эндоскопическое исследования  
E. Ирригография и фиброколоноскопия
52. CS. Среди хронических неспецифических воспалительных заболеваний толстого кишечника, дифференциальный диагноз неспецифического язвенного колита производят с:
- A. Вирусными колитами

- B. Паразитарными колитами  
C. Новообразованиями толстого кишечника  
D. Болезнью Крона  
E. Полипозом толстого кишечника
53. CS. Наиболее надежным и специфическим методом диагностики неспецифического язвенного колита является:
- A. Ирригография  
B. Иммунологические исследования  
C. Биологические исследования  
D. Ректосигмоидоскопия с гибким ректосигмоидоскопом и биопсией копрологического исследования
54. CM. Синонимами неспецифического язвенного колита являются:
- A. Болезнь Крона  
B. Язвенно-гемморагический ректоколит  
C. Идиопатический язвенный колит  
D. Терминальный илеит  
E. Эрозивный проктосигмоидит
55. CS. Этиологическим фактором неспецифического язвенного колита является:
- A. Бактериальный  
B. Неизвестен  
C. Вирусный  
D. Паразитарный  
E. Медикаментозный
56. CM. Патогенез неспецифического язвенного колита определён следующими факторами:
- A. Инфекционный  
B. Психо-соматический  
C. Алиментарный

- D. Генетический  
E. Иммунологический
57. СМ. Макроскопическая картина неспецифического язвенного колита характеризуется:
- A. Сегментарными поражениями слизистой оболочки толстого кишечника
  - B. Диффузными поражениями слизистой оболочки толстого кишечника
  - C. Поражением только слизистой оболочки прямой кишки
  - D. Поражением только слизистой оболочки подвздошной кишки
  - E. Поражением распространяемой в проксимальном направлении
58. СМ. Варианты клинического течения неспецифического язвенного колита являются:
- A. Латентный колит
  - B. Первичная острая атака
  - C. Хронический рецидивирующий колит
  - D. Хронический индуративный колит
  - E. Непрерывно-рецидивирующий прогрессирующий колит
59. СС. Локальными проявлениями неспецифического язвенного колита являются все нижеперечисленные, кроме:
- A. Ректорагии
  - B. Болей в животе
  - C. Температуры
  - D. Диареи
  - E. Запора
60. СС. Системными проявлениями неспецифического язвенного колита являются все нижеперечисленные, кроме:
- A. Анемии
  - B. Температуры
  - C. Астении
  - D. Потери веса
  - E. Гиперволемии
61. СМ. Внекишечными (системными) проявлениями неспецифического язвенного колита являются:
- A. Иридоциклит
  - B. Артрит
  - C. Увеит
  - D. Нодулярная эритема
  - E. Артралгии и миалгии
62. СМ. Эндоскопическими признаками неспецифического язвенного колита являются:
- A. Зернистость слизистой оболочки
  - B. Эрозии и изъязвления неправильной формы
  - C. Сегментарность поражения
  - D. Псевдополипоз кишечника
  - E. Контактная кровоточивость
63. СМ. Рентгенологическими признаками неспецифического язвенного колита являются:
- A. Зернистость и неровный контур слизистой оболочки
  - B. Диффузные эрозии и изъязвления разной формы и глубины
  - C. Псевдополипоз
  - D. Отсутствие гаустр
  - E. Укорочение толстого кишечника
64. СМ. Местными осложнениями неспецифического язвенного колита являются:
- A. Профузное кровотечение
  - B. Токсический мегаколон
  - C. Перфорация кишечника

- D. Внутренние свищи  
E. Стриктуры кишки
65. СМ. Системными осложнениями неспецифического язвенного колита являются:
- A. Кишечная непроходимость
  - B. Внутривентрикулярные абсцессы
  - C. Туберкулёз толстого кишечника
  - D. Сепсис
  - E. Тяжёлая анемия
66. СМ. По данным современных эпидемиологических исследований, неспецифический язвенный колит характеризуется следующими показателями:
- A. Ежегодно выявляются 400–600 новых случаев заболевания на 100 000 человек
  - B. Частота заболевания колеблется в пределах 40–100 случаев на 100 000 человек
  - C. Неспецифический язвенный колит поражает преимущественно чернокожих людей
  - D. Неспецифический язвенный колит встречается в 2 раза чаще у бледнолицых людей
  - E. Генетический фактор не основной в развитии заболевания
67. СМ. По современным представлениям, какие осложнения неспецифического язвенного колита подлежат хирургическому лечению?
- A. Подозрение или выявленный рак толстого кишечника
  - B. Токсический мегаколон с перфорацией толстого кишечника
  - C. Острая молниеносная форма, резистентная к глюкокортикоидам
  - D. Толстокишечное кровотечение, где консервативная терапия неэффективна
  - E. Толстокишечная непроходимость вследствие стриктуры просвета кишки

68. СМ. Основными группами фармакологических препаратов, доказавших свою эффективность в лечении неспецифического язвенного колита, являются:
- A. Иммуностимуляторы
  - B. Иммунодепрессоры (цитостатики)
  - C. Кортикостероиды
  - D. Производные 5-аминосалициловой кислоты (5-ASA)
  - E. Тиреоидные гормоны
69. СМ. О роли иммунологического фактора в развитии неспецифического язвенного колита говорят следующие аргументы:
- A. Антитела против муцинпродуцирующих клеток выявляются в сыворотке крови больных неспецифическим язвенным колитом
  - B. Антитела против муцинпродуцирующих клеток являются специфичными
  - C. Антитела против муцинпродуцирующих клеток очень постоянные
  - D. У больных неспецифическим язвенным колитом выявлен дефицит в синтезе иммуноглобулинов, особенно класса IgG
  - E. Фенотипы HLA-AW 24 и BW 35 часто выявляются у этих больных
70. СС. Для неспецифического язвенного колита характерны следующие патологоанатомические признаки, за исключением:
- A. Болезнь вовлекает в патологический процесс слизистую и подслизистую толстой кишки
  - B. Первично поражается прямая кишка, затем болезнь распространяется на всю толстую кишку
  - C. Подвздошная кишка с умеренным воспалением и расширением
  - D. Поражения при неспецифическом язвенном колите сходны с таковыми при болезни Крона
  - E. Слизистая толстой кишки истончена, рыхлая, с выраженной сосудистой реакцией

71. CS. Тотальная колпроктэктомия с наложением концевой илеостомы по Бруку – одно из наиболее часто применяемых операций при неспецифическом язвенном колите. Какое наиболее частое осложнение у илеостомизированных больных:
- A. Синдром приводящей кишки
  - B. Последующие кровотечения
  - C. Перистомальное воспаление с обструкцией просвета (кишечная непроходимость)
  - D. Синдром мальабсорбции с водно-электролитными нарушениями
  - E. Астено-вегетативный синдром
72. CS. При неспецифическом язвенном колите, в посевах толстокишечного содержимого выявлено:
- A. Отсутствие специфических изменений флоры
  - B. Наличие неспецифических изменений флоры
  - C. Рост частоты выявления *Stafilococcus aureus*
  - D. Отсутствие каких-либо изменений в флоре
  - E. Наличие изменений в флоре только при длительно текущих формах заболевания
73. CS. Какое из нижеперечисленных осложнений неспецифического язвенного колита не требует срочного хирургического лечения?
- A. Токсический мегаколон
  - B. Молниеносная форма заболевания, резистентная к кортикостероидам
  - C. Стриктуры кишки с явлениями кишечной непроходимости
  - D. Малигнизация
  - E. Псевдополипоз толстого кишечника
74. CS. Когда производят дифференциальный диагноз между неспецифическим язвенным колитом и болезнью Крона, харак-

- терным патоморфологическим признаком для болезни Крона и отсутствующим всегда при язвенном колите является:
- A. Трансмуральное воспаление
  - B. Утолщение подслизистого слоя
  - C. Трещины
  - D. Увеличение лимфоплазмочитарной инфильтрации подслизистого слоя
  - E. Гранулёмы Пирогов-Лангханс
75. CM. В пользу инфекционного фактора, как этиологический при неспецифическом язвенном колите, говорят следующие высказывания:
- A. Аэробно-анаэробные посевы содержимого толстого кишечника при язвенном колите выявляют рост всей флоры толстого кишечника
  - B. Рост титра антител к кишечной палочке у больных неспецифическим язвенным колитом
  - C. Бактериальный прирост в этих случаях определяется назначенными антибиотиками
  - D. Выявленная микрофлора специфична для неспецифического язвенного колита
  - E. Наличие инфекционных агентов в кишечном содержимом этих больных не является специфичным
76. CM. Операциями выбора при неспецифическом язвенном колите являются:
- A. Тотальная колпроктэктомия с илеостомией по Бруку
  - B. Субтотальная колэктомия с илеоректальным анастомозом
  - C. Тотальная колэктомия с формированием внутритазовых тонкокишечных накопителей
  - D. Колостомия
  - E. Операция Диксона

**Правильные ответы. Хирургические заболевания толстого кишечника**

1 С; 2 В; 3 В; 4 АВДЕ; 5 ABCDE; 6 BD; 7 АВСЕ; 8 ABCD;  
9 ABCD; 10 AC; 11 BD; 12 AC; 13 ABC; 14 ACD; 15 ABD;  
16 С; 17 А; 18 E; 19 E; 20 C; 21 D; 22 В; 23 C; 24 E; 25 C;  
26 ADE; 27 ABCDE; 28 ABC; 29 ADE; 30 ABCDE; 31 AC;  
32 ABC; 33 D; 34 ABCDE; 35 ABC; 36 ABC; 37 ABC; 38 BD;  
39 AC; 40 ABCD; 41 ABCD; 42 ABCDE; 43 ABCDE; 44 ABC;  
45 BCE; 46 E; 47 В; 48 В; 49 В; 50 D; 51 E; 52 D; 53 D; 54 BCE;  
55 В; 56 ABCDE; 57 BCE; 58 BCE; 59 C; 60 E; 61 ABCDE;  
62 ABDE; 63 ABCDE; 64 ABC; 65 DE; 66 BD; 67 ABDE;  
68 BCD; 69 ADE; 70 D; 71 C; 72 D; 73 E; 74 E; 75 BCE;  
76 ABC.



### 3.17. ХИРУРГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ

1. CS. Основными предраковыми заболеваниями при раке прямой кишки являются:
  - A. Меланомы прямой кишки
  - B. Полипы прямой и толстой кишок, ворсинчатые опухоли, неспецифический язвенный колит
  - C. Гемморой и хронические параректальные свищи
  - D. Неспецифические аноректиты, пектиноз
  - E. Выпадение прямой кишки
  
2. CS. Стадиализация опухоли прямой кишки означает:
  - A. Классификацию в зависимости от степени гистопатологической дифференциации
  - B. Клиническую классификацию рака прямой кишки
  - C. Определение степени опухолевой инвазии стенки прямой кишки
  - D. Определение биологических маркёров рака прямой кишки
  - E. Комплементарный метод лечения рака прямой кишки
  
3. CS. Самой частой патологоанатомической формой рака прямой кишки является:
  - A. Аденокарцинома
  - B. Остеосаркома
  - C. Меланома
  - D. Карциноид
  - E. Рабдомиосаркома
  
4. CS. Специфическими исследованиями для выявления рака прямой кишки являются:
  - A. Компьютерная томография, эксфолиативная цитология
  - B. Пальцевое исследование прямой кишки, ректороманоскопия и фиброколоноскопия, ирригография

- C. УЗИ малого таза, определение карциноэмбрионального антигена
  - D. Внутривидовое УЗИ прямой кишки, лимфография, артериография
  - E. Хромолимфоскопия, трансабдоминальное УЗИ малого таза, эксфолиативная цитология
5. CS. Радикальное хирургическое вмешательство при раке прямой кишки предполагает:
- A. Экстирпацию опухоленесущего сегмента прямой кишки
  - B. Экстирпацию прямой кишки и нижнебрыжеечных лимфатических узлов
  - C. Экстирпацию прямой кишки или опухоленесущего сегмента прямой кишки вместе с регионарными лимфатическими узлами и окружающей жировой клетчаткой
  - D. Расширенную лимфаденэктомию и экстирпацию опухоленесущего сегмента прямой кишки
  - E. Резекцию опухоли прямой кишки или прямой кишки вместе с сигмовидной и нисходящей кишками
6. CS. Основным хирургическим методом лечения рака прямой кишки является:
- A. Криохирургия
  - B. Электрохирургия
  - C. Резекция и ампутация прямой кишки
  - D. Расширенная левосторонняя гемиколэктомия и резекция прямой кишки
  - E. Резекция опухоли при помощи лазера
7. CS. Ингибирующим фактором карциногенеза колоректального рака является:
- A. Вегетарианская диета, витамин А, простогландины
  - B. Антитрипсин, фолиевая кислота
  - C. Секреторный иммуноглобулин А, гепариназа, витамин Е

- D. Селений, ретиноиды, растительные стероиды
  - E. Тканевой тромбопластин, комплекс витаминов В, липопротеинлипаза
8. CM. Рак прямой кишки может локализоваться на следующих уровнях:
- A. Ампулярного отдела
  - B. Ректосигмоидального отдела
  - C. Промежностного отдела
  - D. В ишиоректальном пространстве
  - E. В пельвиоректальном пространстве
9. CM. Для начальной стадии развития рака прямой кишки характерны следующие симптомы:
- A. Патологические выделения из прямой кишки
  - B. Болевой синдром
  - C. Нарушения дефекации
  - D. Неврологические нарушения
  - E. Билиопанкреатический синдром
10. CM. Причинами поздней диагностики рака прямой кишки являются:
- A. Длительное бессимптомное течение заболевания
  - B. Позднее обращение за медицинской помощью
  - C. Поверхностное обследование больного
  - D. Низкая частота случаев рака прямой кишки
  - E. Отсутствие современных методов исследования больного
11. CM. Основными параметрами, лежащими в основе хирургического лечения рака прямой кишки, являются:
- A. Локализация опухоли
  - B. Концентрация карциноэмбрионального антигена в крови больного
  - C. Стадия заболевания

- D. Результат гистологического исследования биоптатов  
E. Определение опухолевых маркёров в крови
12. СМ. Основными хирургическими вмешательствами при раке прямой кишки являются:
- A. Ампутация прямой кишки
  - B. Криотерапия
  - C. Резекция прямой кишки
  - D. Эндоскопическая экстирпация опухоли
  - E. Резекция опухоли при помощи лазера
13. СМ. Предраковыми заболеваниями при раке прямой кишки являются:
- A. Дивертикулёз толстого кишечника
  - B. Колоректальные полипы
  - C. Сосудистые дисплазии
  - D. Неспецифический язвенный колит
  - E. Мегадолихоколон
14. СМ. Пальцевое исследование прямой кишки позволяет выявить следующие параметры:
- A. Гистологический вариант опухоли
  - B. Локализацию опухоли
  - C. Стадию опухоли
  - D. Прорастание опухоли в соседние органы
  - E. Метастазы в регионарные лимфатические узлы
15. СМ. Радикальными операциями при раке прямой кишки являются:
- A. Ампутация прямой кишки
  - B. Резекция прямой кишки
  - C. Операция Гартмана
  - D. Механическая низкая резекция прямой кишки с опухолью
  - E. Двухствольная колостомия

16. СМ. Этиопатогенетическими факторами рака прямой кишки считаются:
- A. Наследственные факторы
  - B. Предраковые заболевания прямой кишки
  - C. Алиментарные факторы и факторы окружающей среды
  - D. Ятрогенные факторы
  - E. Гепатопанкреатические факторы
17. СМ. Современными методами диагностики рака прямой кишки являются:
- A. Компьютерная томография
  - B. Внутривидеоколоноскопия
  - C. Эксфолиативная цитология
  - D. Определение карциноэмбрионального антигена в крови
  - E. Аноскопия с боковой оптикой
18. СМ. Основными симптомами рака прямой кишки являются:
- A. Ректорагии
  - B. Тенезмы
  - C. Слизистые выделения
  - D. Чувство инородного тела в прямой кишке
  - E. Запоры в сочетании с диареей
19. СМ. Самыми важными прогностическими факторами при раке прямой кишки являются:
- A. Клинические факторы
  - B. Опухолевые факторы
  - C. Клиническая стадия опухоли
  - D. Наличие отдаленных метастазов
  - E. Определение биологических маркёров опухоли
20. СМ. Наиболее информативным диагностическим методом при остром парапроктите является:
- A. Ирригография

- В. Ангиография
  - С. Ректороманоскопия
  - Д. Пункция гнойника
  - Е. Лапароскопия
21. CS. Методом выбора в лечении острого парапроктита является:
- А. Химиотерапия
  - В. Радиотерапия
  - С. Вскрытие и дренирование парапроктита
  - Д. Витаминотерапия
  - Е. Сульфаниламидные препараты
22. CS. Из нижеперечисленных методов диагностики хронического парапроктита наиболее информативным является:
- А. Ультразвуковое исследование
  - В. Фиброколоноскопия
  - С. Ангиография
  - Д. Фистулография
  - Е. Компьютерная томография
23. CS. Методом выбора в лечении параректального свища является:
- А. Радиотерапия
  - В. Витаминотерапия
  - С. Антибиотикотерапия
  - Д. Химиотерапия
  - Е. Иссечение свища
24. CS. Наиболее частой причиной развития параректальных свищей является:
- А. Острый парапроктит
  - В. Гемморой
  - С. Анальная трещина

- Д. Кокцигодия
- Е. Анальный зуд

25. CS. Из нижеперечисленных симптомов наиболее характерным для анальной трещины является:
- А. Повышение анальной температуры
  - В. Лейкоцитоз
  - С. Анальная инконтиненция
  - Д. Острые боли во время и после дефекации
  - Е. Диарея
26. CS. Методом выбора в лечении хронической анальной трещины является:
- А. Антибиотикотерапия
  - В. Иссечение трещины с дозированной сфинктеротомией
  - С. Радиотерапия
  - Д. Гипербарическая оксигенация
  - Е. Спазмолитики
27. CS. У 85% больных анальная трещина локализуется:
- А. На 12 часов
  - В. На 3 часа
  - С. На 9 часов
  - Д. На 6 и 12 часов
  - Е. На 6 часа
28. CS. Операцией выбора при смешанном геморрое является:
- А. Наложение лигатуры
  - В. Операция Whitehead
  - С. Операция Миллиган-Морган
  - Д. Электрокоагуляция геморроидальных узлов
  - Е. Фотокоагуляция
29. CS. Наиболее редким осложнением геморроя является:
- А. Ректоргия
  - В. Аноректальный тромбоз

- C. Выпадение узлов
  - D. Ущемление узлов с некрозом
  - E. Малигнизация узлов
30. СМ. Какие клинические симптомы могут указать на существование ворсинчатой опухоли ректосигмоидного отдела?
- A. Ректорагия
  - B. Присутствие гнойно-кровянистого стула
  - C. Гнойные выделения из прямой кишки
  - D. Боли при дефекации
  - E. Мышечные контрактуры вследствие гипокалемии
31. СМ. Болезнь Крона определяется следующими характерными признаками:
- A. Диарея
  - B. Кровянистый стул
  - C. Встречается чаще у лиц молодого возраста
  - D. Присутствие поражений слизистой оболочки по типу „бульбозной мостовой“
  - E. Слизистая прямой кишки диффузно поражена, полнокровная, легко кровоточит
32. СМ. Какие утверждения относительно аноректальных свищей следует считать неверными?
- A. Являются острыми нагноительными процессами
  - B. Могут рецидивировать после операции
  - C. Часто малигнизируют
  - D. Необходима фистулография для их выявления
  - E. Лечение свища только хирургическое
33. СМ. У мужчины в возрасте 42 лет при фиброколоноскопии обнаруживают полип прямой кишки на ножке с диаметром 1,0 см. Последующая лечебная тактика состоит в следующем:
- A. Ирригография с двойным контрастированием

- B. Передняя резекция прямой кишки
  - C. Эндоскопическая полипэктомия
  - D. Проба на скрытую кровь
  - E. Генетический скрининг
34. СМ. В каких случаях показано хирургическое лечение геморроя II и III степени?
- A. Осложненные случаи
  - B. Беременность
  - C. Выраженная анемизация больного
  - D. Портальная гипертензия
  - E. Рак прямой кишки IV степени
35. СМ. Какой симптомокомплекс характерен для анальной трещины?
- A. Жгучая боль при дефекации и после нее
  - B. Спазм анального сфинктера
  - C. Изъязвление задней анальной комиссуры со сторожевыми полипами
  - D. Мелена
  - E. Сторожевые геморроидальные узлы
36. СМ. Операция Quenu-Miilles показана и практикуется при:
- A. Злокачественной опухоли анального канала
  - B. Нижнеампулярном раке прямой кишки
  - C. Среднеампулярном раке прямой кишки
  - D. Верхнеампулярном раке прямой кишки
  - E. Раке ректосигмоидного отдела
37. СМ. Главными причинами развития внутреннего геморроя являются:
- A. Беременность
  - B. Запоры
  - C. Портальная гипертензия

- D. Массивные опухоли малого таза  
E. Рак прямой кишки
38. CS. Кишечная непроходимость на фоне поздно диагностированного операбельного рака ректосигмоидного отдела толстого кишечника лучше всего излечивается, прибегая к:
- A. Брюшно-промежностной ампутации прямой кишки  
B. Наложению декомпрессионной двухствольной сигмостомы  
C. Передней резекции прямой кишки  
D. Операции Гартмана  
E. Наложению цекостомы
39. CM. Полип прямой и толстой кишок характеризуется следующими отличительными признаками:
- A. Чаще локализуется на уровне ректосигмоидного отдела  
B. Гистологически воспроизводит железы Liberkuhn  
C. Может быть источником периодических кровотечений  
D. По строению чаще тубулярный, чем ворсинчатый  
E. Чаще встречается у лиц старше 45 лет
40. CM. Какие доброкачественные колоректальные опухоли являются гамартомами?
- A. Синдром Гарднера  
B. Синдром Петз-Егерс  
C. Диффузный семейный полипоз  
D. Ювенильные полипы  
E. Липомы
41. CM. Какие клинические симптомы могут указать на развитие осложнений геммороя?
- A. Истечение алой крови после дефекации  
B. Острые анальные боли сразу после дефекации и продляющиеся несколько часов после нее  
C. Появление синюшно-багровой эластичной опухоли в анальной области
- D. Мелена  
E. Озноб
42. CM. Обязательными диагностическими методами для проктологического больного являются:
- A. Визуальный осмотр анальной области  
B. Пальцевое исследование прямой кишки  
C. Пассаж контрастной бариевой взвеси по ЖКТ  
D. Аноскопия и ректороманоскопия  
E. Балнографическая сфинктерометрия
43. CM. Наиболее частыми хирургическими вмешательствами при выпадении прямой кишки являются:
- A. Операция Гартмана  
B. Операция Кюммеля-Заренина  
C. Операция Тирша  
D. Операция Дюхамеля  
E. Операция Микулича
44. CS. Длина прямой кишки от промоториума до аноректальной линии составляет:
- A. 8–10 cm  
B. 11–13 cm  
C. 15–16 cm  
D. 17–19 cm  
E. 20–22 cm
45. CM. Сигморектальный переход характеризуется следующими анатомическими особенностями:
- A. Расположен на уровне III сакрального позвонка, несколько ниже промоториума  
B. Брыжейка сигмовидной кишки исчезает  
C. Прямая кишка становится имобильной

- D. *Tenia coli* равномерно распределяются по окружности прямой кишки
  - E. Этот участок называется ректосигмоидным отделом
46. СМ. В ампуле прямой кишки выделяют следующие сегменты:
- A. Ректосигмоидный
  - B. Верхний
  - C. Средний
  - D. Нижний
  - E. Аноректальный
47. СМ. Острый парапроктит классифицируется по следующим критериям:
- A. По этиологическому принципу
  - B. По локализации гнойно-некротических полостей, абсцессов, затеков
  - C. По отношению свищевого хода к анальному сфинктеру
  - D. По степени сложности
  - E. По времени госпитализации больного
48. СМ. После вскрытия острого парапроктита возможны следующие варианты завершения болезни:
- A. Образование параректального свища
  - B. Рецидивирующий парапроктит с обострениями воспалительного процесса
  - C. Выздоровление
  - D. Развитие амилоидоза паренхиматозных органов
  - E. Развитие анальной инконтиненции
49. СМ. Методом выбора в лечении параректальных свищей является:
- A. Иссечение свищевого хода с ликвидацией внутреннего отверстия свища
  - B. Сидящие антисептические ваночки

- C. Промывание свища антисептиками
  - D. Инстиляции свищевого хода антибиотиками
  - E. Микроклизмы с облепиховым маслом, с колларголом
50. СМ. В лечении параректальных свищей практикуются следующие оперативные вмешательства:
- A. Сфинктеролеваторопластика
  - B. Лигатурный метод
  - C. Полное иссечение свищевого хода с ликвидацией внутреннего отверстия
  - D. Резекция свища в просвет прямой кишки с частичным восстановлением дна раны
  - E. Вскрытие просвета свища на всем протяжении с выскоблением покрывающей ткани свища

**Правильные ответы. Хирургические заболевания прямой кишки**

1 B; 2 A; 3 A; 4 B; 5 C; 6 C; 7 D; 8 ABC; 9 ABC; 10 ABC; 11 AC; 12 AC; 13 BD; 14 BC; 15 ABCD; 16 ABCD; 17 ABCD; 18 ABCDE; 19 ABCDE; 20 D; 21 C; 22 D; 23 E; 24 A; 25 D; 26 D; 27 E; 28 C; 29 E; 30 ABE; 31 ABCD; 32 AC; 33 AC; 34 AC; 35 ABC; 36 ABC; 37 ABCDE; 38 D; 39 ABCDE; 40 BD; 41 ABC; 42 ABD; 43 BCE; 44 C; 45 ABCDE; 46 BCD; 47 ABCD; 48 ABC; 49 A; 50 BCDE.

### 3.18. ГРЫЖИ

1. СМ. Содержимым грыжевого мешка чаще являются:

- A. Поперечно-ободочная кишка
- B. Тонкий кишечник
- C. Маточная труба
- D. Большой сальник
- E. Мочевой пузырь

2. СС. Самым частым осложнением грыж является:

- A. Грыжевая опухоль
- B. Ущемление грыжи
- C. Инородные тела внутри грыжевого мешка
- D. Грыжевой перитонит
- E. Грыжевой туберкулез

3. СМ. К редким видам грыж относят:

- A. Грыжа запирающего отверстия
- B. Бедренная грыжа
- C. Промежностная грыжа
- D. Седалищная грыжа
- E. Пупочная грыжа

4. СС. Целью хирургического лечения грыж является:

- A. Уменьшение грыжевого содержимого
- B. Лечение грыжевого содержимого
- C. Пластика грыжевых ворот
- D. Удаление грыжевого мешка
- E. Изолирование грыжевого мешка

5. СС. Наиболее частое осложнение абдоминальных грыж:

- A. Грыжевой перитонит
- B. Невправимая грыжа
- C. Грыжевая опухоль

D. Грыжевой травматизм

E. Инородные тела

6. СМ. В составе любой грыжи классически описывают следующие элементы:

- A. Грыжевые ворота
- B. Грыжевой мешок
- C. Наличие грыжевой опухлости
- D. Содержимое грыжевого мешка
- E. Внутримешочные инородные тела

7. СС. Лечение ущемленных грыж:

- A. Требуется срочного хирургического вмешательства
- B. Достаточно разрешение грыжи посредством силового вправления (*taxis*)
- C. Ортопедическое лечение является достаточным
- D. Требуется планового хирургического вмешательства
- E. Всегда необходима резекция ущемленного органа

8. СМ. К редким грыжам брюшной стенки относят:

- A. Пупочные грыжи
- B. Бедренные грыжи
- C. Поясничные грыжи
- D. Седалищные грыжи
- E. Паховые грыжи

9. СМ. К категории редких грыж относят:

- A. Грыжи спигелевой линии
- B. Грыжи obturatorного отверстия
- C. Грыжа Рихтера
- D. Поясничные грыжи
- E. Послеоперационные грыжи

10. СС. Грыжа Рихтера является характерной для грыж:

- A. С узким грыжевым кольцом



- В. С широким грыжевым кольцом  
С. Гигантских  
D. С множественными грыжевыми мешками  
E. Типа Maydl
11. СМ. При клиническом обследовании в случае ущемленной грыжи отмечают:
- А. Невправимость грыжи  
В. Боль при пальпации грыжи  
С. Кожа в области грыжевого выпячивания растянута  
D. Втянутый живот  
E. Отсутствие симптома кашлевого толчка
12. СS. Самым неблагоприятным осложнением грыж является:
- А. Ущемление  
В. Грыжевой туберкулез  
С. Грыжевой перитонит  
D. Невправимость  
E. Грыжевые опухоли
13. СМ. Эволюция грыж может быть следующей:
- А. Самоизлечение  
В. Развитие угрожающих жизни осложнений  
С. Увеличение в размерах  
D. Супраинфекция  
E. Злокачественное перерождение
14. СS. При каком типе грыж грыжевой мешок содержит несколько петель кишечника?
- А. Эпигастральная грыжа  
В. Грыжа Maydl  
С. Грыжа Рихтер  
D. Грыжи obturatorного отверстия  
E. Бедренная грыжа

15. СS. Какие из перечисленных ситуаций не относятся к осложнениям грыж?
- А. Грыжевой туберкулез  
В. Грыжа пищеводного отверстия  
С. Грыжевой перитонит  
D. Грыжа Рихтер  
E. Грыжевые опухоли
16. СS. Какой тип грыжи характеризуется пристеночным ущемлением?
- А. Грыжа obturatorного отверстия  
В. Грыжа Maydl  
С. Грыжа Рихтер  
D. Пупочная грыжа  
E. Паховая грыжа
17. СS. В грыжах чаще ущемляется:
- А. Желудок  
В. Тонкий кишечник  
С. Толстый кишечник  
D. Мочевой пузырь  
E. Матка с придатками
18. СS. Среди перечисленных грыж реже ущемляются:
- А. Косая паховая  
В. Прямая паховая  
С. Бедренная  
D. Пупочная  
E. Послеоперационные
19. СS. Для ущемленной грыжи не характерно:
- А. Сильная боль на уровне грыжи  
В. Невправимость  
С. Кожа в области грыжевого выпячивания растянута

- D. Отсутствие симптома кашлевого толчка  
E. Боль при ректальном исследовании
20. Для грыжи Рихтер не характерно:  
A. Признаки кишечной непроходимости  
B. Малые размеры грыжи  
C. Узкие грыжевые ворота  
D. Умеренный болевой синдром  
E. Опасность некроза ущемленного органа
21. CS. Грыжи Рихтер и Литтре отличаются одна от другой:  
A. Интенсивностью болевого синдрома  
B. Влиянием на кишечный транзит  
C. Глубиной нарушения микроциркуляции в ущемленных органах  
D. Содержимым грыжевого мешка  
E. Типом ущемления
22. CS. К факторам, способствующим развитию калового ущемления, относят:  
A. Физическую нагрузку  
B. Невправимость грыжи  
C. Размеры грыжевого отверстия  
D. Спайки в грыжевом мешке  
E. Нарушение моторики кишечника
23. CS. Не сопровождаются развитием кишечной непроходимости следующие ущемленные грыжи:  
A. Рихтер  
B. Ранее не выявленные  
C. Грыжа obturatorного отверстия  
D. Спигелевой линии  
E. Промежностные

24. CM. Ущемленная грыжа должна быть отдифференцирована от:  
A. Невправимой грыжи  
B. Копростаза  
C. Псевдоущемления  
D. Кишечной непроходимости
25. Как называется ущемление, когда грыжевой мешок содержит 2 петли кишечника?  
A. Каловое ущемление  
B. Ущемление в эластическом кольце  
C. Пристеночное  
D. Ретроградное  
E. Псевдоущемление
26. CS. На развитие грыжевой флегмоны не влияет:  
A. Венозный застой в ущемленных органах  
B. Гипертензия в грыжевом мешке и в кишечнике  
C. Нарушения микроциркуляции в кишечной стенке  
D. Снижение барьерной функции кишечной стенки  
E. Патологические изменения кишечника вне ущемления
27. CS. Какие из перечисленных феноменов не связаны с развитием патологических изменений в кишечнике проксимальнее уровня ущемления?  
A. Снижение всасывания  
B. Внутрипросветное накопление газов  
C. Венозный застой  
D. Нарушения микроциркуляции  
E. Рвота
28. CS. Пока время ущемления не превышает 2 часов попытка стимулировать спонтанное разрешение грыжи допустима в следующих случаях, за исключением:  
A. Тяжелого состояния больного  
B. Инфаркта миокарда

- C. Значительных нарушений мозговой циркуляции  
D. Старческого возраста  
E. Отказа от операции
29. СМ. Попытка силового вправления (*taxis*) ущемленной грыжи сопровождается опасностью:
- A. Разрыва ущемленной петли
  - B. Развитием пареза кишечника
  - C. Неполного вправления
  - D. Внутривнутрибрюшного кровотечения
30. СМ. После спонтанного вправления ущемленной грыжи может возникнуть необходимость в:
- A. Наблюдении в динамике
  - B. Лапароскопии
  - C. Срочной лапаротомии
  - D. Херниотомии
31. СМ. Во время разреза кожи произошло спонтанное вправление грыжи. Какие тактические варианты допустимы в данной ситуации?
- A. Херниотомия с последующим наблюдением за больным
  - B. Херниотомия с обследованием ущемленного органа через хернио-лапаротомический разрез
  - C. Херниотомия после диагностической лапаротомии
  - D. Херниотомия с интраоперационной лапароскопией через грыжевой мешок
32. СМ. Флегмона грыжевого мешка проявляется:
- A. Лихорадкой
  - B. Интоксикацией
  - C. Отеком и покраснением в области грыжи
  - D. Полиурией

33. СС. Во время хирургического вмешательства при ущемленной грыже особое внимание уделяется:
- A. Выделению грыжевого мешка
  - B. Рассечению ущемляющего кольца
  - C. Вскрытию мешка
  - D. Высвобождению и фиксации ущемленного органа
34. СМ. Для определения жизнеспособности петли берется во внимание:
- A. Цвет
  - B. Перистальтика
  - C. Пульсация мезентериальных сосудов
  - D. Тип ущемления
35. СС. Что предпринимают, если определение жизнеспособности петли в области ущемления затруднено?
- A. Вправление кишечника в брюшную полость и диагностическая лапаротомия через 24 часа
  - B. Инвагинация зоны ущемления серо-серозными швами
  - C. Клиновидная резекция кишечника
  - D. Резекция кишечника с анастомозом Т-Т
36. СС. Основной причиной возникновения грыж передней брюшной стенки является:
- A. Физическая нагрузка
  - B. Ожирение
  - C. Быстрое похудание
  - D. Истощение
  - E. Особенности структуры передней брюшной стенки
37. СМ. Характерные симптомы наружной ущемленной грыжи являются:
- A. Острое начало
  - B. Сильная боль в области грыжевого выпячивания

- С. Кишечная непроходимость  
D. Положительный симптом кашлевого толчка  
E. Невправимость
38. CS. В паховой грыже был ущемлен Мекелев дивертикул, который после рассечения ущемляющего кольца был определен как жизнеспособный. Хирургическая тактика выбора включает:
- A. Вправление дивертикула в брюшную полость  
B. Резекцию дивертикула  
C. Клиновидную резекцию кишечника с дивертикулом  
D. Резекцию кишечника с анастомозом Т-Т
39. CM. Главными моментами операции при флегмоне грыжевого мешка являются:
- A. Лапаротомия  
B. Резекция кишечника  
C. Вскрытие грыжевого мешка, экстирпация гангренозной петли  
D. Закрытие грыжевого отверстия
40. CM. Какие из перечисленных факторов влияют на объем предоперационной подготовки при ущемленных грыжах?
- A. Состояние больного  
B. Срок ущемления  
C. Сопутствующая патология  
D. Размеры грыжи
41. CM. Ущемленная паховая грыжа должна быть дифференцирована от:
- A. Пахового лимфаденита  
B. Острого орхитидимита  
C. Опухолевых метастаз в паховые лимфоузлы  
D. Ущемленной бедренной грыже

42. CS. Какие приемы являются рискованными при неврправимой грыже:
- A. Пальпация грыжевого выпячивания  
B. Срочное хирургическое вмешательство  
C. Определение кашлевого толчка  
D. Мануальное вправление  
E. Пальцевое исследование прямой кишки или влагалища
43. CM. Хирургические способы устранения послеоперационных грыж включают:
- A. Херниопластику  
B. Аутопластику  
C. Пластику грыжевых ворот синтетическим материалом  
D. Резекцию кишечника  
E. Резекцию сальника
44. CS. Основным фактором в возникновении послеоперационных грыж является:
- A. Характер разреза  
B. Биологический фон больного  
C. Острая задержка мочи после операции  
D. Нагноение раны  
E. Физические нагрузки после операции
45. CS. При ранних и свободных эвисцерациях, хирургическая тактика включает:
- A. Задержку операции  
B. Установление дренажа с активным лаважем  
C. Восстановление брюшной стенки в срочном порядке  
D. Комплексное параклиническое обследование  
E. Динамическое наблюдение
46. CM. Какие факторы влияют на хирургическую тактику при ущемленных послеоперационных грыжах?
- A. Возраст и состояние больного

- В. Срок ущемления и изменения в ущемленных органах  
С. Размеры грыжи  
D. Топография грыжи
47. CM. Какие органы могут ущемляться в диафрагмальных грыжах?  
A. Желудок  
B. Поперечно-ободочная кишка  
C. Петля тонкого кишечника  
D. Паренхиматозные органы
48. CS. В диагностике диафрагмальных грыж первостепенную роль играет:  
A. Болевой синдром  
B. Признаки сердечно-сосудистой недостаточности  
C. Признаки кишечной непроходимости  
D. Объективные синдромы, затрагивающие грудную клетку  
E. Рентгенологическое обследование
49. CS. Какое предложение относительно послеоперационной антибиотикотерапии является ошибочным?  
A. Антибиотики показаны во всех случаях ущемленных грыж  
B. Они показаны при резекции кишечника  
C. Назначаются, когда операция выполняется в условиях флегмоны грыжевого мешка  
D. Обязательно при перитоните  
E. Становятся необходимы, когда развиваются послеоперационные осложнения
50. CS. Какие из перечисленных факторов способствуют появлению грыж?  
A. Почечная недостаточность  
B. Гастро-дуоденальные язвы  
C. Хронический кашель

- D. Гипертиреозидизм  
E. Нижнедолевая пневмония

### **Правильные ответы. Грыжи**

**1 BD; 2 B; 3 ADC; 4C; 5 B; 6 ABD; 7 A; 8 CD; 9 ABCD; 10 A; 11 ABCE; 12 A; 13 BC; 14 B; 15 B; 16 C; 17 B; 18 B; 19 E; 20 A; 21 E; 22 A; 23 A; 24 ABCD; 25 D; 26 E; 27 A; 28 E; 29 ABCD; 30 ABCD; 31 ABC; 32 ABC; 33 D; 34 ABC; 35 D; 36 E; 37 ABDE; 38 D; 39 ABC; 40 ABC; 41 ABCD; 42 D; 43 ABC; 44 D; 45 C; 46 ABC; 47 ABCD; 48 E; 49 A; 50 C.**

### 3.19. ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ОРГАНОВ

1. СМ. Противопоказания к пересадке почки и возможного реципиента могут быть:
  - А. Положительный туберкулиновый тест без клинических признаков острого туберкулеза
  - В. Язва 12-перстной кишки
  - С. Поликистоз почек
  - Д. Присутствие в крови антигломерулярных мембранных антител
2. СМ. Выберите правильный вариант отторжения транспланта:
  - А. Острое отторжение морфологически проявляется лимфоцитарной инфильтрацией почки
  - В. Подострое отторжение характеризуется присутствием антител к тканям пересаженной почки
  - С. Отсроченное хроническое отторжение
  - Д. Хроническое отторжение
3. СМ. Осложнением иммуносупрессивной терапии является:
  - А. Синдром кушингоидный
  - В. Присоединение цитомегаловирусной инфекции
  - С. Артериальная гипертензия
  - Д. Опухоли центральной нервной системы
4. СС. Пересадка тканей или органа у индивидуумов одного и того же биологического типа, с одинаковым генотипом:
  - А. Ауто трансплант
  - В. Изотрансплант
  - С. Аллотрансплант
  - Д. Ксенотрансплант
5. СМ. Обязательными исследованиями живого донора при пересадке почки являются:
  - А. Артериография почек

- В. Изотопная ренография почек
  - С. Экскреторная урография почек
  - Д. Общий анализ мочи
  - Е. Функциональные почечные пробы
6. СМ. Критериями смерти мозга донора при пересадке почек являются:
  - А. Глубокая кома
  - В. Отсутствие самостоятельного дыхания в сочетании повышенного уровня  $\text{CO}_2$  в крови
  - С. Отсутствие всех кортикальных и стволовых рефлексов
  - Д. Отсутствие внутримозгового кровообращения
  - Е. Кома на протяжении 24 часов, отсутствие динамики симптомов
7. СС. Донорами почек могут быть умершие пациенты в реанимационных отделениях, в результате:
  - А. Изолированной черепно-мозговой травмы
  - В. Перитонита
  - С. Сепсиса
  - Д. Суицида
8. СМ. Донорами почек могут быть умершие в реанимационных отделениях по причине:
  - А. Субарахноидального кровотечения различного генеза
  - В. Разрыва аневризмы церебральных сосудов
  - С. Рака легких с метастазами
  - Д. Астматического статуса
  - Е. Острого легочного тромбоза
9. СС. Донорами почек могут быть умершие пациенты в реанимационных отделениях, в результате:
  - А. Интоксикации барбитуратами
  - В. Нарушения мозгового кровообращения без признаков артериальной гипертензии

- C. Прободной язвы
  - D. Острого мезентериального тромбоза
  - E. Сахарного диабета
10. СМ. Абсолютными противопоказаниями для изъятия почки для пересадки являются:
- A. Системные заболевания
  - B. Острые интоксикации неизвестного генеза
  - C. Травмы брюшины и малого таза
  - D. Генерализованная инфекция
  - E. Инфекция мочевыделительной системы
11. СМ. Абсолютными противопоказаниями для изъятия почки у доноров, умерших в реанимационных отделениях, являются:
- A. Артериальная гипертензия в анамнезе или гипертоническая болезнь
  - B. Первичные опухоли центральной нервной системы
  - C. Сахарный диабет
  - D. Астматический статус
  - E. Резистентная к лечению олигурия
12. СМ. Относительными противопоказаниями для изъятия почки у доноров, умерших в реанимационных отделениях, являются:
- A. Длительная гипертермия (выше 39°C), больше 24 часов к моменту смерти
  - B. Смерть по причине инфаркта миокарда
  - C. Сепсис
  - D. Патологические изменения в анализах крови и мочи
  - E. Местные инфекции – пневмония, единичные абсцессы
13. СМ. Иммунологическая совместимость донор-реципиент определяется посредством:
- A. Тест на иммунологическую совместимость по крови

- B. Резус-фактор
  - C. HLA – антитела гистологической совместимости
14. СМ. Послеоперационная иммуносупрессия с циклоспоринами А и преднизолоном может привести к следующим осложнениям:
- A. Гирсутизм
  - B. Острые язвы желудочно-кишечного тракта
  - C. Лейкопении
  - D. Гипертензии
  - E. Инфекции
15. СМ. Возможные осложнения после пересадки почки:
- A. Отторжение трансплантированного органа
  - B. Инфекция
  - C. Гломерулонефрит пересаженной почки
  - D. Гломерулонефрит почки реципиента
  - E. Артериальная гипертензия после пересадки
16. СС. Тромбоз сосудов почки, ишемия и интраоперационное отторжение почки являются следующими видами отторжения:
- A. Подострого
  - B. Острого
  - C. Хронического
  - D. Острого раннего
17. СМ. Острое отторжение транспланта, возникшее в первые 3 месяца, клинически характеризуется:
- A. Повышением уровня креатинина в сыворотке крови
  - B. Повышением температуры тела
  - C. Протеинемии
  - D. Гипертермии
  - E. Олигурии

18. СМ. Показаниями к пересадке сердца являются:
- А. Терминальные стадии ишемической болезни сердца
  - В. Кардиомиопатия с прогнозом длительности жизни менее 1 года
  - С. Отсутствие возможности реабилитации после острого инфаркта миокарда
  - Д. Повторный инфаркт миокарда в анамнезе
  - Е. Приобретенный субкомпенсированный порок сердца
19. СМ. Критериями выбора донора для пересадки сердца являются:
- А. Отсутствие патологии сердца
  - В. Отсутствие патологии легких
  - С. Совместимость донор-реципиент по критерию (ABO)
  - Д. Соответствие размеров сердца донора и реципиента
  - Е. Соответствие возраста донора и реципиента
20. СМ. Признаками отторжения при пересадке сердца являются:
- А. Гипертермия
  - В. Тахикардия
  - С. Брадикардия
  - Д. Повышение АД
  - Е. Понижение АД
21. СМ. При кризе отторжения сердечного транспланта назначается:
- А. Преднизолон
  - В. Ортоклон
  - С. Антитромбоцитарный глобулин
  - Д. Циклоспорин А
  - Е. Антибиотикотерапия
22. СС. Показания к пересадке поджелудочной железы:
- А. Острая почечная недостаточность, вызванная диабетической нефропатией (одновременно с пересадкой почек)

- В. Состояние после пересадки почек
  - С. Сахарный диабет типа II
  - Д. Хронический панкреатит
23. СМ. Возможными послеоперационными осложнениями при пересадке поджелудочной железы являются:
- А. Тромбоз сосудов поджелудочной железы
  - В. Поджелудочный свищ
  - С. Инфекция мочевыводящих путей
  - Д. Экзокринная недостаточность трансплантированной поджелудочной железы
  - Е. Атрофия ацинарных клеток транспланта
24. СМ. Показаниями для пересадки печени являются:
- А. Первичный билиарный цирроз
  - В. Болезнь Вильсона
  - С. Гепатит А
  - Д. Хронический гепатит С
  - Е. Хронический гепатит В и D
25. СС. Противопоказаниями для пересадки печени являются:
- А. Энцефалопатия различной степени
  - В. Кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода
  - С. Атрезия желчных путей
  - Д. Наследственный фиброз печени
  - Е. Сепсис
26. СМ. Показаниями для трансплантации печени являются:
- А. Вторичный билиарный цирроз
  - В. Хронический гепатит D
  - С. Склерозирующий холангит
  - Д. Болезнь Кароли
  - Е. Гепатоцеллюлярный рак



27. СМ. Противопоказаниями для пересадки печени являются:
- А. Резистентный к лечению асцит, нуждающийся в диетических ограничениях и диуретиках
  - В. Метаболическое заболевание – недостаток альфа-антитрипсина
  - С. Потеря веса за счет мышечной ткани, низкий уровень белка сыворотки крови
  - Д. Гистиоцитоз Х
  - Е. Алкогольный цирроз печени
28. СМ. Противопоказаниями использованию печени донора являются:
- А. Нарушения функции печени в анамнезе
  - В. Травма печени
  - С. Психические заболевания донора
  - Д. Генерализованное инфекционное заболевание
  - Е. Интоксикация гепатотоксическими препаратами в анамнезе (парацетамол)
29. СМ. Клиническими признаками отторжения трансплантата печени являются:
- А. Желтуха
  - В. Температура свыше 39°C
  - С. Боли в правом подреберье
  - Д. Гепатоспленомегалия
  - Е. Гипоальбуминемия
30. СМ. Пересадка легких возможна в следующих вариантах:
- А. Пересадка одной доли легкого
  - В. Пересадка одного легкого
  - С. Пересадка обоих легких
  - Д. Пересадка одного сегмента легкого
  - Е. Пересадка обоих легких и сердца

31. СМ. Хирургический доступ при трансплантации легких может быть следующий:
- А. Латеральная торакотомия
  - В. Медиальная стернотомия
  - С. Лапаротомия
  - Д. Латеральная торакотомия и лапаротомия
  - Е. Срединные лапаротомия и стернотомия
32. СМ. Какой медикаментозный препарат не назначается в послеоперационном периоде при пересадке легких?
- А. Циклоспорин А
  - В. Ортоклон
  - С. Преднизолон
  - Д. Антитромбоцитарный глобулин
33. СМ. Осложнениями при пересадке легких являются:
- А. Криз отторжения
  - В. Инфекции дыхательных путей
  - С. Бронхиальная астма
  - Д. Бронхиолит
  - Е. Стеноз бронхов
34. СМ. Возможные варианты пересадки паращитовидных желез:
- А. Аутотрансплант
  - В. Ксенотрансплант
  - С. Аллотрансплант
  - Д. Изотрансплант
35. СМ. Аутотрансплант щитовидной железы осуществляется при:
- А. Гипоплазии паращитовидных желез
  - В. Гиперплазии щитовидной железы
  - С. Злокачественных опухолей паращитовидных желез
  - Д. Ятрогенного гипопаратиреоза

36. CS. Пересадка какого органа является самой распространенной в мире?
- A. Сердце
  - B. Поджелудочной железы
  - C. Почки
  - D. Тонкого кишечника
  - E. Легких
37. CS. Сингенной пересадкой называется:
- A. Пересадка, при которой донор и реципиент одно и то же лицо
  - B. Пересадка, при которой донор и реципиент однояйцевые близнецы
  - C. Пересадка, при которой донор и реципиент ближайшие родственники I типа
  - D. Пересадка, при которой донор и реципиент принадлежат к одинаковому биологическому типу
  - E. Пересадка, при которой донор и реципиент принадлежат к разным биологическим типам
38. CS. Какой тип реакции отторжения не подлежит лечению?
- A. Сверхострая реакция отторжения
  - B. Острая реакция отторжения
  - C. Хроническая реакция отторжения
39. CS. Пересадка почек показана следующему контингенту больных, кроме:
- A. Больным с тяжелыми сопутствующими болезнями, больным с противопоказаниями к иммунодепрессивному лечению
  - B. Больным со злокачественными заболеваниями
  - C. Детям и подросткам с хронической почечной недостаточностью
  - D. Пациентам, которые не использовали возможности гемодиализа

40. CS. Самое распространенное осложнение при пересадке почек:
- A. Синдром Иценко-Кушинга
  - B. Вирусная инфекция (цитомегаловирус, герпес)
  - C. Инфекции мочевыводящих путей и послеоперационные раны
  - D. Некроз бедренной головки кости
  - E. Ингибция костномозгового гомеопоза
41. CS. Чем проявляется реакция отторжения сердца на ЭКГ?
- A. Снижение амплитуды волны QR
  - B. Сглаживание комплекса QRS
  - C. Экстрасистолия
  - D. Снижение амплитуды волны P
  - E. Признаки острой сердечной ишемии
42. CS. Показаниями к пересадке печени являются следующие, за исключением:
- A. Финальных стадий цирроза
  - B. Злокачественных опухолей печени
  - C. Пороков развития билиарных путей
  - D. Метастаз злокачественных опухолей в печени
  - E. Синдрома Бадда-Киари
43. CS. Тестирование по критерию не имеет HLA решающего значения при пересадке:
- A. Поджелудочной железы
  - B. Печени
  - C. Почек
  - D. Сердца
  - E. Легких
44. CS. При пересадке печени встречаются следующие осложнения, за исключением:
- A. Кровотечения
  - B. Некроза желчного пузыря и желчных протоков

- С. Острой дыхательной недостаточности
  - D. Острой сердечно-сосудистой недостаточности
  - E. Хирургической инфекции
45. CS. Показания к пересадке почек:
- A. Терминальная стадия хронической почечной недостаточности у пациентов, которым был произведен гемодиализ
  - B. Терминальная стадия хронической почечной недостаточности у пациентов старше 50 лет с патологией ЦНС
  - C. Терминальная стадия хронической почечной недостаточности у пациентов, которым не производили гемодиализ
  - D. Острая почечная недостаточность
46. CS. Противопоказаниями к пересадке сердца являются следующие, за исключением:
- A. Психических болезней
  - B. Присутствия активной инфекции в организме
  - C. Легочной гипертензии
  - D. Почечной патологии с нарушением функции почек
  - E. Кардиомиопатии с тяжелыми проявлениями сердечной недостаточности
47. CS. Самой частой причиной потери функции пересаженной почки являются:
- A. Хроническая реакция сосудистого отторжения трансплантата
  - B. Ишемия и гипоксия почки до изъятия у донора
  - C. Криз острого отторжения
  - D. Криз сверхострого отторжения
  - E. Тромбоз сосудистых анастомозов
48. CS. Ранними послеоперационными осложнениями при пересадке почек являются, за исключением:
- A. Кровотечения

- B. Несостоятельности сосудистых анастомозов
  - C. Формирования мочевого свища
  - D. Нагноения раны и ложа почки
  - E. Синдрома Иценко-Кушинга
49. CS. В современной трансплантологии используются следующие иммуносупрессивные препараты, за исключением:
- A. Кортикостероидов
  - B. Азатиоприна
  - C. Цисплатинума
  - D. Циклоспорина А
  - E. Антитромбоцитарного глобулина
50. CS. Принципиальный комплекс антигенов гистосовместимости закодирован в:
- A. Хромосоме X
  - B. Хромосоме Y
  - C. В 6-ой паре хромосом
  - D. В 10-ой паре хромосом
  - E. В 8-ой паре хромосом

#### **Правильные ответы. Трансплантация органов**

1 AD; 2 ABD; 3 ABC; 4 B; 5 ABCDE; 6 CD; 7 A; 8 AB; 9 B;  
 10 ABC; 11 ACE; 12 ADE; 13 ABC; 14 ABCDE; 15 ABC;  
 16 D; 17 AE; 18 ABC; 19 ABCD; 20 BE; 21 ABD; 22 A;  
 23 ABCE; 24 ABCDE; 25 E; 26 ABCDE; 27 AB; 28 ABDE;  
 29 ABC; 30 ABCE; 31 AB; 32 D; 33 ABD; 34 AD; 35 B; 36 C;  
 37 B; 38 C; 39 B; 40 A; 41 E; 42 D; 43 D; 44 C; 45 A; 46 E; 47 A;  
 48 E; 49 C; 50 C.

### 3.20. КИШЕЧНЫЕ СВИЩИ

1. СМ. Для кишечных свищей характерно:
  - А. Наличие дефекта в стенке кишки
  - В. Наличие отверстия на передней брюшной стенке с кишечным отделяемым
  - С. Присутствие патологического сообщения между кишечными петлями
  - Д. Всегда характерен диффузный перитонит
  - Е. Это гнойно-воспалительный процесс
2. СМ. Для сформированных кишечных свищей характерно:
  - А. Изолированное сообщение кишки с внешней средой
  - В. Изолированное сообщение между разными петлями кишечника
  - С. Сообщение кишки с гнойной полостью, которая, в свою очередь, сообщается с внешней средой
  - Д. Изолированное сообщение с гнойным затеком
  - Е. Сообщение со свободной брюшной полостью
3. СМ. При несформированном кишечном свище характерно:
  - А. Изолированное сообщение кишки с внешней средой посредством тонкого канала, выстланного эпителием
  - В. Сообщение кишки с внешней средой через гнойную полость
  - С. Сообщение между кишечником и другим полостным органом посредством тонкого канала
  - Д. Сообщение между кишечником и другим полостным органом через гнойную полость
  - Е. Прогноз для этих свищей хуже, чем при сформированных свищах
4. СМ. Для высоких кишечных свищей, как правило, характерны следующие утверждения:
  - А. Кишечные потери значительные и быстро приводят к декомпенсации
  - В. Не характерны гомеостатические нарушения (водносолевого, кислотно-щелочного и белкового обмена)
  - С. Объем потерь значительный
  - Д. Кожа вокруг свища значительно раздражена
  - Е. Пациенты с высокими свищами имеют хороший прогноз
5. СМ. Низкие кишечные свищи характеризуются:
  - А. Выраженными нарушениями водно-электролитного обмена
  - В. Характерна выраженная гипопроteinемия
  - С. Как правило, кишечные потери незначительны
  - Д. Кожа вокруг свища, как правило, незначительно изменена
  - Е. Прогноз низкого, сформированного свища благоприятный
6. СМ. Морфологически различаем следующие свищи:
  - А. Трубочатые
  - В. Цилиндрические
  - С. Губовидные
  - Д. Смешанные
  - Е. Полиморфные
7. СС. Самый неблагоприятный прогноз характерен для свища, расположенного на уровне:
  - А. Тошей кишки
  - В. Подвздошной кишки
  - С. Слепой кишки
  - Д. Поперечно-ободочной кишки
  - Е. Прямой кишки
8. СМ. В дистальном отделе кишки (ниже свища) происходят следующие изменения:
  - А. Гипертрофия эпителия
  - В. Атрофия слизистой
  - С. Атрофия мышечного слоя кишки
  - Д. Компенсаторная гипертрофия мышечного слоя
  - Е. Изменений нет

9. СМ. Причинами несформированных свищей могут быть:
- А. Хирургические вмешательства с наложением кишечных анастомозов
  - В. Болезнь Крона
  - С. Травма
  - Д. Хронический калькулёзный холецистит
  - Е. Дивертикулит
10. СМ. Несформированные кишечные свищи могут осложниться:
- А. Диффузным перитонитом
  - В. Пилефлебитом
  - С. Септициемией
  - Д. Флегмоной передней брюшной стенки
  - Е. Неспецифическим язвенным колитом
11. СМ. Прогноз кишечного свища зависит от:
- А. Длительности наличия последнего
  - В. Уровня нахождения
  - С. Количества потерь
  - Д. Наличия сопутствующих заболеваний
  - Е. Не зависит от вышеуказанных факторов
12. СС. Самопроизвольно закрыться может:
- А. Губовидный свищ
  - В. Губовидный свищ с незначительными потерями
  - С. Несформированный свищ с большими потерями
  - Д. Трубочатый свищ с низкими потерями
  - Е. Все свищи со временем самопроизвольно закрываются
13. СМ. Показаниями к наложению стомы могут быть:
- А. Катаральный аппендицит
  - В. Опухоль толстого кишечника, осложненная непроходимостью

- С. Неспецифический язвенный колит
  - Д. Аднексит
  - Е. Дивертикулёз толстого кишечника, осложненный перитонитом
14. СМ. У оперированных больных кишечный свищ может возникнуть как следствие:
- А. Несостоятельности швов анастомоза
  - В. Интраоперационных повреждений кишечника
  - С. Как следствие фиксированной эвентрации
  - Д. Как следствие чрезмерной деваскуляризации кишки
  - Е. Длительного послеоперационного постельного режима
15. СМ. Показаниями к наложению стомы могут быть:
- А. Рак толстой кишки
  - В. Острая кишечная непроходимость на фоне заворота кишечника
  - С. Проникающее ранение с повреждением кишки
  - Д. Острый холецистит
  - Е. Острый аппендицит
16. СС. Для какого заболевания, из ниже указанных, характерно образование свищей?
- А. Язвенная болезнь
  - В. Дуоденостаз
  - С. Болезнь Крона
  - Д. Синдром раздраженной кишки
  - Е. Семейный полипоз
17. СМ. Специфическими признаками для наружного кишечного свища являются:
- А. Каловое отделяемое
  - В. Выделение газов
  - С. Желчные выделения

- D. Температура  
E. Диспептические явления
18. СМ. Для внутренних свищей специфичными являются признаки:  
A. Диарея  
B. Рвота  
C. Каловые выделения из влагалища  
D. Кишечное отделяемое при мочеиспускании  
E. Ректоррагия
19. СМ. Кахексия характерна у пациентов:  
A. Со свищем тощей кишки  
B. При свище подвздошной кишки  
C. При низких трубчатых свищах  
D. При параректальных свищах  
E. При внутреннем подвздошно-тонкокишечном свище
20. СМ. Для определения уровня свища (локализации) необходимо:  
A. УЗИ  
B. Фистулография  
C. Использование пробы с красителем (бриллиантовая зелень)  
D. Пассаж  $BaSO_4$   
E. Допплерография
21. СС. Одним из основных условий консервативного закрытия кишечного трубчатого свища является:  
A. Диета  
B. Антибиотикотерапия  
C. Постоянная санация свища  
D. Максимальное снижение объема отделяемого  
E. Глюкокортикоиды

22. СМ. Снижения объема выделяемой жидкости через свищ можно достигнуть:  
A. Назначением октреотида  
B. Легкоусвояемой пищи  
C. Спазмолитиками  
D. Использованием резиновых obturаторов  
E. Бета-адреноблокаторами
23. СМ. В предоперационном периоде больным показано:  
A. Коррекция водно-электролитных нарушений  
B. Коррекция гипопроteinемии  
C. Лечение сопутствующих заболеваний  
D. Постельный режим  
E. Избегать любых физических нагрузок
24. СМ. Свищи нисходящего отдела толстого кишечника характеризуются:  
A. Выраженными водно-электролитными нарушениями  
B. Кахексия, как правило, нехарактерна  
C. Нехарактерны нарушения кислотно-щелочного баланса  
D. Общее состояние, как правило, удовлетворительное  
E. Характерна нестабильная гемодинамика
25. СМ. Профилактика дерматитов (вокруг свища) достигается:  
A. Гормонами  
B. Использованием цинковой мази  
C. Ультрафиолетовым излучением области свища  
D.  $H_2$ -блокаторами  
E. Снижением дебита
26. СМ. Для определения хирургической тактики устранения кишечного свища необходимы следующие методы исследования:  
A. Фистулография  
B. Ирригоскопия

- C. Ректороманоскопия
  - D. Магнитно-ядерный резонанс
  - E. Эхо-доплерография
27. CS. Наибольшим распространением хирургической реабилитации колостомированных больных характеризуется следующий метод:
- A. Экстраперитонеальный метод
  - B. Интраперитонеальный метод
  - C. Смешанный метод
  - D. Экстра- и интраперитонеальный методы используются одинаково
  - E. Ни один из вышеуказанных методов не используется
28. CS. Послеоперационная смертность выше при использовании следующей методики:
- A. Интраоперационной методики
  - B. Экстраперитонеальной методики
  - C. Одинакова
  - D. Не регистрируется
  - E. Статистика не известна
29. CM. Экстраперитонеальный метод устранения кишечного свища заключается в:
- A. Ушивании наружного отверстия свища
  - B. Резекции участка кишки несущего свищ с анастомозом
  - C. Пластике наружного отверстия при помощи ближайшей кожи
  - D. Обходном анастомозе
  - E. Двухстороннем отключении свища
30. CM. Интраперитонеальный метод характеризуется:
- A. Резекцией участка кишки, несущей свищ с анастомозом
  - B. Наложением анастомоза  $\frac{3}{4}$  Мельникова

- C. Ушиванием свища
  - D. Обходным анастомозом
  - E. Ушиванием с кожной пластикой наружного отверстия свища
31. CM. Для пациентов с несформированным свищем, с выраженной гнойной интоксикацией целесообразно:
- A. Резекция кишки, несущей свищ с наложением анастомоза
  - B. Анастомоз  $\frac{3}{4}$  Мельникова
  - C. Исключение свища и гнойной полости с наложением илеостомы
  - D. Санация гнойного очага
  - E. Ни одна из вышеуказанных методик не может быть использована
32. CS. Основным отрицательным явлением внебрюшного метода устранения кишечного свища является:
- A. Технически сложна в реализации
  - B. Высокий процент рецидива
  - C. Большая длительность вмешательства
  - D. Очень часто сопряжены с тяжелыми осложнениями
  - E. Нет отрицательных аспектов
33. CM. Внутривнутрибрюшной метод устранения свищей показан:
- A. Для всех больных с сформированными свищами
  - B. Для пациентов преклонного возраста
  - C. Для пациентов с серьезной сердечно-сосудистой патологией
  - D. При несформированном свище
  - E. После операции Гартмана
34. CS. Какое из осложнений чаще всего возникает при использовании внебрюшного метода устранения свища?
- A. Гемоперитонеум
  - B. Послеоперационный перитонит
  - C. Рецидив фистулы

- D. Тромбоэмболия
  - E. Острая гепато-ренальная недостаточность
35. CS. Оптимальным сроком для закрытия колостомы является:
- A. 2–8 недель от наложения
  - B. 2–8 месяцев от наложения
  - C. 9–15 месяцев от наложения
  - D. 16–24 месяца от наложения
  - E. Сроки не имеют никакого значения
36. CM. Внутривентриальный метод лечения кишечных свищей показан:
- A. Пациентам, перенесшим операцию Гартмана
  - B. Только пациентам с двухствольной колостомой
  - C. Пациентам с внутренними толстокишечно-пузырными свищами
  - D. Пациентам с внутренними подвздошно-вагинальными свищами
  - E. Пациентам с серьезными сердечно-сосудистыми заболеваниями
37. CM. Методика боковой энтерорафии по типу анастомоза  $\frac{3}{4}$  Мельникова выполняма:
- A. При трубчатом свище
  - B. При двухствольной колостоме
  - C. При терминальной илео- или колостоме
  - D. В случае несформированного свища
  - E. Всегда выполняма
38. CM. Резекция кишки, несущей свищ с наложением анастомоза может быть применена:
- A. Пациентам, перенесшим операцию Гартмана
  - B. После операции Quenu-Miiller
  - C. При гемиколэктомии с колостомой

- D. Только при несформированном свище
  - E. При болезни Крона
39. CS. Наиболее частым осложнением внутривентриального метода устранения свища является:
- A. Несостоятельность анастомоза
  - B. Рецидив свища
  - C. Нагноение раны
  - D. Тромбоэмболия легочной артерии
  - E. Кишечная непроходимость
40. CM. Причиной образования свища после резекции кишечника может являться:
- A. Избыточная иммобилизация кишки
  - B. Десерозация и повреждение кишки
  - C. Дефекты техники
  - D. Инфекция и неадекватная антибиотикотерапия
  - E. Длительный послеоперационный постельный режим
41. CM. У пациентов с несформированным свищем, при наличии гнойной полости, может произойти:
- A. Прорыв гнойника в брюшную полость
  - B. Возникновение пилефлебита
  - C. Септицемия
  - D. Образование трубчатого свища
  - E. Быстрое самопроизвольное закрытие
42. CM. Хирургическая реабилитация пациента с колостомой и короткой дистальной петлей (5–6 см) может быть достигнута:
- A. Наложением анастомоза конец в конец
  - B. Анастомоза конец в бок
  - C. Механическим анастомозом
  - D. Анастомоз по типу „Duhamel”
  - E. Невозможна



43. CS. В хирургической реабилитации пациента, перенесшего экстирпацию прямой кишки, предпочтение отдается следующей методике:
- A. Трансперинеальному низведению толстой кишки
  - B. Трансперинеальному низведению толстой кишки с формированием искусственного резервуара по типу „G-резервуара”
  - C. Трансперинеальному низведению толстой кишки с сфинктеропластикой из *m.gracilis*
  - D. Трансперинеальному низведению толстой кишки с сфинктеропластикой из *m.gluteus*
  - E. Реабилитация невозможна
44. CS. Для выполнения ирригоскопии в случае наличия свища толстой кишки используют:
- A. Верографин
  - B. Иодлипол
  - C. Кардиотраст
  - D. Раствор  $BaSO_4$
  - E. Тромбовар
45. CM. При местном лечении свища предусматривается:
- A. Лечение гнойной раны
  - B. Защита окружающих тканей от его отделяемого
  - C. Снижение количества отделяемого
  - D. Ультрафиолетовые лучи
  - E. Электрофорез с глюкокортикоидами
46. CS. Чаще всего причиной возникновения внутренних свищей может стать:
- A. Болезнь Крона
  - B. Острый аппендицит
  - C. Хронический холецистит
  - D. Пептическая язва, осложненная пенетрацией в толстый кишечник
  - E. Неспецифический язвенный колит
47. CM. В случае желудочно-тонкокишечного свища характерно:
- A. Диарея
  - B. Кахексия
  - C. Отеки
  - D. Пневмония
  - E. Зловонная отрыжка
48. CM. Как следствие значительных потерь через свищ могут произойти следующие изменения:
- A. Снижение ОЦК
  - B. Гипотония
  - C. Увеличение почечной фильтрации
  - D. Катаболические изменения
  - E. Снижение диуреза
49. CS. Для толстокишечного свища чаще всего характерно:
- A. Изменения водно-электролитного обмена
  - B. Изменения кислотно-щелочного обмена
  - C. Кахексия
  - D. Гнойно-воспалительные изменения
  - E. Сердечно-сосудистые изменения
50. CS. Оптимальным методом реабилитации больного, перенесшего колпроктэктомию по поводу неспецифического язвенного колита, является:
- A. Трансперинеальная илеостома
  - B. Трансанальная илеостома
  - C. Трансанальная илеостома с формированием искусственного резервуара типа „G”
  - D. Операция Свенсон
  - E. Невозможна

### Правильные ответы. Кишечные свищи

1 ABCE; 2 ABCD; 3 BDE; 4 AD; 5 CDE; 6 ACD; 7 A; 8 BC;  
9 ABCE; 10 ABCD; 11 ABCD; 12 D; 13 BCE; 14 ABCD; 15 ABC;  
16 C; 17 ABC; 18 CD; 19 AB; 20 BCD; 21 D; 22 ABD; 23 ABC;  
24 BCD; 25 BE; 26 ABC; 27 B; 28 A; 29 AC; 30 ABD; 31 CD;  
32 B; 33 BC; 34 C; 35 B; 36 ACD; 37 AB; 38 ACE; 39 C;  
40 ABCD; 41 ABCD; 42 ABCD; 43 C; 44 D; 45 ABC; 46 D; 47 ABCE;  
48 ABDE; 49 D; 50 C.

### 3.21. ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ

- СМ. Какие из вышеперечисленных утверждений, касающихся острого аппендицита, являются верными?
  - Чаще всего возникает между 10–40 годами
  - Может возникнуть и у пожилых, и у взрослых
  - Малая вероятность развития у новорожденных и грудных детей
  - Является наиболее частой причиной острого живота
  - Часто лечится консервативно
- СМ. Диагностическая программа при остром аппендиците включает в себя:
  - Тщательный сбор анамнестических данных
  - Исключаются соматические заболевания, которые могут симулировать острую патологию живота
  - Ректальное исследование у мужчин и дополнительное вагинальное исследование у женщин
  - Проведение лабораторных исследований
  - Диагностическую лапароскопию в обязательном порядке
- СS. Главную роль среди факторов, вовлечённых в развитие острого аппендицита, играет:
  - Спазм или тромбоз *a. appendicularis*
  - Избыток протеинов в режиме питания
  - Нарушения моторики слепой кишки
  - Закупорка просвета аппендикулярного отростка
  - Энтерогенная или гематогенная диссеминация инфекции
- СS. Закупорка просвета червеобразного отростка приводит к непроходимости по типу закрытой петли, в которой как следствие происходят следующие процессы, за исключением:
  - Снижения давления в просвете червеобразного отростка
  - Пролиферации микробной флоры

- С. Нарушения микроциркуляции в стенке органа  
D. Микробной инвазии  
E. Инфаркта антимезентериального края стенки червеобразного отростка
5. CS. Самым значимым из ранних симптомов аппендицита является:  
A. Анорексия  
B. Боли в животе  
C. Рвота  
D. Расстройство кишечника  
E. Температура
6. CS. Признаки острого аппендицита в зависимости от формы расположения червеобразного отростка широко варьируют. Назовите форму расположения, при которой абдоминальные признаки выражены минимально:  
A. Ретроцекальная  
B. Подпечёночная  
C. Тазовая  
D. Левосторонняя  
E. Медиальная
7. CS. Из всех вариаций расположения аппендикулярного отростка самой частой формой, доходящей до деструктивного процесса, является:  
A. Подпечёночная  
B. Ретроцекальная  
C. Левосторонняя  
D. Тазовая  
E. Медиальная
8. CS. Положительный псоас-симптом характерен для:  
A. Эмпиемы аппендикса  
B. Аппендикулярного инфильтрата  
C. Тазового расположения аппендикулярного отростка  
D. Ретроцекального расположения аппендикулярного отростка  
E. Перфоративного аппендицита
9. CS. При гангренозной форме аппендицита имеют место все перечисленные ниже признаки, за исключением:  
A. Интоксикации  
B. Тахикардии без отношения к температуре  
C. Постоянных (сильные) болей в животе  
D. Пареза кишечника  
E. Лейкопении
10. CS. Дизурии, лейкоциты, иногда и эритроциты в моче встречаются при:  
A. Тазовом аппендиците  
B. Грыжевом аппендиците  
C. Эмпиеме аппендикса  
D. Аппендиците в первой половине беременности  
E. Гангренозном аппендиците
11. CS. Боли в правом подреберье, гиперчувствительность кожных покровов, мышечное напряжение, положительный симптом Щёткина-Блюмберга являются тривиальными признаками острого аппендицита. Вместе с тем, в зависимости от вариации расположения, общего состояния и возраста пациента, наличия сопутствующей патологии и т. д., клиническая картина может отличаться от классической. Для уточнения диагноза, в таких условиях самым необходимым исследованием будет:  
A. Ректальное исследование  
B. Радиологическое исследование с контрастным веществом  
C. Лапароскопия  
D. Пункция брюшной полости  
E. Пункция - лаваж брюшной полости

12. CS. Клинически невозможно осуществить дифференциальную диагностику острого аппендицита с:
- A. Острым холециститом
  - B. Перфоративной язвой желудка и 12-перстной кишки
  - C. Острым панкреатитом
  - D. Дивертикулум Меккеля
  - E. Острым гастроэнтеритом
13. CS. Самым важным симптомом, позволяющим дифференцировать острый пиелонефрит от острого аппендицита, является:
- A. Температура с ознобами
  - B. Ломбалгия
  - C. Положительный псоас-симптом
  - D. Уровень бактериурии
  - E. Лейкоцитурия
14. CS. Острые боли в подреберье с иррадиацией в промежность, в внутреннюю поверхность бедра; тенезмы, рвоты; при ректальном исследовании обнаруживается округлое образование, эластичное, гладкое, подвижное от матки. Ваш диагноз?
- A. Острый аппендицит
  - B. Разрыв Граафова фолликула
  - C. Прерванная внематочная беременность
  - D. Перекрут кисты яичника
  - E. Острый сальпингоофорит
15. CS. Посередине менструального цикла появляются острые боли внизу живота, с перемещением в паховые области, часто иррадируют во влагалище, промежность, прямую кишку; возможно временная потеря сознания. Ваш диагноз?
- A. Острый аппендицит
  - B. Разрыв Граафова фолликула
  - C. Прерванная внематочная беременность
  - D. Перекрут кисты яичника
  - E. Острый сальпингоофорит
16. CS. Кожные покровы синюшные, гипотония, анемия, симптом Куленкампа, пункция заднего свода влагалища обнаруживает кровь, которая не коагулируется:
- A. Острый аппендицит
  - B. Разрыв Граафова фолликула
  - C. Прерванная внематочная беременность
  - D. Перекрут кисты яичника
  - E. Острый сальпингоофорит
17. CS. Боли в подреберье с иррадиацией в поясницу, влагалище, промежность, часто сопровождающиеся слизисто-гнойными выделениями из влагалища, острая боль при попытке бимануального обследования сокращение матки:
- A. Острый аппендицит
  - B. Разрыв Граафова фолликула
  - C. Прерванная внематочная беременность
  - D. Перекрут кисты яичника
  - E. Острый сальпингоофорит
18. CS. Задержка месячных, выделения из влагалища геморрагического характера, острые боли в подреберье, обморок, коллаптоидное состояние характерно для:
- A. Острого аппендицита
  - B. Разрыва Граафова фолликула
  - C. Прерванной внематочной беременности
  - D. Перекрута кисты яичника
  - E. Острого сальпингоофорита
19. CM. Самыми вероятными осложнениями при перфорации аппендикса являются:
- A. Внутривнутрибрюшные абсцессы
  - B. Септический шок
  - C. Диффузный гнойный перитонит
  - D. Пилефлебит

20. СМ. Возможные осложнения острого аппендицита:
- А. Аппендикулярный инфильтрат
  - В. Аппендикулярный абсцесс
  - С. Острый гнойный диффузный перитонит
  - Д. Пилефлебит
21. СМ. Какие доступы оперативного вмешательства рекомендуются в случаях, когда диагноз „острый аппендицит” выставлен предположительно?
- А. Параректальный доступ Леннандера
  - В. Продлённый доступ Волковича-Дьяконова
  - С. Срединная подпупочная лапаротомия
  - Д. Срединная над- и подпупочная лапаротомия
22. СС. Что необходимо предпринять перед удалением червеобразного отростка с признаками поверхностного воспаления?
- А. Обследование подвздошной кишки на протяжении не менее 1 м
  - В. Обследование матки и её придатков
  - С. Обследование соответствующих отделов толстого кишечника
  - Д. Внутреннее употребление раствора индигокармина
23. СМ. Лечение перфоративного аппендицита с клиническими признаками перитонита в гипогастральной области, обнаруженного до хирургического вмешательства, включает в себя:
- А. Нижнесрединную лапаротомию
  - В. Аппендэктомию
  - С. Лаваж брюшной полости
  - Д. Дренирование брюшной полости
24. СС. В случаях, когда погружение культи червеобразного отростка невозможно, будет произведена:
- А. Перевязка культи нерассасывающейся нитью с оставлением в брюшной полости

- В. Экстраперитонизация области культи
  - С. Установление цекостомы
  - Д. Метод будет выбран исходя из сложившихся обстоятельств
25. СС. Абсцедирование аппендикулярного инфильтрата сопровождается следующими симптомами, за исключением:
- А. Гектической температуры
  - В. Интоксикации
  - С. Болей в правой подвздошной области
  - Д. Эритемы и флюктуации
  - Е. Высокого лейкоцитоза
26. СС. Какова будет дальнейшая тактика, если во время операции обнаружен аппендикулярный инфильтрат?
- А. Аппендэктомию
  - В. Аппендэктомию и дренирование брюшной полости
  - С. Аппендэктомию с установлением цекостомы
  - Д. Ушивание брюшной полости
  - Е. Дренирование брюшной полости
27. СС. Повторная госпитализация для аппендэктомии после рассасывания аппендикулярного отростка проводится через:
- А. 1–2 месяца
  - В. 3–4 месяцев
  - С. 6 месяцев
  - Д. 8 месяцев
  - Е. 12 месяцев
28. СС. В момент лапаротомии в правой подвздошной области обнаруживается масса жидкости зеленоватого оттенка, с кислым запахом, гиперемия червеобразного отростка и прилежащих отделов кишечника. Для какого процесса характерны перечисленные изменения?
- А. Острый холецистит

- В. Кишечная непроходимость
  - С. Острый панкреатит
  - Д. Прободная язва
  - Е. Воспаление дивертикула Меккеля
29. СС. Когда во время операции подтверждается диагноз острого аппендицита, рекомендуются следующие действия, за исключением:
- А. Исследования жидкости или экссудата из брюшной полости
  - В. Обследования органов малого таза
  - С. Обследования желчного пузыря и гастро-дуоденальной зоны
  - Д. Обследования подвздошной кишки на протяжении не менее 1 м
  - Е. Аппендэктомии
30. СС. Какие из перечисленных ниже действий являются рациональными в случае, когда нет уверенности в адекватном гемостазе, когда червеобразный отросток или его часть не было возможности удалить, когда культя отростка недостаточно затянута?
- А. Операционная рана оставляется открытой, без швов на коже
  - В. Повторное обследование брюшной полости через 24 часа
  - С. Местное применение антибиотиков через микроирригатор
  - Д. Дренирование брюшной полости
  - Е. Антибиотикотерапия
31. СС. Самой маловероятной причиной появления температуры в сроки, превышающие 3–5 дней, после удаления червеобразного отростка, является:
- А. Нагноение раны
  - В. Абсцесс брюшной полости
  - С. Пневмония
  - Д. Тромбофлебит глубоких вен голени
  - Е. Побочные явления антибиотикотерапии

32. СС. Мужчине 36 лет была произведена аппендэктомия. На 10-й день появилась температура гектического характера, боли в правом подреберье с иррадиацией в плечо, усиливающиеся на глубоком вдохе. Радиологическое исследование показало аномальное повышение купола диафрагмы справа, ателектазы базальных сегментов лёгких, выпот в плевральную полость. Какое осложнение вероятнее всего?
- А. Пневмония
  - В. Abscess subfrenicus
  - С. Абсцесс печени
  - Д. Подпечёчный абсцесс
  - Е. Пилефлебит
33. СС. На 5–7 день после аппендэктомии установились перечисленные ниже симптомы. Какие из них содержат информацию, которая могла бы указать на формирование септического очага?
- А. Температура
  - В. Боли в животе
  - С. Дизурия, тенезмы, диарея
  - Д. Количество лейкоцитов в моче –  $2 \cdot 10^3$  мл
  - Е. Повышенный лейкоцитоз
34. СС. Первостепенную роль в лечении внутрибрюшных абсцессов, возникших вследствие хирургических вмешательств по поводу острого живота, включая аппендэктомию, занимают:
- А. Антибиотики
  - В. Протеолитические ферменты
  - С. Иммуномодулирующие препараты
  - Д. Чрескожное дренирование
  - Е. Хирургическое вмешательство

35. СС. Из общего количества случаев острого аппендицита у беременных частота патологии в первую половину беременности составляет:
- A. 10%
  - B. 25%
  - C. 40%
  - D. 55%
  - E. 75%
36. СС. Какое из перечисленных ниже утверждений касательно острого аппендицита в поздних сроках беременности является ошибочным?
- A. Некоторые симптомы острого аппендицита и беременности можно спутать
  - B. Локализация болей атипична
  - C. Компромиссное напряжение мышц
  - D. Лейкоцитарная реакция обычно отсутствует
  - E. Первичная патология может быть симулирована маточными сокращениями, вызванными перитонитом
37. СС. После удаления червеобразного отростка у беременной показано:
- A. Постельный режим
  - B. Магния сульфат
  - C. Витамин Е
  - D. Прозерин
38. СС. При аппендикулярном диффузном перитоните у беременных со сроком родоразрешения рекомендуется:
- A. Кесарево сечение
  - B. Аппендэктомия
  - C. Лаваж и дренирование брюшной полости
  - D. Гистерэктомия

39. СС. Редкий аппендицит у детей до 5 лет объясняется:
- A. Формой аппендикулярного отростка
  - B. Особенности регенерации тканей инфантильного организма
  - C. Состоянием лимфатической системы
  - D. Пластическими особенностями брюшины
40. СС. Острый аппендицит у детей чрезвычайно опасен по причине:
- A. Мгновенного развития заболевания
  - B. Высокой частоты осложнений
  - C. Недоразвития местных и общих механизмов защиты
  - D. Трудностей диагностики
41. СС. При остром аппендиците у детей прибегают к более энергичной хирургической тактике по причине:
- A. Особенности развития
  - B. Состояния местных механизмов защиты
  - C. Степени резистентности детского организма к инфекциям
  - D. Трудностей диагностики
42. СС. Острый аппендицит у пожилых пациентов характеризуется:
- A. Высоким процентом деструктивных форм
  - B. Местными клиническими проявлениями заболевания
  - C. Присутствием температурной реакции
  - D. Лейкоцитарной реакции
43. СС. У пожилых пациентов после 70 лет острый аппендицит перфорирует в:
- A. 20% случаев
  - B. 26% случаев
  - C. 32% случаев
  - D. 40% случаев
  - E. 50% случаев

44. СМ. Клиническими признаками тазовой формы расположения острого аппендицита являются:
- А. Боли внизу живота
  - В. Острая задержка мочи
  - С. Желтуха
  - Д. Учащенное мочеиспускание
  - Е. Тенезмы ( мочевого пузыря и прямой кишки)
45. СС. Самым частым нарушением транзита желудочно-кишечного тракта при остром аппендиците является:
- А. Запор
  - В. Диарея
  - С. Ректоррагия
  - Д. Мелена
  - Е. Кровянистая диарея
46. СМ. Чем характеризуется триада Dieulafoy?
- А. Боли в правой подвздошной области
  - В. Боли в эпигастральной области
  - С. Гиперчувствительность кожи
  - Д. Образование в правой подвздошной области
  - Е. Мышечное напряжение в правой подвздошной области
47. СМ. Самыми частыми вариантами расположения отростка, ведущими к развитию аппендикулярного абсцесса, являются?
- А. Ретроцекальное
  - В. Медиальное
  - С. Тазовое
  - Д. Подвздошное
  - Е. В левой подвздошной области
48. СМ. „Синдром 5-го – 7-го дня”, описанный вначале у детей и признанный у взрослых, характеризуется:
- А. Внезапное начало на 5-ые – 7-ые сутки обычного послеоперационного периода

- В. Проявляется диффузным синдромом раздражения брюшины с мышечным напряжением и температурой
  - С. Показано срочное хирургическое вмешательство
  - Д. Во время операции не выявлена причина перитонита
  - Е. Является следствием обработки с культы отростка и контакта с брюшиной
49. СМ. Укажите особенности клинической картины острого аппендицита при расположении червеобразного отростка в малом тазу:
- А. Отсутствие болезненности в треугольнике Шерера
  - В. Примесь крови в каловых массах
  - С. Выраженная болевая реакция передней стенки прямой кишки при ректальном исследовании
  - Д. Отсутствие температурной реакции
  - Е. Положительный симптом Пастернацкого
50. СМ. Применение резиново-марлевых тампонов после аппендэктомии показано при:
- А. Невозможности удаления всего или части червеобразного отростка
  - В. Вскрытия периаппендикулярного абсцесса
  - С. Сомнении в надежности гемостаза и паренхиматозном кровотечении из ложа червеобразного отростка
  - Д. Опасности развития несостоятельности швов, погружающих культю отростка вследствие инфильтрации купола слепой кишки
  - Е. Ретроцекальном аппендиците, осложненном нагноением забрюшинной клетчатки
51. СС. Только во время операции возможна дифференциальная диагностика острого аппендицита с:
- А. Терминальным илеитом (болезнь Крона)
  - В. Воспалением дивертикула Меккеля



- С. Пиелонефритом  
 D. Дивертикулум правой половины толстой кишки  
 E. Острым панкреатитом
52. СМ. Для острого аппендицита у больных пожилого и старческого возраста характерно:  
 A. Преобладание деструктивных форм заболевания  
 B. Нередкое развитие первично-гангренозного аппендицита  
 C. Стертые клинические проявления заболевания  
 D. Смазанность эпигастральной фазы болевого синдрома  
 E. Выраженность симптома Кохера
53. СМ. Отличительными особенностями острого аппендицита во второй половине беременности являются:  
 A. Слабая выраженность болевого синдрома, сходного с таковым вследствие растяжения связочного аппарата матки  
 B. Отсутствие симптома Кохера  
 C. Высокая локализация болей в правой половине живота  
 D. Резкая выраженность локального напряжения мышц в правой подвздошной области  
 E. Положительный обратный симптом Ситковского
54. СМ. В диагностике тазового аппендицита ориентируются на:  
 A. Быстрое отграничение воспалительного процесса в полости таза  
 B. Слабую выраженность или отсутствие симптомов раздражения брюшины  
 C. Нечеткость аппендикулярных симптомов  
 D. Исключительную ценность данных ректальных и вагинальных исследований  
 E. Частое развитие забрюшинной флегмоны
55. СМ. Ретроцекальному аппендициту более свойственны:  
 A. Запоздалая диагностика  
 B. Поздное поступление больных в стационар  
 C. Частое развитие деструктивных форм  
 D. Слабая выраженность симптомов раздражения брюшины  
 E. Симптом Волковича-Кохера
56. СМ. Клиническими признаками поддиафрагмального абсцесса являются:  
 A. Боли в правой половине грудной клетки и верхних отделах живота при вдохе  
 B. Болезненность при надавливании в области нижних ребер  
 C. Гектическая температура  
 D. Выбухание нижних реберных промежутков  
 E. Расширение границ печеночной рупости
57. СМ. Для дифференциальной диагностики между острым аппендицитом и правосторонней почечной коликой что Вы предпримите?  
 A. Введение спазмолитиков  
 B. Введение наркотиков  
 C. Срочное исследование мочи  
 D. Хромоцистоскопию  
 E. Ангиографию почечных артерий
58. СМ. При дифференциальной диагностике поддиафрагмального абсцесса с правосторонней нижнедолевой пневмонией наиболее важными признаками абсцесса являются:  
 A. Ограничение подвижности правого купола диафрагмы при рентгеноскопии грудной клетки  
 B. Наличие надпеченочного уровня жидкости при обзорной рентгенографии брюшной полости  
 C. Получение гноя при пункции плевральной полости  
 D. Получение гноя при пункции поддиафрагмального пространства  
 E. Затемнение нижней доли правого легкого при рентгеноскопии грудной клетки

59. CS. У больной 23 лет с беременностью 32 недели, находящейся в хирургическом отделении 18 часов при динамическом наблюдении, нельзя полностью исключить острый аппендицит. Ваша лечебная тактика?
- A. Больную необходимо оперировать
  - B. Продолжить наблюдение за больной
  - C. Произвести ультразвуграфию брюшной полости
  - D. Совместно с гинекологом вызвать искусственное прерывание беременности, а затем произвести аппендэктомию
  - E. Выполнить лапароскопию и при подтвержденном диагнозе оперировать
60. CM. Какие симптомы характерны для гангренозной формы острого аппендицита ?
- A. Доскообразный живот
  - B. Внезапное усиление болей в правой подвздошной области
  - C. Уменьшение болевых ощущений
  - D. Тахикардия
  - E. Положительный симптом Щеткина-Блюмберга
61. CS. Какой метод исследования наиболее информативен в дифференциальной диагностике острого аппендицита и нарушенной внематочной беременности ?
- A. Исследование лейкоцитоза в периферической крови
  - B. Кожная термометрия
  - C. Обзорная рентгенография
  - D. Пункция заднего свода
  - E. Все ответы правильны
62. CS. Оперативное вмешательство при остром аппендиците противопоказано в случае:
- A. Развития аппендикулярного инфильтрата
  - B. Беременности 36–38 недель
  - C. Декомпенсированного порока сердца

- D. Острого инфаркта миокарда
  - E. При катаральном аппендиците
63. CS. Выберите наиболее рациональный метод обработки культи червеобразного отростка у взрослых:
- A. Перевязке шелковой лигатурой с погружением культи
  - B. Погружение шелковой лигатурой без погружения культи
  - C. Погружение не перевязанной культи
  - D. Перевязка кетгутовой лигатурой без погружения культи
  - E. Перевязка кетгутовой лигатурой с погружением культи
64. CS. Аппендикулярный инфильтрат обычно развивается:
- A. В первые 2-е суток с момента заболевания
  - B. На 3–4 сутки с момента заболевания
  - C. На 7–9 сутки с момента заболевания
  - D. В раннем периоде после аппендэктомии
  - E. В позднем периоде после аппендэктомии
65. CM. При осложнении острого аппендицита аппендикулярным инфильтратом показано консервативное лечение потому что:
- A. Возможно самоизлечение
  - B. Возможно рассасывание инфильтрата
  - C. При попытке произвести аппендэктомию возможно ятрогенное повреждение соседних органов
  - D. После рассасывания инфильтрата развивается легкая форма заболевания – хронический аппендицит
  - E. При попытке выделить червеобразный отросток из инфильтрата может развиться перитонит
66. CM. Для лечения плотных тазовых инфильтратов без признаков абсцедирования:
- A. Придают возвышенное положение головному концу кровати
  - B. Используют антибиотики широкого спектра действия
  - C. Применяют теплые микроклизмы из ромашки

- D. Назначают щадящую, легкоусвояемую высококалорийную диету
- E. Делают регулярные очистительные клизмы
67. CS. Развитие патологического процесса при остром аппендиците начинается:
- A. С серозного покрова червеобразного отростка
- B. Со слизистой червеобразного отростка
- C. С мышечного слоя червеобразного отростка
- D. Со слизистой купола слепой кишки
- E. С лимфангита брыжейки червеобразного отростка
68. CM. При вскрытии абсцидировавшего аппендикулярного инфильтрата:
- A. Операцию произвести под общим обезболиванием
- B. По возможности используется внебрюшинный доступ (по Пирогову)
- C. Инфильтрат осторожно разделяется тупым путем, избегая повреждения инфильтрированных петель кишечника
- D. Выделяется и удаляется деструктивно измененный червеобразный отросток
- E. Тщательно промывается и дренируется полость абсцесса
69. CM. Для острого аппендицита, осложненного аппендикулярным инфильтратом, в отличие от опухоли слепой кишки, характерно:
- A. Короткий анамнез заболевания
- B. Острый характер болей в правой подвздошной области, сопровождающийся повышением температуры
- C. Симптом Кохера
- D. Нередкие явления частичной кишечной непроходимости в анамнезе
- E. Тенденция к уменьшению опухолевого образования в процессе наблюдения

70. CM. При остром пилефлебите в 75% случаев источником имфицирования системы венн порты являются:
- A. Острый аппендицит
- B. Острый холецистит
- C. Панкреонекроз
- D. Неспецифический язвенный колит
- E. Гнойный процесс забрюшинного пространства
71. CS. По сводным данным литературы острый пилефлебит наблюдается как осложнение острого аппендицита:
- A. В 0,03% – 0,15%
- B. В 2,5% – 6,4%
- C. В 10,4% – 12,4%
- D. В 7,8% – 12,8%
- E. Все ответы неправильны
72. CM. Клиническими признаками острого пилефлебита являются:
- A. Боли в правой половине живота
- B. Гектическая температура, озноб
- C. Желтушность кожных покровов
- D. Иррадиация болей в спину, правое плечо, ключицу
- E. Увеличение границы печени
73. CM. Для острого пилефлебита нехарактерно:
- A. Высокий лейкоцитоз ( $(20-30) \cdot 10^{12}/л$ ) с выраженным нейтрофильным сдвигом
- B. Билирубинемия, повышение активности aminотрансфераз
- C. Гиперфибриногенемия
- D. Мелкие абсцессы печени при ультразвуковом исследовании
- E. Положительный симптом Спигарского

74. СС. Достоверным методом диагностики острого пилефлебита является:
- А. Обзорная рентгеноскопия органов брюшной полости
  - В. Сцинтиграфия печени
  - С. Селективная целиакография
  - Д. Лапароскопия
  - Е. Транспупочная гепатовенография
75. СС. Флегмона забрюшинного пространства, как осложнение острого аппендицита, развивается при:
- А. Переднем подпечёночном расположении червеобразного отростка
  - В. Местном перитоните в правой подвздошной области
  - С. Ретроперитонеальном расположении червеобразного отростка
  - Д. Медиальном расположении червеобразного отростка
  - Е. Расположении червеобразного отростка латерально от слепой кишки

**Правильные ответы. Острый аппендицит**

1 ABCD; 2 ABCD; 3 D; 4 A; 5 A; 6 C; 7 B; 8 D; 9 C; 10 A; 11 C; 12 D; 13 D; 14 D; 15 B; 16 C; 17 D; 18 C; 19 AC; 20 ABCD; 21 AC; 22 ABC; 23 ABCD; 24 D; 25 D; 26 E; 27 B; 28 D; 29 E; 30 D; 31 E; 32 B; 33 C; 34 E; 35 E; 36 D; 37 ABC; 38 ABC; 39 AC; 40 ABCD; 41 ABCD; 42 ABCD; 43 E; 44 ADE; 45 A; 46 ACE; 47 AB; 48 ABDE; 49 AC; 50 ABCDE; 51 B; 52 ABCD; 53 ACE; 54 ABC; 55 ABCD; 56 ABCD; 57 ACD; 58 ABD; 59 A; 60 CDE; 61 D; 62 A; 63 E; 64 B; 65 AC; 66 ABC; 67 B; 68 ABCE; 69 ABCE; 70 ABCE; 71 A; 72 ABCDE; 73 ABCD; 74 E; 75 C.

Д. Нервные явления (головная боль, головокружение, тошнота, рвота) являются неспецифическими признаками острого аппендицита.

Е. Тенденция к уменьшению температуры наблюдается в поздней стадии острого аппендицита.

### 3. 22. ОСТРЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ

1. CS. В каком проценте случаев строение внепеченочных желчных путей и сосудов соответствует классическому описанию?
  - A. 15%
  - B. 30%
  - C. 50%
  - D. 70%
  - E. 85%
  
2. CS. Острый холецистит у больных пожилого возраста составляет:
  - A. 22%–64,4%
  - B. 10,8–30,8%
  - C. 64,2–70%
  - D. 15,4–12,5%
  
3. CM. Треугольник Калот включает:
  - A. Основание треугольника – общий печеночный проток
  - B. Нижнюю сторону – пузырный проток и верхнюю часть шейки желчного пузыря
  - C. Верхнюю сторону – пузырную артерию
  - D. Основание треугольника – холедох
  - E. Верхнюю сторону – пузырную вену
  
4. CS. Возникновение острого холецистита связано прежде всего с:
  - A. Острой задержкой желчи в пузыре
  - B. Раздражающим действием желчных кислот
  - C. Гидролизом липидов в полости пузыря
  - D. Инфекцией
  - E. Ишемией пузыря

5. CS. Острый холецистит возникает чаще всего в результате острого стаза на почве обструкции шейки пузыря. Поэтому первым из проявлений типичной атаки является:
- A. Высокая температура
  - B. Анорексия и рвота
  - C. Приступ желчной колики
  - D. Желтуха
  - E. Пузырь, пальпируемый в правом подреберье
6. CS. Желтуха при остром холецистите не может быть следствием:
- A. Гепатита
  - B. Спазма сфинктера Одди
  - C. Воспалительной инфильтрации желчных путей
  - D. Блокады пузырного протока
  - E. Холедохолитиаза
7. CS. Острый холецистит может осложниться перфорацией пузыря в просвет соседнего органа. Чаще всего этим органом является:
- A. Желудок
  - B. Двенадцатиперстная кишка
  - C. Тонкая кишка
  - D. Печеночный угол толстой кишки
  - E. Почка
8. CS. Из симптомов острого холецистита, указанных ниже, наиболее значительным является:
- A. Высокая температура
  - B. Повторная рвота
  - C. Умеренная желтуха
  - D. Тахикардия
  - E. Болезненный инфильтрат в правом подреберье

9. CS. Лучшим способом исследования для подтверждения диагноза острого холецистита является:
- A. Холецистография
  - B. Ультрасонография
  - C. Компьютерная томография
  - D. Холесцинтиграфия
  - E. Лапароскопия
10. CS. Какой момент может считаться ранним для хирургического вмешательства при остром холецистите?
- A. Немедленно после начала атаки
  - B. После соответствующей подготовки в течение 4–6 часов
  - C. После успешной консервативной терапии на протяжении 24–48 часов
  - D. В холодном периоде до выписки из стационара
  - E. При повторной госпитализации через 6–8 недель
11. CS. Начальные терапевтические меры при остром холецистите включают все перечисленное ниже, кроме:
- A. Внутривенной инфузии жидкостей
  - B. Анальгетиков парэнтерально
  - C. Антибиотиков парэнтерально
  - D. Голода
  - E. Постоянной желудочной аспирации
12. CS. В момент операции по поводу холецистита обнаружен резко измененный желчный пузырь с множественными тяжами в инфундибулярной зоне, холедох скрыт воспалением. При таких обстоятельствах рекомендуется:
- A. Холецистэктомия от дна
  - B. Холецистэктомия от шейки
  - C. Холецистостомия
  - D. Атипичная холецистэктомия

13. СМ. Что может служить показанием к холангиографии в ходе операции по поводу острого холецистита?
- A. Мелкие конкременты в желчном пузыре
  - B. Холедохолитиаз
  - C. Расширенные желчные ходы
  - D. Указание на желтуху в анамнезе
14. СМ. Показаниями для холедохотомии во время операции по поводу острого холецистита являются:
- A. Механическая желтуха или желтуха в анамнезе
  - B. Холангит
  - C. Конкременты в желчных протоках
  - D. Бескаменный холецистит без видимой патологии со стороны желчных путей
15. СС. У больной 58 лет удален флегмонозно-измененный желчный пузырь, содержащий множество мелких конкрементов. По ходу операции вскрыт также холедох, расширенный до 10 мм, но конкрементов в нем не найдено и желчь в холедохе прозрачная, без хлопьев. С помощью холеграфии установлена нормальная проходимость желчных ходов. Операцию в этом случае лучше всего завершить:
- A. Закрытием холедоха и брюшной полости наглухо
  - B. Закрытием холедоха и дренированием подпеченочного пространства
  - C. Холедоходуоденостомией
  - D. Дренированием холедоха
  - E. Холедохоеюностомией
16. СС. Холеграфией через Т-образную трубку, оставленную после холецистэктомии, обнаружены конкременты. Каков оптимальный момент для удаления трубки?
- A. 7-ой день
  - B. 14-ый день

- C. 20-ый день
- D. 30-ый день
- E. 5-я – 6-я неделя

17. СС. Повышенная опасность острого холецистита в пожилом и старческом возрасте обусловлена главным образом:
- A. Стертой клинической картиной
  - B. Прогрессирующим характером развития болезни
  - C. Большим удельным весом деструктивных форм
  - D. Диагностическими трудностями
  - E. Фоном, на котором развивается болезнь
18. СС. Ниже следует ряд утверждений, касающихся острого бескаменного холецистита. Какое из них ошибочное?
- A. Возникает обычно на фоне разного рода критических состояний
  - B. Патогенез точно не известен
  - C. Клинические проявления бескаменного и калькулезного холециститов идентичны
  - D. Отличается благоприятным течением и склонностью к обратному развитию
  - E. К лечению бескаменного холецистита допустим консервативный подход
19. СС. При асимптоматическом холелитиазе предпочтение заслуживает:
- A. Отказ от каких-либо мер
  - B. Периодический контроль за состоянием камненосителей
  - C. Медикаментозное лечение
  - D. Холецистэктомия
  - E. Ничего из указанного выше
20. СС. Для устранения резидуальных камней холедоха способом выбора является:
- A. Механическое вмешательство
  - B. Применение контактных растворителей

- С. Назначение медикаментозных средств  
D. Литотрипсия  
E. Хирургическое вмешательство
21. CS. Из возможных последствий холедохолитиаза непосредственную угрозу для жизни представляет:  
A. Хроническая билиарная обструкция  
B. Холангит  
C. Вторичный билиарный цирроз  
D. Портальная гипертензия  
E. Желтуха
22. CS. У больного, 72 лет, с механической желтухой на почве холедохолитиаза появилась высокая температура до 39,2°C, ознобы, интенсивные постоянные боли в правом верхнем квадранте живота, повторные рвоты, олигурия, гипотония и помрачение сознания. Количество лейкоцитов 12,10<sup>9</sup>/л с выраженным сдвигом влево. Билирубин, трансаминазы и щелочная фосфатаза повышены, уровень амилазы нормальный. Наиболее вероятная причина указанных явлений:  
A. Печеночная недостаточность  
B. Острый деструктивный холецистит  
C. Абсцесс печени  
D. Холангит  
E. Острый панкреатит
23. CS. Из факторов, способствующих развитию острого холангита, важнейшим является:  
A. Ятрогенные стиктуры внепеченочных желчных протоков  
B. Новообразования общего желчного протока  
C. Холедохолитиаз  
D. Стеноз Фатерова соска  
E. Хронический панкреатит
24. CS. Среди симптомов острого гнойного холангита с наибольшим постоянством наблюдается:  
A. Лихорадка  
B. Боли в животе  
C. Желтуха  
D. Септический шок  
E. Мозговые нарушения
25. CS. О состоянии желчных путей при явлениях острого холангита лучше всего судить по результатам:  
A. Ультрасонографии  
B. Компьютерной томографии  
C. Холесцинтиграфии  
D. Холангиографии  
E. Лапароскопии
26. CS. Из лабораторных тестов острого холангита неблагоприятен в прогностическом отношении:  
A. Гиперлейкоцитоз  
B. Лейкопения  
C. Тромбоцитопения  
D. Гипербилирубинемия  
E. Повышенный уровень сывороточных АСТ, АЛТ
27. CS. После начальной стабилизации состояния больного с острым холангитом очередные действия должны быть направлены на декомпрессию желчных путей. Из методов, предназначенных для этой цели, предпочтение заслуживает:  
A. Холецистостомия  
B. Холецистэктомия с холедохотомией  
C. Чрезкожное, чрезпеченочное дренирование желчных путей  
D. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия  
E. Назобилиарное дренирование



28. CS. Какие признаки характерны для желчной колики?
- A. Боль иррадирует в правую лопатку
  - B. Острая боль, вынужденная поза
  - C. Появляется и исчезает, периодически с стертой клинической картиной
  - D. Жирная пища способствует ее появлению
  - E. Многократные рвоты
29. CS. Клинические признаки для подтверждения диагноза острого холецистита являются:
- A. Продолжительная желчная колика
  - B. Высокая температура
  - C. Повышенная сократимость мышц брюшной стенки
  - D. Инфильтрат
  - E. Желтуха
30. CS. Местным проявлением острого холецистита является:
- A. Положительный симптом Щеткина-Блюмберга
  - B. Положительный симптом Мерфи
  - C. Положительный симптом Георгиевского-Мюсси
  - D. Положительный симптом Орнера
  - E. Все вышеперечисленные симптомы
31. CS. Острый бескаменный холецистит может быть обусловлен:
- A. Забросом активного панкреатического сока в желчный пузырь
  - B. Первичным сосудистым нарушением в стенке желчного пузыря
  - C. Паразитарными заболеваниями желчного пузыря
  - D. Внедрением в стенку желчного пузыря патогенной микрофлоры
  - E. Всеми вышеперечисленными причинами

32. CS. Для микролитиаза ( $d < 3$  мм) верно:
- A. Предрасположенность к мигрированию
  - B. Осложнение механической желтухой
  - C. Острый холангит
  - D. Могут вызвать желчную колику
  - E. Не обнаруживаются на эхографии
33. CS. Рвота при остром холецистите:
- A. Однократная
  - B. Приносит облегчение
  - C. Типа кофейной гущи
  - D. Многократная, не приносящая облегчения
  - E. Со сгустками крови
34. CS. Боль в правом подреберье при остром холецистите может иррадиировать:
- A. В правую надключичную область
  - B. В правое плечо
  - C. В правую лопатку
  - D. В поясничную область
  - E. Все ответы правильные
35. CS. При развитии перфорации стенки желчного пузыря при остром холецистите в клинической картине не наблюдается:
- A. Острые боли в животе и повторная рвота
  - B. Выраженная бледность кожных покровов, покрытых холодным потом
  - C. Резкое увеличение температуры тела
  - D. Повышение артериального давления
  - E. Картина разлитого перитонита
36. CS. Из симптомов острого холецистита, указанных ниже, наиболее тревожным является:
- A. Высокая температура

- В. Повторная рвота
  - С. Умеренная желтуха
  - Д. Тахикардия
  - Е. Болезненный инфильтрат в правом подреберье
37. CS. В момент операции по поводу холецистита найден плотный, склерозированный и резко уменьшенный в размерах желчный пузырь с воспалительным инфильтратом в зоне печеночно-дуоденальной связки, препятствующий идентификации протоковых элементов. При таких обстоятельствах рекомендуется:
- А. Холецистэктомия от дна
  - В. Холецистэктомия от шейки
  - С. Холецистостомия
  - Д. Атипичная холецистэктомия
38. CS. При остром холецистите развитие желчной гипертензии приводит к:
- А. Нарушению кровоснабжения в стенке желчного пузыря
  - В. Развитию картины, типа вторичного инфаркта стенки пузыря
  - С. Нарушению целостности слизистой оболочки и внедрению инфекции
  - Д. Развитию инфильтративного воспаления с поражением глубоких слоев стенки желчного пузыря
  - Е. Всему вышеперечисленному
39. CS. В качестве бактериальной основы острого холецистита не встречается:
- А. *Escherichia coli*
  - В. *Staphylococcus*
  - С. *Streptococcus*
  - Д. *Campilobacter piloridis*
  - Е. Все вышеперечисленные

40. CS. В комплекс консервативного лечения острого холецистита не включают:
- А. Назначение голода
  - В. Назначение инъекций спазмолитиков
  - С. Назначение морфина в качестве анальгетика
  - Д. Паранефральную блокаду
  - Е. Атропин
41. CS. Показанием для срочной операции при остром холецистите является:
- А. Отсутствие эффекта консервативного лечения
  - В. Сохранение симптомов интоксикации
  - С. Сохранение местных перитонеальных явлений
  - Д. Нарастание общей интоксикации и появление симптомов раздражения брюшины
  - Е. Всё вышеперечисленное
42. CS. При катаральном холецистите:
- А. Заболевание начинается с приступа болей в правом подреберье
  - В. Симптомы раздражения брюшины отсутствуют
  - С. Возможно полное выздоровление
  - Д. При стихании воспалительных явлений и сохранении обтурации пузырного протока возможно развитие водянки желчного пузыря
  - Е. Правильно всё вышеперечисленное
43. CS. При флегмонозном холецистите:
- А. Воспалительный процесс проявляется симптомами ограниченного перитонита
  - В. Купирование воспалительного процесса в стенке желчного пузыря может закончиться эмпиемой желчного пузыря
  - С. Воспалительный процесс выходит за стенки желчного пузыря, что приводит к образованию инфильтрата

- D. Течение заболевания может быть благоприятным и закончиться полным выздоровлением  
E. Можно наблюдать всё вышеперечисленное
44. CS. При гангренозном холецистите:
- A. При развитии некроза желчного пузыря в клиническом течении на первый план выступают явления перитонита
  - B. Наблюдается симптом „токсических ножниц“
  - C. Наблюдается парез кишечника
  - D. Субъективно может отмечать некоторое уменьшение болезненности в правом подреберье
  - E. Можно наблюдать всё вышеперечисленное
45. CS. При остром холецистите в сочетании со стенозом большого дуоденального соска не выполняют:
- A. Папиллосфинктеротомию
  - B. Холедоходуоденостомию
  - C. Ретроградное извлечение камня через холедохотомическое отверстие
  - D. „Слепое“ бужирование холедоха
  - E. Ни один из перечисленных методов
46. CS. Показанием к введению тампонов в брюшную полость при операции, выполняемой при остром холецистите, является:
- A. Общий перитонит
  - B. Поддиафрагмальный абсцесс
  - C. Околопузырный абсцесс и невозможность остановки кровотечения из ложа желчного пузыря
  - D. Гнойный холангит
  - E. Все вышеперечисленные

47. CS. Повреждения внепеченочных желчных протоков при удалении желчного пузыря по поводу острого холецистита могут быть обусловлены:
- A. Аномалиями развития желчного пузыря
  - B. Воспалительно-инфильтративными изменениями в области шейки желчного пузыря
  - C. Рубцовыми изменениями в области пузырного протока
  - D. Техническими и тактическими ошибками хирурга
  - E. Всеми вышеперечисленными
48. CS. Что может служить показанием к холангиографии в ходе операции по поводу острого холецистита?
- A. Указание на желтуху в анамнезе
  - B. Расширенный общий желчный проток более 10 мм в диаметре
  - C. Большой диаметр пузырного протока, камни меньше 5 мм
  - D. Гемолитическая желтуха
  - E. Цирроз печени
49. CM. В отношении лапароскопической холецистэктомии верно:
- A. Больные проводят короткий срок госпитализации 1–3 дня
  - B. Косметические и экономические преимущества
  - C. Противопоказано в случае околопузырного инфильтрата, ранее проведенных хирургических вмешательств в надчревной области
  - D. Противопоказано больным старше 60 лет
  - E. Частые гнойные осложнения передней брюшной стенки, брюшной полости
50. CM. Холецистостомия:
- A. Показано наиболее тяжелым и ослабленным больным, когда степень операционного риска особенно велика
  - B. Производится только лапараторным доступом
  - C. Возможна под местной анестезией

- D. Показана больным с эмпиемой желчного пузыря с высоким операционным риском  
E. Является малотравматичной, короткой по времени реализации оперативным вмешательством
51. CS. Что из перечисленного ниже увеличивает риск интраоперационного повреждения желчных путей:
- A. Массивное кровотечение
  - B. Вариации и аномалии анатомического строения желчных путей
  - C. Действия в патологически измененных тканях
  - D. Тракция при перевязке пузырного протока, инструментальное исследование
52. CS. Наружное дренирование желчных протоков через культю пузырного протока носит имя:
- A. Вишневого
  - B. Пиковского
  - C. Кера
  - D. Раздольского
  - E. Петровского
53. CS. Наружное дренирование желчных протоков Т-образным дренажом носит имя:
- A. Вишневого
  - B. Пиковского
  - C. Кера
  - D. Петровского
  - E. Лукомского
54. CS. К осложненной форме течения острого холецистита относят:
- A. Флегмонозный
  - B. Катаральный

- C. Бескаменный
  - D. Гангренозный
  - E. Сочетание с холангитом
55. CS. Острый калькулезный холангит в большинстве случаев начинается с:
- A. Дуоденостаза
  - B. Блокады холедоха вклинившимся камнем
  - C. Блокады ходов Люшка
  - D. Гипертензии внепеченочных желчных протоков
  - E. Все ответы правильные
56. CM. Для холангита характерно:
- A. Триада Шарко: лихорадка; озноб; желтуха
  - B. Спонтанная, часто благоприятная эволюция
  - C. Нужна срочная декомпрессия и антибиотикотерапия
  - D. Срочные операции не показаны; амбулаторное лечение
  - E. Парез кишечника
57. CM. Какие подтверждения в отношении билиарного илеуса верны?
- A. Клинически проявляется низкой кишечной непроходимостью
  - B. Желчные конкременты размерами 3–4 см эвакуированы через холецистодуоденальный свищ
  - C. На обзорной рентгенографии органов брюшной полости определяется азробилия
  - D. Рентгенологически определяется „сторожевая” петля тощей кишки
  - E. Пальпаторно определяется выраженное мышечное напряжение
58. CM. Причины, определяющие развитие желчных свищей, следующие:
- A. Преднамеренное или случайное вскрытие желчных путей

- В. Расхождение швов билио-дигестивных, желчных анастомозов
- С. Расхождение лигатуры культи протока желчного пузыря
- Д. Присутствие внутрипротоковой гипертензии
- Е. Все ответы правильные
59. СС. Присутствие газа в желчных путях при обзорной рентгенографии области правого подреберья определяет:
- А. Холедохолитиаз
- В. Калькулезный холецистит
- С. Перфоративная гастродуоденальная язва
- Д. Дивертикул холедоха
- Е. Билио-дигестивный свищ
60. СМ. Синдром Миризи характеризуется:
- А. Патологическим соустьем стенки шейки желчного пузыря с холедохом
- В. Патологическим соустьем стенки шейки желчного пузыря с двенадцатиперстной кишкой
- С. Осложняется всегда механической желтухой
- Д. Чаще поражает общий желчный проток
- Е. Рубцово-сморщенным желчным пузырём
61. СС. При ущемленном камне в области большого дуоденального сосочка следует:
- А. Наложить холедодуоденоанастомоз
- В. Сделать дуоденотомию, извлечь камень и ушить кишку
- С. После дуоденотомии и извлечения камня дренировать холедох через культю пузырного протока
- Д. Вскрыть холедох и попытаться удалить камень, при неудаче произвести дуоденотомию, удалить конкремент, наложить швы на рану 12-перстной кишки и дренировать общий желчный проток
- Е. Наложить холедохоэнтероанастомоз

62. СС. При операции по поводу острого холецистита, осложненного панкреатитом (отечная форма), наиболее целесообразной тактикой хирурга следует считать:
- А. Типичную холецистэктомию
- В. После холецистэктомии дренировать холедох через культю пузырного протока
- С. После холецистэктомии дренировать холедох Т-образным дренажем
- Д. После холецистэктомии дренировать сальниковую сумку
- Е. Наложить холецистостому
63. СМ. К осложнениям, обусловленным холедохолитиазом, следует отнести:
- А. Гангрену и эмпиему желчного пузыря
- В. Острый панкреатит
- С. Желтуху
- Д. Холангит
- Е. Всё вышеперечисленное
64. СС. Какое лечение показано больному с приступом желчной колики?
- А. Экстренную операцию
- В. Консервативное лечение
- С. Срочную операцию после купирования приступа
- Д. Антиферментную терапию
- Е. Лапароскопическую холецистэктомию
65. СС. Какое из осложнений желчно-каменной болезни требует экстренного оперативного вмешательства?
- А. Разлитой перитонит
- В. Рубцовая стриктура холедоха
- С. Холедолитиаз
- Д. Кишечно-пузырный свищ
- Е. Желтуха

66. СМ. Для гангренозного холецистита характерны следующие симптомы:
- А. Уменьшение болей
  - В. Симптом Щеткина-Блюмберга в правом подреберье
  - С. Отсутствие печеночной тупости
  - Д. Тахикардия
  - Е. Симптом Бартоломье-Михельсона
67. СМ. В чем заключается преимущество выполнения холецистэктомии от шейки?
- А. Создание условия для бескровного удаления желчного пузыря
  - В. Прерывается путь поступления гнойной желчи в холедох
  - С. Удастся избежать миграции камней из пузыря в холедох
  - Д. Позволяет воздержаться от холедохотомии
  - Е. Помогает избежать необходимость в интраоперационной холангиографии
68. СС. Когда показана холецистэктомия от дна?
- А. У пожилых людей
  - В. При наличии холангита
  - С. При наличии механической желтухи
  - Д. При вколоченном камне шейки пузыря
  - Е. При наличии выраженного воспалительного инфильтрата в области шейки пузыря и печеночно-двенадцатиперстной связки
69. СМ. Течению острого холецистита в пожилом и старческом возрасте характерно:
- А. Быстрое развитие осложнений
  - В. Частое развитие первично-гангренозной формы
  - С. „Стертая” клиническая картина с преобладанием признаков интоксикации
  - Д. Часто abortивное течение с быстрым купированием при консервативном лечении

- Е. Преобладание болевого синдрома, слабая выраженность интоксикации
70. СМ. Экстренная операция у больных с острым холециститом показана при:
- А. Отсутствии эффекта от консервативной терапии
  - В. Клинической картины гангренозно-перфоративного холецистита
  - С. Нарастающих признаках интоксикации на фоне желтухи
  - Д. Пожилом и старческом возрасте
  - Е. Дуоденостазе
71. СМ. Непосредственными причинами повреждения магистральных желчных протоков могут быть все перечисленные:
- А. Врожденные аномалии и вариабельность топографии протоков
  - В. Воспалительно-инфильтративные изменения в области печеночно-двенадцатиперстной связки
  - С. Технические и тактические ошибки хирургов
  - Д. Исследования протоков зондами, бужами, ложками и другими инструментами
  - Е. Пальпаторное исследование протоков у больного с ущемленным в области папиллы камнем
72. СМ. Ценность интраоперационной холангиографии заключается в следующем:
- А. Позволяет и определить количество и величину желчных конкрементов, их местонахождение
  - В. Дает точное представление об анатомическом состоянии холедоха, проходимости холедоха
  - С. Выявляет патологическое сообщение между желчными путями и другими брюшными органами
  - Д. Подсказывает выбор рациональной операции в конкретном случае избежать нарушение холедохотомии
  - Е. Все ответы правильные

73. СМ. Осложнения, связанные с холецистэктомией:
- Желчные и другие перитониты
  - Внутрибрюшные кровотечения
  - Наружное желчеистечение
  - Механическая желтуха
  - Абсцесс брюшной полости
74. СС. Оперативные вмешательства при остром холецистите целесообразно различать по срокам:
- Экстренно выполнить по жизненным показаниям сразу после поступления
  - Срочные в течение 12–72 часов
  - Отсроченные 3–10 суток с момента поступления
  - Плановые через 1–3 месяца
  - Все ответы правильные
75. СМ. Острый эмфизематозный холецистит характеризуется:
- Чаще вызывается анаэробной инфекцией *Clostridium Welchii*
  - Вторичными инфекциями *Escherichia coli*
  - Вторичными инфекциями анаэробными стрептококками
  - Обязательно присутствие конкрементов
  - Все ответы правильные
76. СМ. Каковы возможные последствия ятрогенных повреждений желчных путей, не обнаруженных в ходе операции?
- Внутрибрюшной септический процесс
  - Наружные желчные свищи
  - Непроходимость желчных путей
  - Холангит
77. СМ. Ятрогенные повреждения желчных путей, обнаруженные своевременно, подлежат немедленному устранению потому что:
- Состояние больного, как правило, это допускает
  - Спайки в зоне оперативного действия отсутствуют

- Стенки желчных протоков не изменены
  - Диаметр протоков нормальный
78. СМ. Способ первичной реконструкции при ятрогенных повреждениях желчных протоков выбирается с учетом:
- Характера повреждения
  - Направления раны
  - Величины дефекта
  - Уровня повреждения
79. СМ. Возникновение стриктур после устранения ятрогенных повреждений внепеченочных желчных путей может быть связано с:
- Негерметичностью линии швов
  - Ишемией протока
  - Уровнем повреждения
  - Дренированием протоков
80. СМ. Могут ли ятрогенные повреждения желчных путей?
- Проявляться в ближайшем послеоперационном периоде
  - Заявить о себе спустя несколько недель или месяцев
  - Стать заметными через несколько лет
  - Оставаться бессимптомными

**Правильные ответы. Острый холецистит**

1 В; 2 А; 3 АВС; 4 А; 5 С; 6 D; 7 В, 8 D; 9 D; 10 С; 11 Е; 12 D; 13 ABCD; 14 ABC; 15 D; 16 Е; 17 Е; 18 D; 19 Е; 20 А; 21 В; 22 D; 23 С; 24 А; 25 D; 26 В; 27 D; 28 С; 29 ABD; 30 Е; 31 Е; 32 ADE; 33 D; 34 Е; 35 D; 36 D; 37 D; 38 Е; 39 D; 40 С; 41 Е; 42 Е; 43 Е; 44 Е; 45 D; 46 С; 47 Е; 48 С; 49 ABC; 50 ACDE; 51 ABCD; 52 А; 53 С; 54 Е; 55 D; 56 ABC; 57 ABC; 58 ABC; 59 Е; 60 ADE; 61 D; 62 D; 63 BCD; 64 В; 65 А; 66 ABD; 67 ABC; 68 Е; 69 ABC; 70 ABC; 71 ABCD; 72 ABCD; 73 ABCDE; 74 Е; 75 ABC; 76 ABCD; 77 ABC; 78 ABCD; 79 ABCD; 80 ABC.

### 3.23. ПРОБОДНАЯ ЯЗВА ЖЕЛУДКА

1. CS. Среди факторов, способствующих перфорации хронических гастро-дуоденальных язв, самым важным является:
  - A. Обострение язвенной болезни
  - B. Пищевое переполнение желудка, употребление алкоголя
  - C. Чрезмерная физическая нагрузка
  - D. Локальный аутоиммунный конфликт
  - E. Продолжительность заболевания
2. CS. Период мнимого благополучия в течение перфоративных язв обусловлен всем нижеперечисленным, за исключением:
  - A. Разведения соляной кислоты в брюшной полости экссудатом
  - B. Нарушения чувствительности нервных окончаний в париетальной брюшине
  - C. Действия эндорфинов
  - D. Прикрытия перфорационного отверстия фибрином или салником
  - E. Адаптации к агрессии
3. CS. Из перечисленных ниже признаков прободной язвы решающее значение для диагностики имеет:
  - A. Острая боль в эпигастральной области или в правом подреберье
  - B. Рвота
  - C. Симптомы раздражения брюшины
  - D. Пневмоперитонеум
  - E. Притупление в отлогих местах живота
4. CS. Для подтверждения диагноза перфорации язвы, прибегают к следующим методам исследования:
  - A. Гастроскопии
  - B. Обзорной рентгенографии органов брюшной полости

- C. Гастродуоденографии
- D. Лапароскопии
- E. Пункции и перитонеальному лаважу

5. CS. Боли в правой нижней области живота, тошнота, иногда рвота, чувство боли и мышечное напряжение в правой подвздошной области, температура редко превышает нормальную более чем на 1 градус при:
  - A. Перфорирующей язве
  - B. Остром аппендиците
  - C. Остром холецистите
  - D. Мезентерильном инфаркте
  - E. Инфаркте миокарда
6. CS. Возникшая острая боль в эпигастральной области с иррадиацией в область сердца и подлопаточную область, одышка, иногда однократная рвота. Пульс слабый и частый, аритмия, гипотония, ослабления шумов сердца и расширение границ кардиальной тупости, чувство боли при пальпации в эпигастральной области, иногда ригидность мышц, перистальтические шумы нормальные, характерны для:
  - A. Перфорирующей язвы
  - B. Острого аппендицита
  - C. Острого холецистита
  - D. Мезентериального инфаркта
  - E. Инфаркта миокарда
7. CS. Внезапное начало, резкие боли в верхних отделах живота, распространяющиеся затем по всему животу, неподвижный доскообразный живот, исчезновение печеночной тупости, частое поверхностное дыхание; частота пульса, артериальное давление, температура вначале близки к норме. Ваш диагноз?
  - A. Прободная язва
  - B. Острый аппендицит



- C. Острый холецистит  
D. Острая окклюзия мезентериальных сосудов  
E. Инфаркт миокарда
8. CS. Острое начало, прогрессивно усиливающиеся боли в правом подреберье с иррадиацией в правую надключичную область, мышечное напряжение в правом подреберье, частый пульс, высокая температура. О какой патологии вы думаете?  
A. Прободная язва  
B. Острый аппендицит  
C. Острый холецистит  
D. Мезентериальный тромбоз  
E. Инфаркт миокарда
9. CS. Острое начало, сильные абдоминальные боли без четкой локализации, тошнота, рвота, чувство страха, бледность кожных покровов, брадикардия, живот мягкий, температура нормальная, стул с примесью крови, лейкоцитоз. Расхождение между тяжелым общим состоянием и локальными проявлениями заболевания. Ваш диагноз?  
A. Прободная язва  
B. Острый аппендицит  
C. Острый холецистит  
D. Мезентериальный тромбоз  
E. Инфаркт миокарда
10. CS. Консервативное лечение, в случае прободной язвы, по методу Тейлора может быть реализовано в следующих случаях, за исключением:  
A. Недостаточности одного или нескольких органов  
B. Инфаркта миокарда  
C. Тяжелого состояния, вызванного перитонитом или сепсисом  
D. Пожилого возраста пациента  
E. Отказа пациента от операции

11. CS. Среди элементов консервативной терапии прободной язвы по методу Тейлора главную роль играет:  
A. Антибиотикотерапия  
B. Восстановление кислотно-щелочного баланса  
C. Парэнтеральное питание  
D. Постоянная аспирация желудочного содержимого  
E. Анальгетики
12. CS. Какие исследования необходимы на завершающем этапе консервативного лечения прободной язвы по методу Тейлора?  
A. Анализ аспирируемой жидкости из желудка  
B. Фиброгастроскопия  
C. Обзорная рентгенография брюшной полости  
D. Гастродуоденография  
E. Пункция брюшной полости
13. CS. Методы и приёмы подготовки больного к операции по поводу прободной язвы не включают:  
A. Назогастральную аспирацию  
B. Плазмозамещающие растворы  
C. Электролитные растворы  
D. Растворы аминокислот и жировые эмульсии  
E. Антибиотики
14. CM. Какие факторы определяют хирургическую тактику в случае прободной язвы?  
A. Возраст и состояние больного  
B. Длительность язвенного анамнеза  
C. Локализация язвы  
D. Длительность перфорации
15. CM. Правильными показаниями к ушиванию прободной язвы являются:  
A. Краткий язвенный анамнез

- В. Старческий возраст
  - С. Сопутствующая тяжёлая патология
  - Д. Особенности топографии желудка и язвы
16. СМ. Ушивание прободной язвы обладает рядом преимуществ, а именно:
- А. Операция малотравматична
  - В. Подходит для критических ситуаций
  - С. Выполнима с помощью эндоскопической техники
  - Д. Обеспечивает стойкое выздоровление большинства больных
17. СМ. В каких ситуациях, из перечисленных ниже, резекция желудка представляет собой оптимальное решение?
- А. Перфорация язв желудочной локализации
  - В. Множественные перфорации
  - С. Перфорация язв, сомнительных в отношении злокачественного роста
  - Д. Перфорация желудочной язвы с кровотечением
18. СС. Среди факторов, влияющих на возможность выполнения ваготомии при перфоративной язве, меньшее значение имеют:
- А. Продолжительность заболевания
  - В. Возраст больного
  - С. Общее состояние
  - Д. Топография язвы
  - Е. Длительность перфорации
19. СС. Выбирая дренирующую операцию, дополняющую ваготомию, принимают во внимание прежде всего:
- А. Продолжительность язвенного анамнеза
  - В. Указания на кровотечение в прошлом
  - С. Характер местных патоморфологических изменений
  - Д. Состояние стенки желудка
  - Е. Возраст больного

20. СС. Больной госпитализирован через 5 часов с момента заболевания с явными признаками прикрытой перфорации. В таком случае показано:
- А. Срочная операция
  - В. Отсрочка операции до полного исчезновения абдоминальной симптоматики
  - С. Отказ от операции
  - Д. Операция через 6 месяцев
  - Е. Принятие мер в зависимости от результатов наблюдения за состоянием больного
21. СМ. Какие из перечисленных мер в лечении послеоперационного пареза кишечника являются нерациональными?
- А. Гастроинтестинальная декомпрессия
  - В. Коррекция водно-электролитного баланса
  - С. Назначение адреномиметиков
  - Д. Назначение м-холиномиметиков и антихолинэстеразных препаратов
  - Е. Внутривенное назначение гипертонического раствора NaCl
22. СС. Расхождение швов ушитой язвы проще всего распознается:
- А. Осмотром и пальпацией живота
  - В. Обзорной рентгенографией живота
  - С. Лапароскопией
  - Д. Гастродуоденографией
  - Е. Ультрасонографией
23. СС. Из осложнений, возможных после операций, предпринятых по поводу прободной язвы, первое место по частоте занимают:
- А. Легочные осложнения
  - В. Внутривентральные абсцессы
  - С. Нарушение эвакуации из желудка
  - Д. Тромбоэмболические осложнения
  - Е. Нагноение операционной раны

24. СС. Какой из перечисленных ниже методов является ненужным в профилактике послеоперационных легочных осложнений?
- А. Дыхательная гимнастика
  - В. Ранняя активация больного в койке
  - С. Искусственная вентиляция лёгких с положительным давлением на выдохе
  - Д. Введение муколитических препаратов
  - Е. Пролонгированная перидуральная анестезия
25. СС. После ушивания перфоративной язвы желудка, послеоперационный период может осложниться образованием абсцесса:
- А. В поддиафрагмальной области
  - В. В подпечёночной области
  - С. Межкишечного
  - Д. В дуглассовом пространстве
  - Е. Все варианты возможны

***Правильные ответы. Прободная язва желудка***

**1 А; 2 D; 3 D; 4 В; 5 В; 6 Е; 7 А; 8 С; 9 D; 10 D; 11 D; 12 А;  
13 D; 14 ABCD; 15 ABC; 16 ABC; 17 ABCD; 18 А; 19 С; 20 А;  
21 CD; 22 D; 23 А; 24 С; 25 Е.**

### 3.24. ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ

1. СS. Главный проток поджелудочной железы в большинстве случаев:
  - A. Самостоятельно впадает в двенадцатиперстную кишку
  - B. Соединяясь с дополнительным протоком, впадает в двенадцатиперстную кишку
  - C. Соединяясь с общим жёлчным протоком, впадает в двенадцатиперстную кишку
  - D. Соединяясь с дополнительным протоком, впадает в желудок
  - E. Соединяясь с общим желчным протоком, впадает в тощую кишку
  
2. CM. Варианты слияния панкреатического протока с общим желчным протоком, имеющее значение в патогенезе острого панкреатита:
  - A. В 55–65% случаев впадение протоков происходит с образованием общей ампулы
  - B. В 12–26% случаев панкреатический проток впадает в холедох
  - C. В остальных случаях впадение протоков в кишку происходит раздельно с образованием БДС или без него
  - D. Варианты A и B правильны
  - E. Варианты A и C правильны
  
3. CS. За сутки поджелудочная железа вырабатывает панкреатический сок в объеме:
  - A. 10–15 миллилитров
  - B. 100–150 миллилитров
  - C. 200–250 миллилитров
  - D. 1000–1500 миллилитров
  - E. 5000–6000 миллилитров

4. CS. Укажите давление в главном протоке поджелудочной железы в норме:
- A. 300–500 мм водного столба
  - B. 250–450 мм водного столба
  - C. 100–150 мм водного столба
  - D. 50–100 мм водного столба
  - E. 700–800 мм водного столба
5. CS. Какие наиболее важные ферменты выделяет поджелудочная железа:
- A. Липазу, трипсин, хемотрипсин, амилазу
  - B. Фосфолипазу, редуктазу, трансаминазу
  - C. Ронидазу, хеMODEKTAзу, аминотрансферазу
  - D. Холинестеразу, щелочную фосфатазу, сорбитолдегидрогеназу
  - E. Лактатдегидрогеназу, альфа-глутамилтранспептидазу, ДНК-азу
6. CS. Поджелудочной железой в активной форме выделяются следующие ферменты:
- A. Трипсиноген и липаза
  - B. Трипсиноген и амилаза
  - C. Хемотрипсиноген и амилаза
  - D. Хемотрипсиноген и липаза
  - E. Ферменты амилаза и липаза
7. CS. Какой панкреатический фермент обладает наибольшей протеолитической, а следовательно и деструктивной активностью?
- A. Амилаза
  - B. Липаза
  - C. Трипсин
  - D. Эластаза
  - E. Карбоксипептидаза

8. CS. Какое сочетание факторов превалирует в этиопатогенезе острого панкреатита?
- A. Заболевания жёлчных путей и алкоголизм
  - B. Инфекции и опухоли
  - C. Травма и хирургические вмешательства
  - D. Метаболические и гемодинамические нарушения
  - E. Медикаментозные и токсические вещества
9. CS. Неверно, что боли при остром панкреатите:
- A. Начинаются внезапно
  - B. Интенсивны
  - C. Постоянны
  - D. Не поддаются действию наркотиков
  - E. Уменьшаются при определенных положениях тела
10. CS. Неправдоподобно, что болевая чувствительность при остром панкреатите зависит от:
- A. Растяжения капсулы, отёка и воспаления органа
  - B. Воспалительной экссудации и воздействия ферментов на парапанкреатическое и ретроперитонеальное пространство
  - C. Ферментативного перитонита
  - D. Обструкций и гипертензии панкреатических протоков
  - E. Снижении перфузии тканей при панкреатическом шоке
11. CS. Какой симптом из нижеперечисленных нехарактерен для острого панкреатита?
- A. Брадикардия
  - B. Снижение артериального давления
  - C. Высокая температура
  - D. Неукротимая рвота
  - E. Спутанное сознание
12. CS. Из признаков панкреатита наименее характерным является:
- A. Боли в животе

- В. Многократная рвота  
 С. Болезненность в эпигастральной области  
 D. Ригидность брюшных мышц  
 E. Ослабленные кишечные шумы
13. CS. Какое явление из перечисленных ниже наблюдается в раннем периоде острого панкреатита лишь в порядке исключения?  
 A. Поверхностное и судорожное дыхание  
 B. Хрипы в нижних отделах легких  
 C. Высокое стояние и ограниченная подвижность левого купола диафрагмы  
 D. Левосторонний плевральный выпот  
 E. Дыхательная недостаточность
14. CS. Важнейшей причиной гемодинамических нарушений при геморрагическом панкреонекрозе является:  
 A. Токсическое поражение миокарда  
 B. Токсическое поражение терминального сосудистого русла  
 C. Изменение реологических свойств крови  
 D. Нарушения в системе гемостаза  
 E. Гиповолемия
15. CS. Назовите форму острого панкреатита, для которой характерно распространение геморрагического экссудата в ретроперитонеальном пространстве с развитием ферментативной флегмоны:  
 A. Отёчный панкреатит  
 B. Холецисто-панкреатит  
 C. Геморрагический панкреатит  
 D. Гнойно-некротический панкреатит  
 E. Все ответы неверны
16. CS. Наиболее надежный из лабораторных тестов, используемых для диагностики острого панкреатита, состоит в определении в крови:  
 A. Панкреатической изоамилазы  
 B. Липазы  
 C. Панкреатической изоамилазы и липазы одновременно  
 D. Трипсина  
 E. Метгемоглобина
17. CS. Для устранения панкреатогенной токсемии не подходит:  
 A. Гемодилюция и форсированный диурез  
 B. Инфузия низкомолекулярного декстрана  
 C. Инфузия растворов поливинилпирролидона  
 D. Гемосорбция  
 E. Лимфосорбция
18. CS. В какой ситуации, из указанных ниже, диагноз острого панкреатита представляется несомненным?  
 A. Боли в животе и клинические признаки, прогрессирующие в сроки, превышающие 48 часов с начала атаки  
 B. Бактериемия в течение первых трех дней болезни  
 C. Умеренное повышение активности амилазы и липазы в раннем периоде атаки  
 D. Случаи, не отвечающие на стандартную терапию острого панкреатита  
 E. Участки пониженной плотности в железе, выявленные томоденситометрией, у больного с симптоматикой панкреатита
19. CS. Какой признак из указанных ниже специфичен для острого панкреатита?  
 A. Плевральный выпот  
 B. Высокое стояние купола диафрагмы и выпот в плевральных полостях  
 C. Дисковидные ателектазы

- D. Шоковое легкое
  - E. Ни один из них
20. СМ. Этиологические факторы, приводящие к возникновению острого панкреатита, следующие:
- A. Панкреатическая гиперсекреция
  - B. Панкреатическая протоковая гипертензия, спазм или отек БДС
  - C. Ишемия поджелудочной железы
  - D. Поражение поджелудочной железы экзо- или эндотоксинами бактериального или вирусного происхождения
  - E. Травма поджелудочной железы, в том числе оперативная
21. СС. К развитию панкреатической гипертензии могут привести:
- A. Камни желчного пузыря
  - B. Камень общего печеночного протока
  - C. Камень пузырного протока
  - D. Ущемленный камень большого дуоденального сосочка
  - E. Все вышеперечисленные причины
22. СС. Жировой панкреонекроз формируется в результате:
- A. Присоединения инфекции на фоне отека панкреатита
  - B. Активации и повреждающего действия липолитических ферментов
  - C. Активации и повреждающего действия протеолитических ферментов
  - D. Активации и повреждающего действия гликолитических ферментов
  - E. Инволюции мелкоочагового панкреонекроза

23. СС. Геморрагический панкреонекроз формируется в результате:
- A. Присоединения инфекции на фоне отека панкреатита
  - B. Активации и повреждающего действия липолитических ферментов
  - C. Активации и повреждающего действия протеолитических ферментов
  - D. Активации и повреждающего действия гликолитических ферментов
  - E. Инволюции мелкоочагового панкреонекроза
24. СС. При остром панкреатите наибольшее количество активированных панкреатических ферментов содержится:
- A. В артериальной крови
  - B. В венозной крови
  - C. В экссудате брюшной полости
  - D. В лимфе
  - E. В моче
25. СМ. Какие из следующих выражений о гиперамилаземии верны?
- A. Повышение амилаземии менее специфично, чем липаземии
  - B. Пищеварительные амилазы объясняют физиологическую амилазурию
  - C. Гиперамилаземия диссоциирована от гиперамилазурии
  - D. Показано определение изоэнзимов для исключения внепанкреатических источников амилазы
  - E. Гиперамилаземия может проявиться при холециститах без вовлечения в процесс поджелудочной железы
26. СМ. Развитие токсемии при остром панкреатите обуславливается всеми приведенными факторами:
- A. Попадание в крови и лимфу токсических полипептидов
  - B. Попадание в крови и лимфу панкреатических ферментов и биогенных аминов

- С. Попадание в крови и лимфу токсических липидов  
D. Активирование калликреин-кининовой системы и системы ферментативного фибролиза в крови  
E. Наличие высокого лейкоцитоза и лимфоцитопении
27. СМ. В патогенезе острого панкреатита основное значение имеет взаимоотношение патобиохимических и морфофункциональных процессов:  
A. Липолиз  
B. Амилоидоз  
C. Протеолиз  
D. Демаркационное воспаление с выраженными нарушениями микроциркуляции крови и лимфы  
E. Панкреатическая токсемия
28. СМ. Инфицирование очагов некроза поджелудочной железы при остром панкреатите происходит в результате:  
A. Бактериальной транслокации бактерий толстой кишки  
B. Лимфатического диссеминирования  
C. Заброса содержимого двенадцатиперстной кишки  
D. Кишечных свищей  
E. Неадекватного хирургического дренирования
29. СМ. Острый панкреатит клинически проявляется:  
A. Чувствительностью и напряжением мышц в эпигастральной области  
B. Воспалительным, чётко очерченным образованием в эпигастральной области  
C. Шок проявляется одновременно с волевическими нарушениями  
D. Шок является первоначальным проявлением заболевания  
E. Симптомы органной недостаточности являются проявлениями тяжёлой формы острого панкреатита

30. СС. Болезненность при пальпации в левом реберно-позвоночном углу при остром панкреатите носит название симптома:  
A. Воскресенского  
B. Мейо-Робсона  
C. Грюнвальда  
D. Мондора  
E. Грея-Тернера
31. СС. Болезненность и резистентность мышц в проекции поджелудочной железы при остром панкреатите носит название симптома:  
A. Мейо-Робсона  
B. Керте  
C. Грея-Тернера  
D. Мондора  
E. Воскресенского
32. СМ. Какие из нижеперечисленных симптомов появляются при остром панкреатите:  
A. Симптом Жоссефа  
B. Симптом Куллена  
C. Симптом Фокса  
D. Симптом Грея-Тернера  
E. Симптом Трансена
33. СС. Боли при остром панкреатите могут:  
A. Локализоваться в эпигастральной области  
B. Сочетаться с болями в эпигастральной области и в подреберьях  
C. Иррадиировать в спину  
D. Иметь опоясывающий характер  
E. Все ответы верны
34. СС. Рвота при остром панкреатите:  
A. Однократная



- В. Застойная
  - С. Многократная
  - Д. Каловая
  - Е. Поздняя
35. СС. Для острого панкреатита характерна:
- А. Брадикардия
  - В. Тахикардия
  - С. Аритмия
  - Д. Асистолия
  - Е. Всё вышеперечисленное верно
36. СС. Для отечной формы острого панкреатита характерно:
- А. Значительное повышение температуры тела
  - В. Сильные боли в животе
  - С. Частый жидкий стул
  - Д. Желтушность кожи и склер
  - Е. Недержание мочи
37. СС. При остром панкреатите возможно развитие:
- А. Абсцесса сальниковой сумки
  - В. Абсцесса поджелудочной железы
  - С. Флегмоны забрюшинной клетчатки
  - Д. Гнойного перитонита
  - Е. Всё вышеперечисленное верно
38. СМ. На тяжелое развитие острого панкреатита указывает следующее:
- А. Признаки моно- или полиорганной недостаточности
  - В. Раннее появление геморрагического перитонеального экссудата
  - С. Нарушение углеводного обмена (гипогликемия)
  - Д. Гипокальциемия, гемолиз или липогликемия *in vitro* с гиперкальциемией и гипокалиемией

39. СС. Желтуха при остром панкреатите может быть обусловлена:
- А. Сдавлением холедоха тканью поджелудочной железы
  - В. Панкреатогенным гепатитом
  - С. Ущемлённым камнем большого дуоденального сосочка
  - Д. Опухолью большого дуоденального сосочка
  - Е. Всё вышеперечисленное верно
40. СМ. Для течения жирового панкреонекроза характерно всё перечисленное:
- А. Образование постнекротического инфильтрата в эпигастральной области и левом подреберье
  - В. Изолированный пневматоз поперечно-ободочной кишки
  - С. Наличие в большом количестве геморрагической жидкости в брюшной полости
  - Д. Положительный симптом Воскресенского
  - Е. Вовлечение в воспалительный процесс крупных брыжеечных и сальниковых сосудов
41. СМ. Для острого деструктивного панкреатита (панкреонекроза) характерно:
- А. Возникает у 5–27% больных
  - В. Увеличение интенсивности боли, появление симптомов раздражения брюшины, несмотря на проведенное консервативное лечение
  - С. Усиление признаков эндотоксикоза с возникновением коллапса, шока, галлюцинаций, олигурии, увеличение количества лейкоцитов  $(15 - 25) \cdot 10^9$
  - Д. Снижение активности амилазы в крови и в моче, гипергликемия, гипокальциемия
  - Е. Увеличение активности амилазы в крови
42. СМ. Варианты развития перипанкреатического инфильтрата:
- А. Рассасывание чаще при мелкоочаговом панкреонекрозе
  - В. Асептическая секвестрация с образованием псевдокисты

- C. Септическая секвестрация или нагноение очагов некроза  
D. Варианты А и В верны  
E. Варианты А и С верны
43. СS. Форму острого панкреатита можно установить при:  
A. Гастродуоденоскопии  
B. Обзорной рентгенографии органов брюшной полости  
C. Лапароскопии  
D. Ирригоскопии  
E. Всё вышеперечисленное верно
44. СS. За эволюцией местных изменений при остром панкреатите лучше всего следить с помощью:  
A. Обзорной рентгенографии живота  
B. Контрастных исследований желудочно-кишечного тракта  
C. Ультрасонографии  
D. Компьютерной томографии  
E. Лапароскопии
45. СS. Какой из нижеперечисленных хирургических способов, используемый в раннем периоде после острой атаки панкреатита, снижает вероятность возникновения септических осложнений в дальнейшем?  
A. Оперативный или чрезкожный перитонеальный лаваж  
B. Хирургическая обработка с удалением девитализированных тканей, дренирование перипанкреатических скоплений жидкости  
C. Расширенная резекция железы в сочетании с билиарной декомпрессией и гастро- или еюностомией  
D. Холецистэктомия, гастростомия, еюностомия, дренирование полости малого сальника с постоянной аспирацией  
E. Ни один из них
46. СS. Что из перечисленного ниже не подходит в качестве средства для уменьшения секреторной активности поджелудочной железы при остром панкреатите?  
A. Голодание  
B. Постоянная назожелудочная аспирация  
C. Антихолинэстеразные препараты  
D. Антихолинергические медикаментозные средства  
E. Антиметаболиты
47. СМ. Показаниями к ранней операции при остром панкреатите являются:  
A. Ухудшение состояния несмотря на энергичную медикаментозную терапию  
B. Диагноз панкреатита сомнителен  
C. Желчный перитонит  
D. Непроходимость желчных путей
48. СS. В какой ситуации обзорная рентгенограмма живота обязательна?  
A. Если острый панкреатит предполагается  
B. В случаях холецисто-панкреатита  
C. Когда атаки панкреатита фигурируют в анамнезе  
D. Если в эпигастральной области определяется инфильтрат  
E. Во всех вышеперечисленных случаях
49. СS. К рентгенологическим признакам острого панкреатита не относятся:  
A. „Развернутая подкова” двенадцатиперстной кишки  
B. Отек слизистой 12-перстной кишки и Фатерова соска  
C. Множественные уровни жидкости в расширенных петлях тонкой кишки при отсутствии газа в толстой кишке  
D. Одно- или двустороннее высокое стояние купола диафрагмы и выпот в плевральных полостях  
E. Матовые изображения на обзорных рентгенограммах живота

50. CS. Из признаков, обнаруживаемых рентгеновским исследованием живота, патогномичным для острого панкреатита является:
- A. „Сторожевая” петля тонкой кишки
  - B. Парез кишечника
  - C. Панкреатическая киста с обызвествленными стенками
  - D. Холедохолитиаз
  - E. Ни один из них
51. CM. Следующие лабораторные данные подтверждают этиологический диагноз острого панкреатита:
- A. Панкреатические ферменты в сыворотке меньше при алкоголических панкреатитах
  - B. Соотношение клиренса амилазы и креатинина при остром панкреатите составляет 6–8,9
  - C. Соотношение липаза/амилаза выше при остром панкреатите
  - D. Аспартатаминотрансфераза > 60 у 80% пациентов с острым билиарным панкреатитом
  - E. Билирубинемия > 3 mg/dl при остром билиарном панкреатите
52. CS. Эзофагогастродуоденоскопия у больных с острым панкреатитом позволяет:
- A. Диагностировать острый панкреатит
  - B. Уточнить локализацию некроза в поджелудочной железе
  - C. Уточнить распространенность панкреонекроза
  - D. Определить форму острого панкреатита
  - E. Оценить состояние большого дуоденального сосочка
53. CS. Ультразвуковое исследование при остром панкреатите позволяет:
- A. Выявить локализацию некроза
  - B. Выявить патологические объемные образования поджелудочной железы

- C. Диагностировать желчно-каменную болезнь
  - D. Диагностировать сопутствующее воспаление желчного пузыря
  - E. Всё вышеперечисленное верно
54. CM. К прямым ультразвуковым признакам острого панкреатита относятся:
- A. Увеличение размеров поджелудочной железы
  - B. Нарушение контуров и изменение структуры паренхимы
  - C. Признаки гемостаза и пареза кишечника
  - D. Изменение главного панкреатического протока
  - E. Появление экссудата в сальниковой сумке
55. CS. При лапароскопии для диагностики острого панкреатита применяют:
- A. Осмотр органов брюшной полости
  - B. Забор экссудата из брюшной полости с целью его исследования
  - C. Инструментальную „пальпацию” поджелудочной железы
  - D. Сравнительную термометрию зоны поджелудочной железы
  - E. Всё вышеперечисленное верно
56. CM. Прямыми признаками лапароскопической диагностики являются:
- A. Бляшки стеатонекроза на брюшине и сальнике, геморрагический выпот
  - B. Отечность сальника, брыжейки, кишечника
  - C. Гиперемия и имбибиция брюшины
  - D. Парез желудка и поперечно-ободочной кишки
  - E. Застойный желчный пузырь
57. CM. При остром панкреатите следующие высказывания о компьютерной томографии верны:
- A. Определяет окончательный диагноз острого панкреатита и его осложнений

- В. Больной не подвержен облучению  
С. Можно точно разграничить железу и местные осложнения  
D. Не используя контрастные вещества, можно точно дифференцировать лёгкую форму острого панкреатита от тяжёлой  
E. Обычно используется для установления диагноза
58. СМ. При остром панкреатите верны следующие высказывания об эндоскопической ретроградной панкреатохолангиографии (ЭРПХГ):  
A. Используется в первые 48–72 часа  
B. Предоставляет данные для этиологического диагноза острого панкреатита при жёлчнокаменной болезни  
C. ЭРПХГ при желчно-каменной болезни не улучшает течение острого билиарного панкреатита  
D. ЭРПХГ важна для дренирования жёлчных путей при холангите в сочетании с острым билиарным панкреатитом  
E. Может быть дополнена эндоскопической папилосфинктеротомией
59. СS. Для оценки тяжести состояния больных с острым панкреатитом используются следующие системы прогноза исхода заболевания:  
A. Система Рансон  
B. Система АРАСНЕ  
C. Система Child  
D. Система Борман  
E. Система Глазгов
60. СS. Выберите правильные ответы системы Ронсон, которые характеризуют тяжесть течения острого панкреатита:  
A. При острых доброкачественных панкреатитах (< 3)  
B. При острых панкреатитах с риском осложнений (3–5)  
C. При острых панкреатитах тяжёлого течения (>5)  
D. При острых панкреатитах со смертностью в 100% (>7)  
E. Все ответы верны

61. СМ. Закрытый метод лечения ферментативного панкреатогенного перитонита предпочтителен потому что:  
A. Не нарушается первичная асептичность процесса  
B. Эвакуация экссудата не встречает каких-либо трудностей  
C. Можно создать высокую концентрацию ингибиторов протеаз в тканях поджелудочной железы, забрюшинной клетчатке и печени  
D. Предупреждается возникновение поздних осложнений в виде септических очагов в поджелудочной железе и парапанкреатической клетчатке
62. СМ. Общеизвестно, что передний чрезбрюшинный доступ наилучшим образом подходит для вскрытия панкреатических абсцессов. Какие доводы в его пользу можно считать обоснованными?  
A. Доступ технически прост  
B. Позволяет выполнить широкую ревизию брюшной полости  
C. Допускает выбор оптимальных способов дренирования  
D. Облегчает наложение еюностомы для энтерального питания
63. СS. Помимо прорыва и распространения за пределы первичной локализации панкреатические абсцессы могут привести и к другим осложнениям, из которых наиболее часты:  
A. Осложнения со стороны сердца  
B. Сосудистые  
C. Дыхательные  
D. Со стороны желудочно-кишечного тракта  
E. Почечные
64. СS. Из нижеперечисленных способов раннего хирургического лечения острого панкреатита, предложенных с расчетом на уменьшение числа осложнений и улучшение исходов болезни, который подходит для достижения этих целей?  
A. Вмешательства на желчных путях

- В. Перитонеальный лаваж
  - С. Лапаротомия с дренированием ложа железы
  - Д. Резекция поджелудочной железы
  - Е. Ни один из них
65. CS. Дифференциальный диагноз между острой и хронической псевдокистой важен для выбора момента для операции. Через какое время после образования ложной панкреатической кисты хирургическое вмешательство считается допустимым?
- А. Через 3 недели
  - В. Через 4–6 недель
  - С. Через 3 месяца
  - Д. Через 6 месяцев
  - Е. Через 9 месяцев
66. CS. Неотложный лечебный комплекс при остром панкреатите должен обеспечить всё перечисленное, кроме:
- А. Купирования болевого синдрома
  - В. Снятия спазма сфинктера Одди
  - С. Ускорения секвестрации тканей поджелудочной железы
  - Д. Уменьшения секреторной активности и отека поджелудочной железы
  - Е. Инактивизации протеаз в крови и детоксикации
67. CS. Снижению секреции экзоферментов поджелудочной железы способствует:
- А. Антибактериальная терапия
  - В. Инфузионная терапия
  - С. Восполнение объема циркулирующей крови
  - Д. Назначение цитостатиков
  - Е. Всё вышеперечисленное верно
68. CS. Ингибиторы протеаз:
- А. Тормозят протеолитическую активность ферментов поджелудочной железы

- В. Блокируют аутокаталическое активирование трипсиногена в поджелудочной железе
  - С. Тормозят процессы кининогенеза и фибринолиза в крови
  - Д. Купируют процессы кининообразования
  - Е. Всё вышеперечисленное
69. CS. Срочное оперативное лечение при остром панкреатите показано:
- А. При абсцессе сальниковой сумки
  - В. При гнойном перитоните
  - С. При развитии забрюшинной флегмоны
  - Д. При неэффективности консервативной терапии
  - Е. Всё вышеперечисленное верно
70. CM. В зависимости от периода и фазы развития патологического процесса в поджелудочной железе, особенностей его течения и развивающихся местных осложнений, оперативные вмешательства делятся на:
- А. Ранние вмешательства (первые часы и дни заболевания)
  - В. Операции в фазе расплавления и секвестрации некротических очагов поджелудочной железы – 7–10–14 день и позже
  - С. Поздние (отсроченные) операции, через 2–3 недели от начала заболевания
  - Д. Экстренные операции
  - Е. Все ответы правильные
71. CM. Панкреатит в ряде случаев под влиянием консервативного лечения полностью не разрешается и попытки возобновить питание естественным путем приводит к рецидиву болей, лихорадки и амилаземии. Причинами такого явления могут служить:
- А. Желчный камень
  - В. Ложная киста
  - С. Обструкция панкреатического протока
  - Д. Инфекция

72. CS. К принципам лечения острого панкреатита не относится:
- A. Применение средств, обеспечивающих функциональный покой железы
  - B. Антиферментная терапия и детоксикация
  - C. Анальгезия
  - D. Поддержание циркуляции и функции почек
  - E. Безотлагательное оперативное вмешательство после устранения явлений панкреатического шока
73. CM. Осложнения после хирургического дренирования панкреатического абсцесса доходит до 93% и более. Среди них особенно опасны:
- A. Продолжающийся сепсис
  - B. Панкреатические и кишечные свищи
  - C. Кровотечения
  - D. Плевральный выпот и пневмониты
74. CM. Что из перечисленного ниже пригодно для лечения острого панкреатита, осложненного ферментативным перитонитом:
- A. Антибиотики
  - B. Назо-желудочная аспирация и экстракорпоральная детоксикация
  - C. Антиферменты и цитостатические препараты
  - D. Хирургическое вмешательство
75. CS. Из указанных ниже принципов лечения острого панкреатита спорным представляется применение ингибиторов протеаз:
- A. Снижение функциональной активности железы
  - B. Дезинтоксикация
  - C. Восстановление водно-электролитного баланса
  - D. Своевременное выявление и лечение осложнений

76. CS. Среди ранних осложнений острого панкреатита наиболее частым является:
- A. Шок
  - B. Легочные осложнения
  - C. Панкреатогенный перитонит
  - D. Кровотечения из острых язв желудка
  - E. Билиарная обструкция
77. CS. Ниже следует ряд утверждений, касающихся гнойных осложнений острого панкреатита. Какое из них неверное?
- A. Первые клинические признаки появляются через 1–4 недели от начала болезни
  - B. Сопровождаются выраженной гнойно-резорбтивной лихорадкой
  - C. Локальная симптоматика нередко бывает скудной или скрадывается общими симптомами интоксикации
  - D. Картина крови у большинства больных характерна для септического процесса
  - E. Своевременное дренирование септических очагов гарантирует выздоровление в большинстве случаев
78. CS. На вопрос о возможных направлениях прорыва панкреатических абсцессов наиболее точным является ответ:
- A. Наружу
  - B. В свободную брюшную полость
  - C. В органы пищеварения
  - D. В структуры дыхательного аппарата
  - E. Возможен любой из перечисленных вариантов прорыва
79. CS. Какие источники инфицирования наименее вероятны при остром панкреатите?
- A. Отдалённые гнойные очаги
  - B. Двенадцатиперстная кишка
  - C. Тонкий кишечник

- D. Толстый кишечник
  - E. Жёлчные пути
80. CS. В какие из нижеперечисленных анатомических областей гнойные затёки при осложненном панкреонекрозе реже поражаются?
- A. Поддиафрагмальное пространство слева
  - B. Паранефральная клетчатка
  - C. Клетчатка параколона
  - D. Корень брыжейки тонкого и толстого кишечника и сигмы
  - E. Подвздошная область
81. При хирургическом лечении острого панкреатита применяют:
- A. Дренирование сальниковой сумки
  - B. Абдоминализацию поджелудочной железы
  - C. Оментопанкреатопексию
  - D. Некрсеквестрэктомию
  - E. Всё перечисленное верно
82. CM. Абдоминализация поджелудочной железы, производимая при остром панкреатите, способствует всему указанному, кроме:
- A. Ограничения патологического процесса брюшной полости
  - B. Прекращению поступления ферментов и продуктов распада в забрюшинное пространство
  - C. Прекращения поступления ферментов и продуктов распада в брыжейку толстой и тонкой кишки
  - D. Улучшения кровоснабжения железы
  - E. Уменьшения активности протеолитических ферментов
83. CM. К наиболее часто встречаемым осложнениям острого панкреатита относится:
- A. Абсцесс поджелудочной железы или сальниковой сумки
  - B. Абсцесс забрюшинных клеточных пространств и брюшной полости

- C. Флегмоны забрюшинной клетчатки, большого сальника и средостения
  - D. Перитонит
  - E. Септический эндокардит
84. CM. Следующие высказывания о поджелудочном секвестре верны:
- A. Образуется за счёт разграничения поджелудочных и параподжелудочных очагов некроза
  - B. Является жидкостным образованием
  - C. Диагноз устанавливается радиологическими методами
  - D. Диагноз устанавливается на основании томоденситометрии
  - E. Ретроградная вирсунгография контрастирует сообщение с поджелудочным секвестром
85. CS. Острый панкреатит может сопровождаться развитием:
- A. Внутренних свищей поджелудочной железы
  - B. Наружных свищей поджелудочной железы
  - C. Эрозивных кровотечений
  - D. Тромбоза селезеночной или воротной вен
  - E. Всё перечисленное верно
86. CM. О поджелудочном абсцессе при остром панкреатите верны следующие выражения:
- A. Проявляется общим септическим синдромом
  - B. Пальпаторно определяется образование с чёткими контурами
  - C. Под контролем ультрасонографии и компьютерной томографии производят пункцию-аспирацию
  - D. Клиника подтверждается УЗИ и компьютерной томографии
  - E. Клинически проявляется на второй неделе заболевания
87. CS. Развитие флегмоны забрюшинной клетчатки при остром панкреатите сопровождается:
- A. Появлением рвоты

- В. Увеличением цифр амилазы крови и мочи
  - С. Отечностью подкожной клетчатки в поясничной области
  - Д. Нормализацией температурной реакции
  - Е. Всё перечисленное верно
88. СМ. Что из перечисленного ниже должно быть использовано для диагностики панкреатического абсцесса?
- А. Наблюдение за развитием болезни
  - В. Посевы крови
  - С. Обзорная рентгенография живота
  - Д. Компьютерная томография
  - Е. Варианты А и D верны
89. СМ. Чем проявляется образование псевдокист при остром панкреатите?
- А. Болевым синдромом
  - В. Температурной реакцией
  - С. Локальной симптоматикой
  - Д. Токсикозом
90. СС. Чем объясняется образование ложной кисты при остром панкреатите?
- А. Скоплением воспалительного экссудата в полости малого сальника
  - В. Инволюцией панкреатической флегмоны
  - С. Окклюзией панкреатических протоков белковыми частицами и фиброзной тканью
  - Д. Протоковой деструкцией
91. СС. В отдаленном периоде болезни острого панкреатита может быть все указанное, кроме:
- А. Образования ложной кисты, свищей
  - В. Развития хронического панкреатита
  - С. Появления сахарного диабета

- Д. Развития фиброзной кисты железы
  - Е. Возникновения инсуломы
92. СМ. Для болей при остром панкреатите характерно:
- А. Внезапное начало
  - В. Локализация в эпигастральной области
  - С. Иррадиация в поясницу
  - Д. Схваткообразный характер
  - Е. Не сочетаются с рвотой и тошнотой
93. СС. К явлениям характерным для геморрагического панкреонекроза не относится:
- А. Быстрое прогрессирующее течение
  - В. Токсикоз
  - С. Нормоволемия
  - Д. Асептический перитонит
  - Е. Забрюшинная флегмона
94. СМ. К принципам лечения острого панкреатита относится:
- А. Применение средств, обеспечивающих функциональный покой железы
  - В. Антиферментная терапия и детоксикация
  - С. Аналгезия
  - Д. Поддержание циркуляции и функции почек
  - Е. Безотлагательное оперативное вмешательство после устранения явлений панкреатического шока
95. СС. Ранения поджелудочной железы с повреждением главного панкреатического протока распознаются до операции:
- А. Повторными определениями уровня амилазы в крови
  - В. Сканированием поджелудочной железы
  - С. Компьютерной томографией
  - Д. Ретроградной холангиопанкреатографией
  - Е. Ультрасонографией



96. CS. Следующие находки во время лапаротомии заставляют думать о возможном ранении поджелудочной железы, за исключением:
- A. Забрюшинных гематом в верхней части живота
  - B. Перипанкреатической гематомы
  - C. Участков железы с тестовой консистенцией
  - D. Геморрагический выпот, содержащий панкреатические ферменты
97. CS. Полноценная ревизия поджелудочной железы предполагает следующие моменты, за исключением:
- A. Мобилизации двенадцатиперстной кишки по Кохеру
  - B. Рассечения желудочно-ободочной связки
  - C. Мобилизации селезёнки вместе с хвостом железы
  - D. Пересечения печёчно-желудочной связки
  - E. Пересечения круглой связки печени
98. CS. При ранениях поджелудочной железы с разрывом капсулы и паренхимы, но не затрагивающие главный панкреатический проток, необходимо осуществить следующие мероприятия, за исключением:
- A. Обработки раны
  - B. Остановки кровотечения
  - C. Швы на капсулу
  - D. Декомпрессии жёлчных путей
  - E. Дренирования брюшной полости
99. CS. При повреждениях поджелудочной железы с вовлечением главной протоковой системы дистальная резекция считается способом выбора, за исключением:
- A. Повреждения шейки
  - B. Повреждения тела
  - C. Повреждения хвоста

- D. Повреждения расположенного правее верхних брыжеечных сосудов
  - E. Повреждения тела и хвоста
100. CS. У больного с тупой травмой живота во время ревизии найден полный поперечный разрыв поджелудочной железы правее мезентериальных сосудов. Операцией выбора в таком случае является:
- A. Дистальная панкреатэктомия
  - B. Закрытие проксимального конца железы наглухо, дистальная панкреато-еюностомия
  - C. Двойная панкреато-еюностомия
  - D. Передняя панкреато-еюностомия
  - E. Восстановление панкреатического протока анастомозом
101. CS. Из осложнений возможных после хирургических вмешательств, предпринимаемых по поводу ранений поджелудочной железы, наиболее частым является:
- A. Абсцесс
  - B. Псевдокиста
  - C. Дуоденальный свищ
  - D. Панкреатический свищ
  - E. Кровотечение
102. CS. Укажите наиболее информативный метод диагностики повреждения поджелудочной железы в первые часы после травмы:
- A. Ангиография
  - B. Обзорное рентгенологическое обследование
  - C. Компьютерная томография
  - D. Ультразвуковое исследование
  - E. Лапароскопия

103. CS. Какая цель наиболее важна в лечении больного с острым отёчным панкреатитом?
- Устранение боли
  - Дезинтоксикация организма
  - Снятие спазма Фатерова сосочка
  - Улучшение реологических свойств крови
  - Подавление секреторной активности поджелудочной железы, инактивация циркулирующих ферментов и коррекция волевических нарушений
104. CS. Укажите клинический признак, отмечаемый в первые сутки развития острого панкреатита, который наиболее достоверно свидетельствует о неблагоприятном исходе заболевания:
- Нестихаемая боль, иррадирующая в спину
  - Повышение температуры тела более 38°C
  - Пульс более 100 ударов в минуту
  - Снижение артериального давления менее 100/60 мм рт.ст.
  - Частота дыхания более 25 в минуту
105. CS. Укажите клинический признак, отмечаемый на 7-й сутки развития острого панкреатита, который наиболее достоверно свидетельствует о деструкции поджелудочной железы:
- Нестихаемая боль, иррадирующая в спину
  - Повышение температуры тела более 38°C
  - Застойные явления в желудке, снижение перистальтики
  - Наличие панкреатогенного инфильтрата в эпигастральной области, артериального давления менее 100/60 мм. рт. ст.
  - Снижение суточного диуреза ниже 100 ml
106. CS. Какая наиболее оптимальная операция должна выполняться при выявлении во время операции отёчной формы острого панкреатита?
- Лапаротомия, дренирование сальниковой сумки

- Лапаротомия, оментопанкреатопексия
- Лапаротомия, абдоменизация поджелудочной железы
- Лапаротомия, холецистэктомия, наружное дренирование холедоха, некр- и секвестрэктомия
- Резекция поджелудочной железы

#### **Правильные ответы. Острый панкреатит**

1 C; 2 ABC; 3 D; 4 A; 5 A; 6 E; 7 D; 8 A; 9 E; 10 E; 11 A; 12 D; 13 E; 14 B; 15 C; 16 C; 17 B; 18 E; 19 E; 20 BCDE; 21 D; 22 B; 23 C; 24 C; 25 ACDE; 26 ABCD; 27 ACDE; 28 ADE; 29 ACE; 30 B; 31 B; 32 BD; 33 E; 34 C; 35 B; 36 B; 37 E; 38 ABCD; 39 E; 40 ABDE; 41 ABCD; 42 ABC; 43 C; 44 D; 45 E; 46 C; 47 ABCD; 48 E; 49 C; 50 E; 51 ACDE; 52 E; 53 E; 54 ABD; 55 E; 56 ABC; 57 ACE; 58 ABD; 59 A; 60 E; 61 ABC; 62 ABC; 63 C; 64 E; 65 B; 66 C; 67 D; 68 E; 69 E; 70 ABC; 71 ABC; 72 E; 73 AC; 74 ABC; 75 A; 76 B; 77 E; 78 E; 79 A; 80 E; 81 E; 82 ABCD; 83 ABCD; 84 AD; 85 E; 86 ACE; 87 C; 88 ABCD; 89 ABC; 90 D; 91 E; 92 ABCD; 93 C; 94 ABCD; 95 D; 96 D; 97 E; 98 D; 99 D; 100 B; 101 D; 102 C; 103 E; 104 E; 105 B; 106 A.

### 3.25. ИНФАРКТ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНЫХ СОСУДОВ

1. CS. Одной из наиболее частых причин энтеромезентериального инфаркта является:
  - A. Обструкция артерий посредством эмбола или тромба
  - B. Тромбоз мезентериальных вен
  - C. Сдавление извне мезентериальных сосудов
  - D. Сердечная недостаточность, аритмия, гиповолемия
  - E. Травмы мезентериальных сосудов
2. CS. Основным источником артериальных эмболий является:
  - A. Тромбоз глубоких вен нижних конечностей
  - B. Патологические процессы в левом сердце
  - C. Операции на сердце и магистральных сосудов
  - D. Язвенный аортальный атероматоз
  - E. Аневризма аорты
3. CS. Спонтанной отслойке и фрагментации первичного тромба могут способствовать следующие факторы, за исключением:
  - A. Изменения силы и ритма сердечных сокращений
  - B. Изменения артериального давления
  - C. Физической и психической перегрузке
  - D. Аутолиза тромботических масс
  - E. Применения антикоагулянтов
4. CS. Относительно более высокой частотой, эмболии верхней брыжеечной артерии в сравнении с нижней брыжеечной артерией не находятся в зависимости от:
  - A. Топографии сосуда
  - B. Калибра сосуда
  - C. Угла отхождения от аорты
  - D. Атеросклеротического изменения сосуда
  - E. Ничего из вышеперечисленного

5. CS. Ишемия всего тонкого кишечника и начального отдела слепой кишки происходит вследствие обструкции:
  - A. Верхней брыжеечной артерии – сегмент I
  - B. Верхней брыжеечной артерии – сегмент II
  - C. Подвздошно-толстокишечной артерии
  - D. Толстокишечной артерии
  - E. Нижней брыжеечной артерии
6. CS. Органические изменения, вследствие различных патологических процессов являются основой для развития тромбоза верхней брыжеечной артерии. Чаще всего этой патологии является:
  - A. Облитерирующий тромбангиит
  - B. Атеросклероз
  - C. Узловой периартериит
  - D. Неспецифический аорто-артериит
  - E. Фибромускулярная гиперплазия
7. CS. При какой патологии аорты закупорка верхней и нижней брыжеечной артерии может происходить одновременно?
  - A. Атеросклероз
  - B. Неспецифический артериит
  - C. Расслаивающая аневризма
  - D. Тромбоз
  - E. Эмболия бифуркации аорты
8. CS. Все нижеперечисленные факторы могут способствовать необструктивным нарушениям циркуляции мезентериальных сосудов, за исключением:
  - A. Сердечной недостаточности
  - B. Аритмии
  - C. Гиповолемии
  - D. Адrenomиметики
  - E. Сердечных гликозид

9. CS. Какое из утверждений относительно обструкции верхней брыжесочной артерии посредством эмбола или тромба является неверным?
- A. В основном встречается у людей старше 50 лет
  - B. Встречается у женщин с избыточным весом
  - C. Встречается чаще при наличии признаков генерализованного атеросклероза
  - D. Может наступить на фоне хронической кишечной ишемии
  - E. Основным источником эмболии считается левое сердце
10. CS. Не кажется вероятным, что начало мезентериальной обструкции может быть:
- A. Острым
  - B. Постепенным
  - C. В два этапа
  - D. С рецидивирующей продромой
  - E. Без болевого синдрома
11. CS. В раннюю стадию острых нарушений мезентериального кровообращения не вписываются:
- A. Тяжелое общее состояние
  - B. Сильная боль в животе
  - C. Рвота
  - D. Признаки перитонеального раздражения
  - E. Нарушения кишечного транзита
12. CS. Выраженный болевой синдром встречается:
- A. В стадии ишемии
  - B. В стадии инфаркта
  - C. В стадии перитонита
13. CS. Рвота кишечным содержимым встречается при:
- A. Ишемии
  - B. Стадии инфаркта
  - C. Стадии перитонита

14. CS. Мышечная контрактура встречается при:
- A. Стадии ишемии
  - B. Стадии инфаркта
  - C. Стадии перитонита
15. CS. Стул и выделение газов, иногда понос, встречаются при:
- A. Стадии ишемии
  - B. Стадии инфаркта
  - C. Стадии перитонита
16. CS. Тенезмы, кровянистый стул встречаются при:
- A. Стадии ишемии
  - B. Стадии инфаркта
  - C. Стадии перитонита
17. CS. Из методов диагностики энтеромезентериального инфаркта наиболее информативным является:
- A. Селективная ангиография
  - B. Обзорная рентгенография живота
  - C. Компьютерная томография
  - D. Лапароскопия
  - E. Лабораторные данные
18. CS. Клиническая картина венозного тромбоза отличается от артериального, однако один из признаков встречается в обоих случаях. Назовите его:
- A. Продром (предвестник)
  - B. Болевой синдром
  - C. Метеоризм
  - D. Кровянистый понос
  - E. Повышенный гематокрит, гиперлейкоцитоз

19. CS. Частота первичных тромбозов (идеопатических) мезентериальных вен при инфаркте равняется:
- A. 3%
  - B. 5%
  - C. 15%
  - D. 25%
  - E. 40%
20. CS. К идеопатическим (первичным) тромбозам мезентериальных вен относятся те, которые появились:
- A. По неизвестным причинам
  - B. На фоне инфекции
  - C. Как следствие гиперкоагуляции
  - D. Вследствие местного венозного застоя
  - E. Вследствие травмы
21. CS. Какой из методов хирургического лечения показан при обструкции верхней брыжеечной артерии?
- A. Эмболия и тромболэктомия, тромболэндартерэктомия
  - B. Обходной анастомоз
  - C. Дезоблитерация с резекцией кишечника
  - D. Резекция кишечника
  - E. Объем операции определяется во время операции
22. CS. Основной терапией венозного тромбоза является:
- A. Натуральные антикоагулянты
  - B. Фибринолитики
  - C. Дезагреганты
  - D. Микромолекулярные декстраны
  - E. Хирургические методы
23. CS. В послеоперационном периоде при мезентериальной закупорке наиболее проблематичными являются:
- A. Гемодинамика

- B. Функция внешнего дыхания
  - C. Водно-солевой баланс
  - D. Циркуляция в кишечной стенке
  - E. Функция почек
24. CS. Опасность распространения ишемии в послеоперационном периоде может быть установлена точно и в нужный момент, определяя:
- A. Эволюцию общего состояния
  - B. Характер лейкоцитарной реакции
  - C. Уровень билирубина в крови
  - D. Функциональное состояние почек
  - E. Данные релапаротомии
25. CS. Острая ишемия тонкого кишечника по отношению к толстому кишечнику составляет:
- A.  $\frac{5}{1}$
  - B.  $\frac{10}{1}$
  - C.  $\frac{15}{1}$
  - D.  $\frac{20}{1}$
  - E.  $\frac{25}{1}$
26. CM. Каковы обычные причины энтеромезентериального инфаркта?
- A. Обструкция чревного ствола
  - B. Эмболия и тромбоз верхней брыжеечной артерии
  - C. Тромбоз верхней брыжеечной вены
  - D. Обструкция нижней брыжеечной артерии
  - E. Пониженный сердечный выброс и длительная гипотония
27. CM. Энтеромезентериальный инфаркт начинается с:
- A. Сильной периабдоминальной болью
  - B. Рвотой
  - C. Сильными перистальтическими шумами

- D. Признаками раздражения брюшины  
E. Гиповолемическим шоком
28. СМ. Проявления хронической ишемии кишечника могут быть в виде:  
A. Анорексии  
B. Болей после принятия пищи  
C. Скрытого кишечного кровотечения  
D. Поноса  
E. Потери веса
29. СS. Какое лечение чаще всего применяется при энтеромезентериальном инфаркте?  
A. Полная гипаринизация  
B. Применение сосудорасширяющих средств  
C. Фибринолитики интраартериально  
D. Резекция кишечника  
E. Реваскуляризация кишечника
30. СМ. Для предоперационной подготовки при энтеромезентериальном инфаркте необходимы:  
A. Электролитные, коллоидные и белковые растворы  
B. Антибиотики  
C. Антикоагулянты  
D. Растворы бикарбоната натрия  
E. Бета-адреномиметики
31. СМ. Энтеромезентериальный инфаркт венозного происхождения указывает на некоторые особенности, среди которых:  
A. Продром  
B. Постепенное начало  
C. Кровянистый понос  
D. Выраженный лейкоцитоз и повышенный гематокрит  
E. Медленное течение

32. СМ. Какие факторы по Вашему мнению могут способствовать тромбозу мезентериальных вен с инфарктом кишечника?  
A. Острый аппендицит  
B. Дефицит антитромбина III  
C. Цирроз печени  
D. Травмы живота  
E. Флебит мезентериальных вен
33. СS. Какой метод позволяет точно определить жизнеспособность кишечника после восстановления проходимости сосудов при энтеромезентериальном инфаркте?  
A. Пальпация и визуальное исследование  
B. Допплер-флюксометрия  
C. Проба с флюорисцентом  
D. Исследование second-look

**Правильные ответы. Инфаркт мезентериальных сосудов**

1 A; 2 B; 3 E; 4 D; 5 A; 6 B; 7 C; 8 D; 9 B; 10 E; 11 D; 12 A;  
13 B; 14 C; 15 A; 16 B; 17 A; 18 B; 19 D; 20 A; 21 E; 22 E; 23 D;  
24 E; 25 B; 26 BCE; 27 ABC; 28 BE; 29 D; 30 ABCDE; 31 ABCD;  
32 ABCDE; 33 D.

### 3.26. ПЕРИТОНИТЫ

1. СС. Границей между этажами брюшной полости считается:
  - А. Горизонтальная плоскость, проведенная через верхние подвздошные ости
  - В. Горизонтальная плоскость, проведенная через нижний край реберных дуг
  - С. Поперечно-ободочная кишка и ее брыжейка
  - Д. Брыжейка терминального отдела подвздошной кишки
  - Е. Апертура малого таза
2. СС. Правый латеральный канал это:
  - А. Вся правая половина брюшной полости
  - В. Просвет восходящей ободочной кишки
  - С. Пространство между восходящей ободочной кишки и боковой стенки живота
  - Д. Пространство между брыжейками восходящей и поперечной ободочной кишки
  - Е. Все отделы брюшной полости справа от нисходящей ободочной кишки
3. СС. Передней стенкой сальниковой сумки является:
  - А. Большой сальник
  - В. Брыжейка поперечно-ободочной кишки
  - С. Передняя брюшная стенка
  - Д. Задняя стенка желудка
  - Е. Нижняя поверхность печени
4. СС. Согласно закону Стокса, воспаление брюшины определяет:
  - А. Паралич мышц живота
  - В. Вазодилатация сосудов брыжейки
  - С. Спазм гладкой мускулатуры кишечника
  - Д. Вазоконстрикция сосудов брыжейки
  - Е. Паралич гладкой мускулатуры кишечника
5. СМ. Дренирование перитонеальной жидкости через „стоматы” серозной оболочки диафрагмы зависит от:
  - А. Изменения калибра этих отверстий
  - В. Дыхательных движений
  - С. Положения пациента
  - Д. Внутрибрюшного давления
  - Е. Воспаления серозной оболочки брюшной полости
6. СМ. Функциональными признаками острого перитонита являются:
  - А. Боль
  - В. Рвота
  - С. Одышка
  - Д. Остановка кишечного транзита
  - Е. Икота
7. СМ. Висцеральные боли при остром перитоните, которые появляются при поражении внутренних органов:
  - А. Носят тупой и ноющий характер
  - В. Имеют неточечную локализацию
  - С. Ощущаются, в основном, в верхней части живота
  - Д. Чаше сопровождаются вторичными эффектами: гипергидроз, тошнота, рвота, бледность кожных покровов
8. СМ. Транспорт веществ из перитонеальной полости в лимфатические узлы обеспечивается:
  - А. Криптами мезотелия диафрагмы
  - В. Отсутствием базальной мембраны в зоне мезотелиальных крипт и терминальных лимфатических сосудов диафрагмы
  - С. Дыхательными экскурсиями диафрагмы
  - Д. Перистальтикой кишечника
9. СМ. Процессы регенерации брюшины после повреждения при остром перитоните:
  - А. Развиваются быстро

- В. Происходят при помощи стволовых клеток и клеток расположенных на поверхности интактной брюшины
  - С. Происходят одновременно во многих местах на площади поражения
  - Д. Заканчиваются формированием спаек
10. СМ. Какие феномены имеют место в брюшной полости после микробной инвазии?
- А. Высвобождение химических медиаторов воспаления
  - В. Сосудистая реакция
  - С. Экссудация
  - Д. Стимуляция транспорта жидкости к диафрагмальной брюшине
11. СМ. Диссеминации инфекции в брюшную полость способствуют следующие факторы:
- А. Дыхательные экскурсии диафрагмы
  - В. Сила притяжения
  - С. Физиологические движения живота
  - Д. Скопления фибрина
12. СМ. Появление вторичных эффектов, затрагивающих внутренние органы, являются бесспорными при перитоните. Это утверждение относится и к:
- А. Сердцу
  - В. Легким
  - С. Почкам
  - Д. Кишечнику
13. СМ. При перитоните имеют негативный эффект над деятельностью сердца:
- А. Гиповолемия
  - В. Метаболический ацидоз
  - С. Эндотоксикоз
  - Д. Дистрофические изменения в миокарде

14. СМ. Какие изменения имеют место в системе микроциркуляции на фоне перитонита?
- А. Дилатация артериол и капилляров
  - В. Нарушение реологических свойств крови
  - С. Периваскулярный отек и кровотечения
  - Д. Шунтирование крови через артерио-венозный анастомоз
15. СМ. Какие последствия имеет гипоперфузия тканей в условиях перитонита?
- А. Энергетический дефицит
  - В. Нарушение клеточных функций
  - С. Повреждение мезосомальных мембран
  - Д. Кислотно-щелочной дисбаланс
16. СМ. Какие из перечисленных факторов вовлечены в повреждение почек при остром перитоните?
- А. Изменение объема циркулирующей крови
  - В. Состояние сердечной деятельности
  - С. Показатели артериального давления
  - Д. Токсические метаболиты
17. СМ. Патологическими феноменами, затрагивающими кишечник и появившимися на основании перитонита, являются:
- А. Локальная гипоксия
  - В. Парез кишечника
  - С. Дисбактериоз
  - Д. Бактериальная транслокация
18. СМ. Чем объясняются дыхательные нарушения при перитоните?
- А. Микроциркуляторными нарушениями
  - В. Эффектом протеолитических энзимов, эндотоксинов и продуктов перекисного окисления липидов
  - С. Инфекцией
  - Д. Гиповентиляцией



19. CS. Эндотоксикоз при перитоните представляется перечисленными здесь факторами, за исключением:
- А. Нейровегетативного
  - В. Микробного
  - С. Воспалительного
  - Д. Кишечного
  - Е. Метаболического
20. CS. Среди агентов, ответственных за появление эндотоксикоза при перитоните, главную роль в установлении септического шока имеют:
- А. Токсины, образующиеся из клеточных мембран дезинтегрированных грамотрицательных аэробов
  - В. Токсины, высвобождающиеся из живых грамположительных бактерий
  - С. Вещества со средней молекулярной массой
  - Д. Лизосомальные ферменты
  - Е. Биоактивные субстанции
21. CS. Гиповолемическое состояние проявляется через все перечисленные здесь признаки, исключая:
- А. Гипертермию
  - В. Тахикардию
  - С. Ксеродермию
  - Д. Гипотонию
  - Е. Олигурию
22. CS. Перитонит считается примитивным (первичным) в случае:
- А. Установления на основе острого воспаления внутрибрюшных органов
  - В. Инфекционной контаминации гематогенным или лимфогенным путем
  - С. Перфорации полостных органов

30. D. Повреждения желчных путей  
Е. Энтеромезентериального инфаркта
23. CS. Не является правдой, что болезненные ощущения при перитоните:
- А. Имеют постоянный характер
  - В. Не иррадиируют
  - С. Усиливаются при движении и при кашле
  - Д. Усиливаются при приеме резкой декомпрессии во время пальпации
  - Е. Являются более выраженными на уровне источника инфекции
24. CS. Интенсивность болевых ощущений при перитоните зависит от влияния следующих перечисленных здесь условий, исключая:
- А. Причины перитонита
  - В. Продолжительность патологии
  - С. Возраст больного
  - Д. Микробный спектр
  - Е. Тяжесть эндотоксикоза
25. CS. Из местных региональных симптомов перитонита самыми характерными являются :
- А. Боли в животе
  - В. Мышечная защита
  - С. Притупление в отлогих зонах живота
  - Д. Растяжимость брюшной полости
  - Е. Боли, спровоцированные пальцевым ректальным исследованием
26. CS. Из симптомов, перечисленных ниже, для перитонита не являются характерными:
- А. Боль, спровоцированная пальпацией или перкуссией живота

- В. Растяжимость брюшной полости  
С. Мышечная защита  
D. Усиление кишечных шумов  
E. Боль при пальцевом ректальном или вагинальном исследовании
27. CS. Какой симптом не выявляется в начальный период перитонита?  
A. Абдоминальные боли  
B. Рвота фекалиями  
C. Тахикардия  
D. Мышечная защита  
E. Приглушение кишечных шумов
28. CS. Из симптомов запущенного перитонита самым патогномичным является:  
A. Тахикардия  
B. Гипотония  
C. Одышка  
D. Симптом Блюмберга  
E. Притупление в отлогих местах живота
29. CS. Среди ниже перечисленных факторов, не влияет на эволюцию перитонита:  
A. Степень микробной контаминации брюшной полости и вирулентность инфекционных агентов  
B. Продолжительность контакта брюшины с инфекционными факторами  
C. Наличие слизи, крови и других энтерогенных компонентов брюшной полости  
D. Бактериемия  
E. Число нейтрофилов и их фагоцитарная активность

30. CS. В диагностике перитонита главную роль имеет:  
A. Клиническая картина  
B. Радиологические исследования  
C. Лабораторные тесты  
D. Лапароцентез  
E. Перитонеальная пункция - лаваж
31. CS. Больной был срочно госпитализирован через 2 часа от начала появления резких, сильных и постоянных болей в животе. Исследования указывают на боли по всей поверхности живота, мышечную контрактуру, симптом Щеткина-Блюмберга положительный. Для полной диагностики необходимо:  
A. Простая радиография брюшной полости  
B. Радиологическое исследование с применением водо-растворимых контрастных жидкостей  
C. Компьютерная томография  
D. Лапароскопия  
E. Ничего из вышеперечисленного
32. CS. Какой симптом может указать причину перитонита?  
A. Растяжимость живота  
B. Болезненность при пальпации живота  
C. Мышечная защита  
D. Положительный симптом Щеткина-Блюмберга  
E. Исчезновение печеночной тупости
33. CS. Перитонит может проявиться в сочетании со следующими радиологическими признаками, исключая:  
A. Дискоидальные ателектазии в базальных сегментах легких  
B. Выпот в плевральные полости  
C. Возвышенную позицию и уменьшенную подвижность куполов диафрагмы

- D. Усиление транзита контрастного вещества через тонкий кишечник
- E. Затемнение брюшной полости в отлогих местах при рентгенологическом исследовании
34. CS. Клиническими признаками перитонита являются следующие, за исключением:
- A. Основным элементом является спазм мышц живота
- B. Вначале рвота состоит из принятой пищи, желчью
- C. Некоторые перитониты могут дебютировать диареей
- D. Боль является непостоянным признаком
- E. Отсутствие повышения температуры не исключает наличие перитонита
35. CM. При объективном обследовании живота, при перитоните, можно выявить:
- A. Живот неподвижен, ригидный, независимо от причины перитонита и начала заболевания
- B. Положительный симптом Щеткина-Блюмберга
- C. Вздутие живота при застарелом перитоните
- D. Максимальная ригидность мышц („доскообразный живот”), характеризующаяся некупирующейся, постоянной тонической болью
- E. Генерализованные боли при перкуссии без усиления в упомянутой зоне
36. CM. Для использования лапароскопического метода в лечении перитонитов правдивыми являются следующие высказывания:
- A. Снижение частоты нагноительных процессов брюшной стенки
- B. Применяется при перфорации внутренних органов больших размеров
- C. Может быть использована при перфоративном аппендиците и перфоративной язве

- D. Наличие потенциального риска развития распространения инфекции, вызываемое пневмоперитонеумом
- E. Аспирационное дренирование часто оказывается неэффективным
37. CM. Лечение периодических перитонитов (семейная средиземноморская лихорадка) включает:
- A. Медикаментозное лечение
- B. Антибиотики
- C. Хирургическое лечение
- D. Назначение колхицина
- E. Назначение салазопирина
38. CS. В защите брюшинной оболочки основную роль играют:
- A. Лимфоциты
- B. Цитокины
- C. Макрофаги
- D. Фибриноген
- E. Эозинофилы
39. CM. К принципам хирургического лечения, предложенным Кишнером, относятся:
- A. Лечение остаточной инфекции
- B. Снижение контаминации брюшины
- C. Антибиотикотерапия
- D. Предупреждение возвратной инфекции
- E. Удаление источника контаминации
40. CM. Гранулематозные перитониты возникают при инфекциях, вызванных:
- A. *Mycobacterium*
- B. *Actinomyces*
- C. *Chlamydia*
- D. *Strongiloides*
- E. *Corinebacterium*

41. СМ. Среди эндотоксических медиаторов воспаления при остром перитоните можно выделить :
- А. Фактор некроза опухоли
  - В. Интерлейкин 1
  - С. Интерлейкин 2
  - Д. Интерлейкин 6
  - Е. Интерлейкин 8
42. СМ. При посевах перитонеального экссудата (вторичном перитоните) чаще всего отмечается рост:
- А. Ассоциативной микрофлоры
  - В. В моноинфекции – *E. Coli* на первом плане, стафилококк – на втором
  - С. Тенденция замещения грамположительной микрофлоры грамотрицательной
  - Д. Повышение значения сапрофитной и условно-патогенной флоры (неклостридиальная анаэробная инфекция)
  - Е. Всегда преобладает клостридиальная анаэробная инфекция
43. СС. К специфическим перитонитам относят:
- А. Микозный перитонит
  - В. Туберкулезный перитонит
  - С. Гонококковый перитонит
  - Д. Все ответы правильные
  - Е. Нет правильных ответов
44. СМ. Составляющими звеньями эндотоксикоза при перитоните являются:
- А. Источник интоксикации (брюшная полость, гнойно-воспалительный очаг, измененный кишечник)
  - В. Циркулирующие в биологических жидкостях микробные тела и их токсины, продукты распада белков и их воздействие на клеточные и тканевые структуры

- С. Активация ферментных систем организма и накопление в крови биологически активных веществ
  - Д. Образование вторичных токсических продуктов в результате активации катаболических процессов и инактивации свободно-радикального перекисного окисления липидов
  - Е. Острая почечная недостаточность
45. СС. По клиническому течению различают:
- А. Острый, подострый и хронический перитонит
  - В. Острый, рецидивирующий и бессимптомный перитонит
  - С. Острый, волнообразный и подострый перитонит
  - Д. Подострый и хронический перитонит
  - Е. Только острый перитонит
46. СС. Хроническое течение типично для:
- А. Гнойного перитонита
  - В. Желчного перитонита
  - С. Туберкулезного перитонита
  - Д. Калового перитонита
  - Е. Ферментативного перитонита
47. СМ. Этиопатологическая классификация перитонитов (Гамбург, 1989) включает следующие категории:
- А. Первичные перитониты
  - В. Вторичные перитониты
  - С. Острые диффузные перитониты
  - Д. Третичные перитониты
  - Е. Внутрибрюшные абсцессы
48. СМ. Характеристикой мышечного напряжения при перитоните являются:
- А. Появляется только при глубокой пальпации
  - В. Является болезненным
  - С. Является постоянным

- D. Непреодолима при пальпации  
E. Может быть уменьшено отвлечением внимания пациента
49. CS. К первичному перитониту относят:
- A. Перитонит вследствие перфорации полого органа
  - B. Перитонит вследствие проникающих ранений живота
  - C. Перитонит при лимфо- и гематогенном инфицировании брюшины
  - D. Перитонит при кишечной непроходимости
  - E. Гонококковый пельвио-перитонит
50. CS. К вторичному перитониту относят:
- A. Перитонит вследствие перфорации полого органа
  - B. Перитонит вследствие проникающих ранений живота
  - C. Ферментативный перитонит
  - D. Гонококковый пельвио-перитонит
  - E. Все ответы правильные
51. CS. Клинически выделяют следующие стадии (фазы) перитонита:
- A. Реактивная, токсическая, терминальная
  - B. Латентная, интоксикации, реконвалесценции
  - C. Острая, подострая, хроническая
  - D. Продромальная, острая, терминальная
  - E. Острая, хроническая
52. CS. Период шока при перитоните в среднем длится:
- A. 1–3 часа
  - B. До 24 часов
  - C. 24–48 часов
  - D. Более 2 суток
  - E. От нескольких суток до одной недели

53. CS. К начальной стадии (фазе) перитонита относятся все перечисленные симптомы, за исключением:
- A. Болезненности тазовой брюшины при ректальном исследовании
  - B. Тахикардии
  - C. Резких электролитических сдвигов
  - D. Напряжения мышц брюшной стенки
  - E. Тенденции к нарастанию лейкоцитоза
54. CS. Токсическая стадия (фаза) при перитоните в среднем длится:
- A. До 72 часов
  - B. До 24 часов
  - C. До 12 часов
  - D. До 6 часов
  - E. Менее 6 часов
55. CS. Терминальная стадия (фаза) перитонита наступает:
- A. Спустя 24 часа от начала заболевания
  - B. Через 72 часа от начала заболевания
  - C. Через неделю от начала заболевания
  - D. Через месяц от начала заболевания
  - E. Нет правильных ответов
56. CM. Фазы клинического течения желчного перитонита следующие:
- A. Начальная шоковая фаза, короткая по времени
  - B. Фаза мнимого благополучия
  - C. Фаза печеночно-почечной недостаточности и паралитической непроходимости с нарастанием общих и местных симптомов
  - D. Фаза необратимых гнойных осложнений, прогрессирующей печеночно-почечной и сердечно-сосудистой недостаточности
  - E. Стадия септикопиемии

57. СМ. Назовите клинические формы желчного перитонита:
- А. Перфоративный желчный перитонит
  - В. Пропотной желчный перитонит
  - С. Анаэробный желчный перитонит
  - Д. Посттравматический желчный перитонит
  - Е. Всё вышеперечисленное верно
58. СМ. Тяжесть течения перитонита в наибольшей степени зависит от следующих факторов:
- А. Масса тела больного
  - В. Характер микрофлоры
  - С. Степень выраженности интоксикации
  - Д. Гиповолемия
  - Е. Степень нарушения белкового, электролитного обменов и кислотно-щелочного равновесия
59. СС. К дренированию брюшной полости при перитоните относятся следующие утверждения, за исключением:
- А. Дренаж ингибирует функциональную защитную функцию брюшины
  - В. Через 48 часов образуется фиброзный тяж, подвергающийся обструкции
  - С. Возможно раздражение кишечника в результате его контакта с дренажем
  - Д. У детей при остром аппендиците введение дренажа является обязательным
  - Е. Дренаж является путем контаминации организма
60. СМ. Исследования и лабораторные данные при остром диффузном перитоните:
- А. Наличие лейкоцитоза со сдвигом лейкоцитарной формулы влево
  - В. Компьютерная томография не применяется в текущем режиме

- С. Эхография может установить этиологию перитонита
  - Д. Пункция и лаваж брюшной полости противопоказаны
  - Е. Радиография брюшной полости – исчезновение тени *m.psoas*
61. СМ. Гемолейкограмма при остром перитоните может дать следующие результаты:
- А. Показатели на уровне нормы
  - В. Лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево
  - С. Лейкопения
  - Д. При остром перитоните лейкоцитоз всегда соответствует тяжести септического синдрома
  - Е. Чаще наблюдается лейкопения
62. СМ. Какие из нижеприведенных утверждений, касающихся внутрибрюшных абсцессов, являются верными?
- А. Классифицируются как внутриперитонеальные, ретроперитонеальные и висцеральные абсцессы
  - В. Чаще являются мономикробными
  - С. Часто развиваются вторично после травмы, после оперативного вмешательства или после местного патологического процесса
  - Д. Могут развиваться независимо от наличия висцеральных или местных изменений
  - Е. Могут быть единичными или множественными
63. СМ. Рентгенография брюшной полости при остром диффузном перитоните:
- А. Не используется для диагностики
  - В. Выявляет пневмоперитонеум между печенью и диафрагмой, который обычно говорит о наличии перфорации полого органа
  - С. Показывает исчезновение тени *m.psoas*
  - Д. Уровни жидкости и газа, расположенные в центральной части брюшной полости
  - Е. Определяет симптом дежурной петли

64. CS. Иррадиация болей в правое надплечье при перитоните обусловлена:
- A. Отеком стенки кишечника
  - B. Наличием межкишечного абсцесса
  - C. Наличием свободного газа или выпота под правым куполом диафрагмы
  - D. Высоким стоянием купола диафрагмы
  - E. Дыхательной недостаточностью
65. CS. Рентгенологическими признаками поддиафрагмального абсцесса являются все, за исключением:
- A. Симптома Курвуазье
  - B. Затемнения между печенью и диафрагмой с горизонтальным уровнем жидкости
  - C. Высокого стояния диафрагмы
  - D. Ограниченной экскурсии правого купола диафрагмы
  - E. Сопутствующего правостороннего плеврита
66. CS. Симптом Спигарского это:
- A. Проведение дыхательных и сердечных шумов в брюшную полость
  - B. Отсутствие кишечных шумов
  - C. Отсутствие печеночной тупости при перкуссии
  - D. Болезненность при пальпации в околопупочной области
  - E. Иррадиация болей в правое надплечье при перитоните
67. CS. Для терминальной стадии перитонита характерно:
- A. Снижение болевого синдрома
  - B. Усиление болей
  - C. Брадикардия
  - D. Учащенный стул и мочеиспускание
  - E. Гиперперистальтика

68. CS. Симптом „Ваньки-встаньки” характерен для:
- A. Перитонита аппендикулярного происхождения
  - B. Ферментативного перитонита
  - C. Разрыва селезенки
  - D. Все ответы правильные
  - E. Нет правильного ответа
69. CS. Для перитонита у детей характерно:
- A. Преобладание общих симптомов над местными
  - B. Выраженная локальная болезненность
  - C. Гипотермия
  - D. Отсутствие выраженных изменений в клиническом анализе крови
  - E. Подострое течение
70. CS. Для перитонита у лиц пожилого и старческого возраста характерно:
- A. Преобладание местных симптомов над общими
  - B. Нормо- и брадикардия
  - C. Резкая гипертермия
  - D. Молниеносное течение
  - E. Все ответы правильные
71. CS. Предоперационная подготовка при перитоните включает действия, перечисленные ниже, исключая:
- A. Переливание жидкостей и электролитов
  - B. Оксигенотерапию
  - C. Применение бета-адреномиметиков
  - D. Применение антибиотиков
  - E. Назо-гастральную интубацию
72. CM. Отказ от лапаротомии посредством срединного разреза при перитоните может быть:
- A. В присутствии рубца после срединной лапаротомии

- В. У детей до 1 года
  - С. У пациентов преклонного возраста
  - Д. В локализованных перитонитах
73. СS. Удаление источника инфекции представляется главной задачей операции. Составьте схему нескольких рутинных приемов (методов) операции. Какой из них наиболее предпочтителен?
- А. Ушивание
  - В. Резекция
  - С. Удаление
  - Д. Экстериоризация
  - Е. Ни один из вышеназванных
74. СS. Из рекомендуемых методов для лечения септицемии в брюшной полости после ликвидации источника перитонита спорной является:
- А. Тщательное разъединение скоплений фибрина с висцеральной и париетальной брюшиной
  - В. Обильный лаваж перитонеальной полости
  - С. Применение антибиотиков
  - Д. Лечение брюшины ультразвуком
  - Е. Лазерное облучение
75. СS. При открытом методе лечения перитонита используются все перечисленные ситуации ниже, исключая:
- А. Возраст старше 50 лет
  - В. Септические источники чувствительные к радикальному лечению
  - С. Ишемию кишечных петель
  - Д. Случаи, в которых не исключено обязательное хирургическое вмешательство

76. СS. Если на протяжении лапаротомии определяют, что ликвидация причин перитонита и лаваж брюшной полости не является достаточной для того, чтобы убедиться в контроле за последующей эволюцией патологических процессов, в послеоперационный период энергичные меры в борьбе с инфекцией являются необходимыми. Какие методы являются предпочтительными?
- А. Антибиотикотерапия
  - В. Дренирование брюшной полости с постоянной аспирацией
  - С. Перитонеальный лаваж
  - Д. Релапаротомия
  - Е. Метод „открытого живота”
77. СS. Одно из утверждений относительного преимущества открытого лечения перитонита является неоправданным. Именно какое?
- А. Уменьшение внутрибрюшной гипертензии
  - В. Ликвидация септических очагов из брюшной полости является более эффективным
  - С. Раннее выявление осложнений
  - Д. Ведение гибкой лечебной тактики
  - Е. Наименьшее образование вентральных грыж
78. СS. Среди показателей лечения послеоперационной регидратации имеет преимущество:
- А. Дезинтоксикация
  - В. Стабилизация гемодинамики
  - С. Восстановление равновесия: электролитного, кислотно-щелочного, водного
  - Д. Восстановление белково-энергетического равновесия
  - Е. Снижение защитных сил организма
79. СМ. Выбор антибиотиков до идентификации патогенных агентов базируется на:
- А. Предположениях о вероятном спектре микроорганизма



- В. Данные об уровне концентрации препарата в очаге инфекции  
С. Результаты наблюдения над побочными эффектами антибиотиков  
D. Данные, характеризующие эволюцию болезни
80. СS. Местное применение антибиотиков при перитоните не рекомендовано. Какие аргументы кажутся на ваш взгляд убедительными?
- А. Антибиотики могут изменять клиническую картину  
В. Стимулируют спаечный процесс  
С. Способствуют образованию инфильтрата  
D. Не может быть гарантирована одинаковая концентрация антибиотиков в инфекционном очаге
81. СМ. Какие из нижеперечисленных методов рекомендуются для борьбы с паралитической кишечной непроходимостью?
- А. Желудочная аспирация  
В. Восстановление водно-электролитного равновесия  
С. Применение ингибиторов холинэстеразы  
D. Перидуральная анестезия
82. СМ. Для равновесия гемодинамики при снижении сократительной функции миокарда и циркуляторной недостаточности применяются:
- А. Перфузии электролитных и коллоидных растворов  
В. Допамин (добутин)  
С. Сердечные гликозиды  
D. Антагонисты кальция
83. СМ. Из нижеперечисленных ситуаций укажите на необходимость искусственной вентиляции легких:
- А. Негативный эффект оксигенотерапии  
В. Остановка дыхания или различные варианты патологического дыхания

- С. Симптомы о недостаточности других органов  
D. Уровень  $PaO_2 < 60$  мм Hg
84. СМ. При синдроме легочной недостаточности у взрослых пациентов выявляются изменения:
- А. При вентиляции легких  
В. Жизненная емкость легких  
С. Мертвого альвеолярного пространства  
D.  $Pa O_2$
85. СS. Об эволюции почечной недостаточности при перитоните можно получить информацию исследуя:
- А. Диурез  
В. Уровень сывороточной мочевины и креатинина  
С. Уровень калия  
D. Показатели кислотно-щелочного равновесия  
E. Соотношение осмолярности мочи/плазмы
86. СМ. Среди методов дезинтоксикации при перитоните отдают предпочтение:
- А. Гемосорбции  
В. Плазмсорбции  
С. Плазмоферезу  
D. Лимфосорбции  
E. Энтеросорбции
87. СS. Коррекция иммунодефицита, которая неизменно сопровождается перитонит, производится с наилучшими показателями, посредством:
- А. Меры борьбы с внутрибрюшной септицемией  
В. Трансфузии лейкоцитарной массы  
С. Ультрафиолетового облучения крови  
D. Дезинтоксикации  
E. Применения иммуномодуляторов

88. CS. Какие из нижеперечисленных ситуаций указывают на срочную лапаротомию:
- A. Проникновение бариевой массы в перитонеальную полость при рентгенологическом исследовании
  - B. Туберкулезный перитонит
  - C. Кандидозный перитонит
  - D. Ятрогенный гранулематозный перитонит
  - E. Ничего из вышеперечисленного
89. CS. Хирургическое вмешательство при асептических перитонитах:
- A. Является противопоказанием
  - B. Не имеет смысла, если интенсивность местных региональных появлений уменьшилось после начального периода перитонита
  - C. Является необходимым, если источник перитонита в желудочно-кишечном тракте
  - D. Практикуется только в случае присоединения вторичной инфекции
  - E. Является обязательным в любом случае
90. CS. Консервативное лечение без оперативного вмешательства допустимо для:
- A. Перитонита вследствие перфорации
  - B. Флегмонозного аппендицита
  - C. Гонококкового пельвио-перитонита
  - D. Абсцесса Дугласова пространства
  - E. Всех вышеперечисленных заболеваний
91. CS. Лучшим рациональным вариантом лечения поддиафрагмального абсцесса является:
- A. Консервативное лечение
  - B. Внебрюшное вскрытие и дренирование
  - C. Лапаротомия, вскрытие и тампонирование полости

- D. Пункция гнойника толстой иглой под контролем УЗИ
  - E. Всё вышеперечисленное верно
92. CM. Техника чрескожного дренирования интраабдоминальных абсцессов складывается из следующих этапов:
- A. Уточнение локализации абсцесса с применением компьютерной томографии, эхографии или рентгенографии
  - B. Пункция полости под контролем компьютерной томографии, эхографии посредством иглы, в просвете которой находится тонкий тифлоновый катетер
  - C. Пункция полости троакаром с последующим дренированием силиконовым катетером
  - D. Определение размеров и конфигурации полости с помощью контрастного вещества с использованием установленного катетера
  - E. Установка адекватного промывания полости абсцесса
93. CS. Нецелесообразно промывание брюшной полости при следующей форме перитонита:
- A. Распространенный фибринозно-гнойный перитонит
  - B. Каловый перитонит
  - C. Перитонит на фоне травматического разрыва тонкой кишки
  - D. Перитонит вследствие перфорации язвы желудка
  - E. Местный перитонит при флегмонозном аппендиците
94. CS. Геморрагический экссудат в брюшной полости наблюдается всегда, за исключением:
- A. Туберкулезного перитонита
  - B. Нарушенной внематочной беременности
  - C. Мезентериального тромбоза
  - D. Острого панкреатита
  - E. Перекрученной кисты яичника

95. СМ. Третичный перитонит протекает:
- А. Без выраженных клинических проявлений
  - В. С нарушением иммуногенеза различной природы
  - С. С преобладанием оппортунистической полирезистентной микрофлоры, грибов
  - Д. Соответствует начальным проявлениям полиорганной недостаточности
  - Е. Характеризуется наличием скудных серозных, серозно-гнойных скоплений
96. СС. Локальное тампонирование брюшной полости у больных с перитонитом показано:
- А. При невозможности полного удаления некротических тканей
  - В. При угрозе развития эрозивных кровотечений
  - С. При недостаточном гемостазе
  - Д. Все ответы правильные
  - Е. Нет правильных ответов
97. СМ. Абсолютными показателями к декомпрессии тонкой кишки в условиях разлитого перитонита являются:
- А. Парез тонкой кишки с выраженным отеком стенки кишки с диаметром просвета превышающим 5 см
  - В. Разлитой фибринозно-гнойный или гнойный перитонит в токсической фазе развития
  - С. Обширный спаечный процесс брюшной полости
  - Д. Множественные ранения тонкой кишки в сочетании с повреждением паренхиматозных органов, операции по поводу закрытия кишечных свищей
  - Е. Наличие обширной забрюшинной флегмоны в сочетании с перитонитом
98. СМ. Основные задачи, решаемые путем дренирования тонкой кишки:
- А. Декомпрессионная

- В. Декомпрессионно-детоксикационная
  - С. Профилактическая
  - Д. Каркасная
  - Е. Улучшающая функцию сердечно-сосудистой системы
99. СС. Для дифференциальной диагностики перитонита используются:
- А. Экстренная колоноскопия
  - В. Рентгенологическое исследование пассажа бария
  - С. Целиакография
  - Д. Лапароскопия
  - Е. Все перечисленные методы
100. СС. Максимальной эффективностью при лечении распространенных форм перитонита обладает:
- А. Комбинированная антибиотикотерапия в сочетании с препаратами метронидазола
  - В. Длительное использование одного сильного антибиотика широкого спектра
  - С. Местное использование полусинтетических антибиотиков пенициллинового ряда
  - Д. Местное использование цефалоспоринов
  - Е. Местное использование сульфаниламидных препаратов
101. СС. Для декомпрессии желудочно-кишечного тракта при перитоните наибольшей эффективностью обладает:
- А. Введение 0,25%-ного раствора новокаина в корень брыжейки
  - В. Использование предельно допустимых доз антихолинэстеразных препаратов
  - С. Назоинтестинальная интубация кишечника
  - Д. Еюностомия
  - Е. Энтеросорбция

102. CS. При кишечной непроходимости признаком развития стадии перитонита служит:
- A. Отек париетальной и висцеральной брюшины
  - B. Появление выпота
  - C. Наложения фибрина на петлях кишок и брюшине
  - D. Вздутие кишечных петель
  - E. Высокое стояние диафрагмы
103. CM. Восстановление перистальтики кишечника в раннем послеоперационном периоде включает:
- A. Внутривенное введение раствора Лабора
  - B. Наружную электростимуляцию ЖКТ
  - C. Введение церукала, прозерина, убретида с повторными гипертоническими клизмами
  - D. Продленную перидуральную анестезию в течение 2–3 суток
  - E. Желудочную декомпрессию
104. CM. Показания для проведения программированной релапаротомии следующие:
- A. Прогрессирующие клинические и параклинические проявления эндогенной интоксикации
  - B. Эвентрация, эвисцерация или флегмона передней брюшной стенки
  - C. Не полностью сформированный кишечный свищ, открывающийся в эвентрационную рану
  - D. Анаэробный перитонит
  - E. Невозможность устранения источника перитонита при релапаротомии
105. CM. Методы пролонгированной санации брюшной полости у больных с разлитым перитонитом:
- A. Перитонеальный фракционный лаваж
  - B. Перитонеальный проточный лаваж

- 114 C. Программированные релапаротомии
- D. Лапаростомия
- E. Лапаротомия, тампонирование источника перитонита
106. CM. В патогенезе общих висцеральных нарушений при гнойном перитоните, энтеральная недостаточность проявляется:
- A. Парезом кишечника
  - B. Нарушением резорбтивной и барьерной функции тонкой кишки
  - C. Расстройством полостного и пристеночного пищеварения
  - D. Транслокацией инфекции кишечника
  - E. Нефропатией
107. CS. Переход перитонита во вторую стадию (фазу) сопровождается:
- A. Нарастающей тахикардией
  - B. Снижением интенсивности болей
  - C. Снижением напряжения мышц передней брюшной стенки
  - D. Олигурией
  - E. Все ответы правильные
108. CS. Признаки терминальной стадии (фазы) перитонита следующие:
- A. Адинамия
  - B. Заостренные черты лица
  - C. Снижение артериального давления
  - D. Тахикардия
  - E. Все ответы правильные
109. CS. Нормо- и брадикардия возможна при перитонитах следующего происхождения:
- A. Перитонит при прободной язве желудка в стадии шока
  - B. Перитонит в терминальной фазе кишечной непроходимости

- С. При пельвиоперитоните  
 D. При туберкулезном перитоните  
 E. Нет правильного ответа
110. CS. У больных с перитонитом среди перечисленных осложнений наиболее часто встречается:  
 A. Эвентрация  
 B. Образование кишечных свищей  
 C. Тромбоз легочной артерии  
 D. Формирование абсцессов брюшной полости  
 E. Пневмония
111. CS. Судороги у больных с перитонитом являются признаком:  
 A. Гипертонуса симпатического отдела ЦНС  
 B. Токсического поражения головного мозга  
 C. Токсического поражения спинного мозга  
 D. Обезвоживания и нарушения электролитного баланса  
 E. Капилляротоксикоза
112. CS. Ведущим в лечении перитонита является:  
 A. Хирургическое вмешательство  
 B. Дезинтоксикационная терапия  
 C. Рациональная антибиотикотерапия  
 D. Борьба с парезом кишечника  
 E. Новокаиновые блокады брыжейки тонкого кишечника
113. CS. Преимущества открытого способа лечения (лапаростоми) перитонита:  
 A. Возможность объективной и всесторонней оценки патологического процесса в любой момент  
 B. Своевременное выявление осложнений  
 C. Адекватный контроль за эффективностью лечения  
 D. Преодоление психологического барьера  
 E. Всё вышеперечисленное верно

114. CM. Способы оценки тяжести состояния и прогноза исхода лечения больных с острыми перитонитами следующие:  
 A. SAPS  
 B. Монхейм  
 C. Апаш III  
 D. Рансон  
 E. Всё вышеперечисленное верно

115. CM. Атипичические формы течения острого разлитого перитонита следующие:  
 A. Острейший, молниеносный или септический перитонит Микулича  
 B. Астеническая форма Брока – вяло протекающий перитонит со стертой клинической картиной  
 C. Туберкулезный перитонит  
 D. Фибропластический перитонит  
 E. Всё вышеперечисленное верно

#### *Правильные ответы. Перитониты*

1 C; 2 C; 3 D; 4 E; 5 ABDE; 6 ABDE; 7 ABCD; 8 ABCD; 9 ABC;  
 10 ABCD; 11 ABC; 12 ABCD; 13 ABCD; 14 ABCD; 15 ABCD;  
 16 ABCD; 17 ABCD; 18 ABCD; 19 A; 20 A; 21 A; 22 B; 23 B;  
 24 D; 25 B; 26 D; 27 B; 28 B; 29 D; 30 A; 31 E; 32 E; 33 D; 34 D;  
 35 BCD; 36 ACDE; 37 AD; 38 C; 39 ABDE; 40 AD; 41 ABCD;  
 42 ABCD; 43 D; 44 ABCD; 45 A; 46 C; 47 ABDE; 48 BCD; 49 C;  
 50 E; 51 A; 52 B; 53 C; 54 A; 55 B; 56 ABCD; 57 AB; 58 BCDE;  
 59 D; 60 AE; 61 ABC; 62 CDE; 63 BC; 64 C; 65 A; 66 C; 67 A;  
 68 C; 69 A; 70 A; 71 D; 72 BD; 73 E; 74 A; 75 A; 76 E; 77 E; 78 B;  
 79 ABCD; 80 D; 81 ABCD; 82 ABC; 83 ABCD; 84 ABCD; 85 E;  
 86 CE; 87 A; 88 A; 89 E; 90 C; 91 D; 92 ABDE; 93 E; 94 A;  
 95 ABCDE; 96 D; 97 ABCDE; 98 ABCD; 99 D; 100 A; 101 C;  
 102 C; 103 ABCD; 104 ABCDE; 105, ABCD; 106 ABCD; 107 E;  
 108 E; 109 A; 110 D; 111 D; 112 A; 113 E; 114 ABC; 115 AB.

### 3.27. ТРАВМЫ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

1. СС. Какие признаки выявляются при сдавлении грудной клетки между двумя поверхностями при транспортных травмах, при обвалах?
  - А. Множественные точечные подкожные кровоизлияния – „экимотическая маска”
  - В. Олигурия, анурия
  - С. Повышение артериального давления, брадикардия
  - Д. Кровоизлияния в конъюнктиву, нарушение зрения
  - Е. Отсутствие везикулярного дыхания
2. СС. Что понимается под выражением „флотирующий” перелом рёбер?
  - А. Множественные переломы рёбер
  - В. Переломы в двух или более местах нескольких расположенных рядом рёбер, приводящие к тому, что лоскут грудной клетки теряет связь с остальным рёберным комплексом
  - С. Образование лоскута, интимно связанного с остальным рёберным комплексом
  - Д. Травма грудной клетки, сочетающаяся с острой дыхательной недостаточностью
  - Е. Является тяжёлой формой пневмоторакса
3. СС. Укажите причину парадоксального дыхания?
  - А. Угнетение высших дыхательных центров
  - В. Паралич дыхательных мышц
  - С. „Флотирующий” перелом рёбер
  - Д. Разряжение атмосферного воздуха
  - Е. Снижение сердечного выброса
4. СМ. Парадоксальное дыхание проявляется:
  - А. Нерегулярным и тяжёлым дыханием по причине „флотирующего” перелома рёбер
  - В. Во время вдоха „флотирующий” сегмент вовлекается внутрь, сдавливая лёгкое
  - С. Вдох – пауза, выдох – пауза
  - Д. При выдохе „флотирующий” сегмент выталкивается наружу положительным давлением в лёгком
  - Е. Паренхима лёгкого, находящаяся под „флотирующим” сегментом, является гиповентилированной
5. СС. Срочными мероприятиями при открытом пневмотораксе являются:
  - А. Транспортировка пострадавшего в больницу
  - В. Тампонада раны и наложение давящей повязки
  - С. Оксигенотерапия
  - Д. Искусственное дыхание
  - Е. Аспирация из плевральной полости
6. СМ. Характерным признаком для массивного гемоторакса является:
  - А. Бледность кожных покровов и видимых слизистых оболочек
  - В. Выраженная одышка, цианоз
  - С. Коробочный звук, шум трения плевры
  - Д. Тупой звук при перкуссии, исчезновение везикулярного дыхания
  - Е. Брадикардия
7. СМ. Лечение массивного гемоторакса включает в себя:
  - А. Массивное переливание крови
  - В. Плевротомию с активной аспирацией из плевральной полости
  - С. Искусственное дыхание и восполнение ОЦП
  - Д. Торакотомию, хирургический гемостаз
  - Е. Динамическое наблюдение

8. СМ. Лечение „флотирующего” перелома рёбер в стационаре состоит в:
- А. Наложении давящей повязки, препятствующей парадоксальному дыханию
  - В. Остеосинтезе
  - С. Вытяжении „флотирующего” сегмента до нормальной репозиции рёбер при помощи различных аппаратов
  - Д. Поддержании дыхания и кровообращения, и наблюдение за пациентом до образования костной мозоли всех сломанных рёбер „флотирующего” сегмента
  - Е. Торакостомии и дренировании
9. СС. Какова будет тактика в случае закрытых травм грудной полости, когда мы подозреваем разрыв паренхиматозных органов брюшной полости?
- А. Наблюдение за больным
  - В. Введение анальгетиков (морфин, миалгин)
  - С. Диагностическая лапаротомия
  - Д. Аспирация желудочного содержимого
  - Е. Лапароцентез, лапароскопия
10. СМ. Гемоторакс:
- А. Определяется на рентгене, если объём превышает 500 мл
  - В. Характеризуется наличием синдрома плевро-легочного сдавления
  - С. При перкуссии – коробочный звук
  - Д. Лечение заключается в срочной торакотомии, если объём превышает 100 мл
  - Е. Представляет собой скопление крови в грудной полости
11. СМ. Переломы рёбер:
- А. Возникают при прямом механизме воздействия, который обуславливает гиперэкстензию рёбер
  - В. Чаше возникают у детей

- С. Могут быть одиночными или множественными
  - Д. Возникают при непрямом механизме воздействия, обуславливающий гиперэкстензию рёбер
  - Е. Возникают при прямом механизме воздействия, который обуславливает гиперфлексию рёбер
12. СМ. Для посттравматического пневмоторакса характерно:
- А. Часто является результатом перелома рёбер
  - В. Часто сопровождается гемотораксом
  - С. Может быть закрытым, открытым и напряжённым;
  - Д. Рентгенологически в плевральной области определяется жидкость
  - Е. Может быть симптоматическим, асимптоматическим и лечебным
13. СМ. Показаниями к срочной торакотомии являются:
- А. Сердечные аритмии при травмах
  - В. Травматический артериовенозный свищ
  - С. Массивный гемоторакс
  - Д. Повреждение диафрагмы
  - Е. Закрытый пневмоторакс
14. СМ. Травматические повреждения диафрагмы характеризуются:
- А. Не влияют на общее состояние больного
  - В. Могут обладать проникающим механизмом
  - С. Симптоматология изменяется в соответствии с положением больного
  - Д. Хирургическое лечение является обязательным
  - Е. Сопровождаются окклюзионным, геморрагическим и дыхательным синдромами
15. СМ. Характерным для „флотирующей” грудной клетки является:
- А. Обусловлена простым переломом рёбер

- В. Встречается чаще у детей
  - С. Приводит к парадоксальному дыханию
  - Д. Представляет собой мобильный сегмент, который смещается во время дыхания независимо от других отделов грудной клетки
  - Е. Обуславливает внезапное появление острой почечной недостаточности, нуждающейся в срочном диализе
16. СМ. „Флотирующая” грудная клетка приводит к следующим изменениям в механизме вентиляции лёгких:
- А. Парадоксальное дыхание
  - В. Гиповентиляция
  - С. Вентиляция лёгких не нарушена
  - Д. Гипервентиляция
  - Е. Медиастинальный баланс
17. СМ. Источником гемоторакса являются:
- А. Паренхима лёгкого
  - В. Плечевая артерия
  - С. Межрёберные артерии
  - Д. Артерии щитовидной железы
  - Е. Сердце и крупные сосуды
18. СМ. Для лечения „флотирующей” грудной клетки могут быть использованы:
- А. Торакостомия с дренированием грудной полости
  - В. Наружная фиксация
  - С. Иммобилизация гипсовой повязкой
  - Д. Внутренняя фиксация при помощи механической вентиляции с повышенным давлением
  - Е. Динамическое наблюдение

19. СС. Какие из изложенных проявлений не характерно при пневмотораксе?
- А. Одышка
  - В. Цианоз
  - С. Коробочный звук при перкуссии
  - Д. Тупой звук при перкуссии
  - Е. Отсутствие везикулярного дыхания
20. СМ. Последствиями пневмоторакса являются:
- А. Синдром интраплеврального сдавления
  - В. Смещение средостения
  - С. Увеличение грудной клетки с поражённой стороны
  - Д. Нарушение вентиляции здорового лёгкого
  - Е. Нарушение перистальтики кишечника
21. СМ. Травматические повреждения диафрагмы:
- А. Могут появиться в результате проникающих ранений грудной клетки
  - В. Составляют 0,5–2 % из числа политравм
  - С. Не влияют на работу сердца
  - Д. Приводят к пролабированию абдоминальных органов в полость грудной клетки
  - Е. Нуждаются лишь в консервативном лечении
22. СМ. „Экзимотическая маска” Морестин:
- А. Появляется при синдроме нижней полой вены
  - В. Появляется из-за повышения давления в верхней полой вене
  - С. Сопровождается склеро-роговичными кровотечениями
  - Д. Появляется при открытых травмах грудной клетки
  - Е. Является следствием сдавления грудной клетки между двумя плоскостями
23. СМ. Показаниями к срочной торакотомии при посттравматическом гемотораксе являются:
- А. Скопление в плевральной полости 300 мл крови



- В. Массивный гемоторакс (более 1000 мл)
  - С. Кровотечение по дренажу 200 мл/час в течение 3 часов
  - Д. Наличие множественных переломов рёбер
  - Е. Появление фиброторакса
24. СС. Орган, чаще всего проникающий в грудную полость через разрыв левой части диафрагмы:
- А. Селезёнка
  - В. Толстая кишка
  - С. Печень
  - Д. Желудок
  - Е. Почка
25. СС. Лечение простых переломов рёбер включает:
- А. Наложение тугой повязки на грудную клетку
  - В. Анальгетики и межрёберную блокаду
  - С. Торакотомию
  - Д. Шов с применением металлической проволоки
  - Е. Наружную фиксацию отломков
26. СС. Первая помощь при напряжённом пневмотораксе состоит в:
- А. Интубации трахеи
  - В. Введение толстой иглы в III–IV-е межреберье по среднеключичной линии
  - С. Плевростомии на уровне V межреберья по средней подмышечной линии
  - Д. Плевростомии на уровне V межреберья по задней подмышечной линии
  - Е. При помощи пульсоксиметра определяют уровень оксигенации крови больного
27. СС. Лечение ятрогенного пневмоторакса состоит в следующем:
- А. Обычное наблюдение

- В. Оксигенотерапию
  - С. Аспирацию
  - Д. Ушивание плевры
  - Е. Торакотомию
28. СМ. Верными являются следующие утверждения, характеризующие травматический пневмоторакс:
- А. Являются следствием проникающих ранений
  - В. Являются следствием ранений брюшной полости
  - С. Торакостомия с дренированием осуществляется на втором этапе лечения
  - Д. В случае пневмоторакса устанавливается дренаж в верхней части соответствующего лёгкого
  - Е. В случае гемопневмоторакса устанавливается дренаж в нижней части соответствующего лёгкого
29. СМ. Напряжённый пневмоторакс:
- А. Является следствием ранений брюшной полости
  - В. Может возникнуть при осуществлении реанимационных мероприятий
  - С. Является тяжёлой формой пневмоторакса, но не угрожает жизни пациента
  - Д. Вентиляция – умеренно нарушена
  - Е. Положительное давление передаётся средостению
30. СМ. К эффектам положительного давления, влияющим на сердечно-сосудистую систему, при напряжённом пневмотораксе можно отнести:
- А. Снижение венозного возврата к сердцу
  - В. Повышение венозного возврата к сердцу
  - С. Тахикардию
  - Д. Снижение сердечного выброса
  - Е. Брадикардию

31. СМ. При обследовании пациента с напряжённым пневмотораксом характерным является:
- А. Везикулярное дыхание выслушивается лишь в нижних долях
  - В. Везикулярное дыхание отсутствует в повреждённом лёгком
  - С. Грудная клетка со стороны поражения увеличена в размерах
  - Д. Смещение средостения в противоположную сторону
  - Е. Тупой перкуторный звук на противоположной стороне
32. СМ. Следующие утверждения касательно напряжённого пневмоторакса не являются верными:
- А. Лечебная тактика должна быть срочной
  - В. Пациент может умереть из-за снижения сердечного выброса и выраженной гипоксемии
  - С. Вводится толстая игла в плевральную полость через IV-е межреберье сзади
  - Д. Если после пункции выводится большое количество воздуха, диагноз не подтверждён
  - Е. Игла остаётся до введения дренажа и торакастомии
33. СС. Чего не бывает при изолированном наружном проникающем ранении грудной клетки?
- А. Пневмоперитонеума
  - В. Гемоторакса
  - С. Гемоперикарда
  - Д. Наружного открытого пневмоторакса
  - Е. Напряжённого пневмоторакса
34. СС. Что характерно для напряжённого пневмоторакса?
- А. Эмфизема мягких тканей области раны
  - В. Баллотирование средостения
  - С. Сдавление лёгкого противоположной стороны
  - Д. Смещение средостения в сторону спавшегося лёгкого
  - Е. Смещение средостения в противоположную сторону

35. СС. Что характерно для наружного открытого пневмоторакса?
- А. Спадение лёгкого на стороне повреждения
  - В. Спадение лёгкого на противоположной стороне
  - С. Баллотирование средостения
  - Д. Смещение средостения в сторону повреждения
  - Е. Смещение средостения в противоположную сторону
36. СС. Средостение при открытом наружном пневмотораксе, при вдохе, смещается в:
- А. Сторону повреждения
  - В. Противоположную сторону
37. СС. Средостение при открытом наружном пневмотораксе, при выдохе, смещается в:
- А. Сторону повреждения
  - В. Противоположную сторону
38. СС. При открытом наружном пневмотораксе в дыхании участвуют лёгкие:
- А. Оба
  - В. На стороне повреждения
  - С. На противоположной стороне
39. СС. Лёгкое при открытом наружном пневмотораксе на стороне повреждения при вдохе:
- А. Спадается
  - В. Расширяется
40. СС. Лёгкое при открытом наружном пневмотораксе на стороне повреждения при выдохе:
- А. Спадается
  - В. Расширяется

41. СС. Первая врачебная помощь при открытом наружном пневмотораксе:
- А. Трубоччатый дренаж в плевральной полости
  - В. Наложение окклюзионной повязки
  - С. Наложение гипсового корсета
  - Д. Введение толстой иглы в III межреберье по средне-ключичной линии
  - Е. Плевростомия
42. СС. Первая врачебная помощь при наружном клапанном пневмотораксе:
- А. Искусственная вентиляция лёгких
  - В. Окклюзионная повязка с одномоментным отсасыванием воздуха
  - С. Окклюзионная повязка с наложением постоянного дренажа
  - Д. Плевральная пункция
  - Е. Пункция перикарда
43. СМ. Сразу после закрытой травмы грудной клетки у пострадавшего могут быть выявлены:
- А. Контузия грудной клетки с париетальными повреждениями
  - В. Острая дыхательная недостаточность
  - С. Разрыв органов грудной клетки
  - Д. Клапанный пневмоторакс
  - Е. Разрыв паренхиматозных органов
44. СМ. Париетальными повреждениями грудной клетки являются:
- А. Экимозы, подкожные гематомы
  - В. Переломы рёбер
  - С. Разрывы печени, селезёнки
  - Д. Разрывы мышц
  - Е. Разрывы внутригрудных крупных сосудов

45. СМ. Как происходит кровотечение вследствие „двухмоментного“ разрыва паренхиматозных органов при торакоабдоминальном травматизме:
- А. Кровотечение под капсулу на первом этапе
  - В. Разрыв капсулы соответствующего органа сразу
  - С. Разрыв капсулы под действием нарастающего давления интрапаренхиматозного кровотечения
  - Д. Одномоментный разрыв паренхиматозных органов вследствие травмы
  - Е. Кровотечение вследствие разрыва сосудов
46. СМ. У пациента с травмой грудной клетки, находящегося под наблюдением, развивается геморрагический синдром. Каковы его признаки?
- А. Ускоряющийся пульс, падение артериального давления
  - В. Грудная клетка со стороны повреждения увеличена в размерах
  - С. Выраженная гипоксемия
  - Д. Кровь при плевральной пункции
  - Е. Коробочный перкуторный звук на стороне поражения
47. СС. Симптом Хамман является специфичным для травматического повреждения средостения и означает:
- А. Отсутствие везикулярного дыхания
  - В. Присутствие везикулярного дыхания лишь над корнем лёгкого
  - С. Крепитацию при выслушивании лёгкого
  - Д. Смещение средостения наружу
  - Е. Снижение сердечного выброса
48. СМ. Характерным для проникающей травмы трахеи и бронхов будет:
- А. Подкожная эмфизема
  - В. Одышка

48. С. Грудная клетка увеличена в размерах  
 D. Снижение сердечного выброса  
 E. Кровохаркание
49. СМ. Характерным для напряжённого пневмоторакса будет:  
 A. Гипотензия  
 B. „Немое” лёгкое  
 C. Вздутие вен шеи  
 D. Подкожная эмфизема  
 E. Кровохаркание
50. СС. Положительный с симптом „Ваньки-встаньки” появляется при повреждении:  
 A. Желудка  
 B. Печени  
 C. Поджелудочной железы  
 D. Селезёнки  
 E. Тонкой кишки

**Правильные ответы. Травмы грудной клетки**

1 А; 2 В; 3С; 4 ВD; 5 В; 6 АВD; 7 АВD; 8 ВС; 9 Е; 10 АВЕ;  
 11 АС; 12 АВСЕ; 13 CD; 14 ВСDE; 15 CD; 16 АВЕ; 17 АС;  
 18 ВD; 19 D; 20 АВС; 21 АВD; 22 ВСЕ; 23 ВС; 24 D; 25 В;  
 26 В; 27 D; 28 АDE; 29 ВЕ; 30 AD; 31 ВСD; 32 CD; 33 А; 34 Е;  
 35 С; 36 В; 37 А; 38 А; 39 А; 40 В; 41 В; 42 В; 43 АВСЕ; 44 АВD;  
 45 АС; 46 АВCD; 47 С; 48 АВС; 49 АВС; 50 D.

**3.28. ТРАВМЫ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ**

1. СС. Прободения полых органов острым предметом представляет опасность:  
 A. У пожилых людей  
 B. Когда они покрыты фибрином  
 C. Когда они расположены по противобрыжеечному краю кишечника  
 D. При парезе кишечника
2. СС. Абдоминальные боли характерны для:  
 A. Синдрома интраперитонеального кровотечения  
 B. Синдрома раздражения брюшины  
 C. Обоих случаев  
 D. Ни в одном случае
3. СС. Бледность кожных покровов, учащенное поверхностное дыхание, гипотония, абдоминальные боли характерны для:  
 A. Синдрома интраперитонеального кровотечения  
 B. Синдрома раздражения брюшины  
 C. Обоих случаев  
 D. Ни в одном случае
4. СС. Выраженная болезненность при пальцевом исследовании прямой кишки характерна для:  
 A. Синдрома интраперитонеального кровотечения  
 B. Синдрома раздражения брюшины  
 C. Обоих случаев  
 D. Ни в одном случае
5. СС. Болезненность при пальпации живота, симптомы раздражения брюшины без мышечной защиты характерны для:  
 A. Синдрома интраперитонеального кровотечения  
 B. Синдрома раздражения брюшины

- C. Обоих случаев  
D. Ни в одном случае
6. СМ. Пальпаторные боли и мышечная защита минимальны или отсутствуют при:  
A. Ретроперитонеальных повреждениях 12-перстной кишки  
B. Ретроперитонеальных повреждениях толстого кишечника  
C. Повреждениях поджелудочной железы  
D. Повреждениях подвздошной кишки у илеоцекального угла
7. СС. Симптом Куленкампа характерен для:  
A. Повреждений желчного пузыря  
B. Разрывов желудка  
C. Ретроперитонеальных гематомах  
D. Интраперитонеального кровотечения
8. СМ. Наиболее информативными диагностическими методами при повреждениях паренхиматозных органов являются:  
A. Обзорная рентгенография брюшной полости  
B. Селективная ангиография  
C. Интравенозная экскреторная урография  
D. Компьютерная томография
9. СМ. Рентгенодиагностика является обязательным в диагностике повреждений:  
A. Полых органов  
B. Паренхиматозных органов  
C. Урогенитальной системы  
D. Внутрибрюшных магистральных сосудов
10. СС. В подавляющем большинстве черепно-мозговых травм ранняя смертность обусловлена:  
A. Газовой эмболией  
B. Жировой эмболией  
C. Переломами костей черепа  
D. Внутрочерепным кровотечением со сдавлением мозговых структур
11. СМ. Больной госпитализирован через 25 минут после дорожно-транспортного происшествия с клиническими признаками внутреннего кровотечения. Какие диагностические методы наиболее информативны для определения источника кровотечения?  
A. Обзорная рентгенография грудной клетки  
B. Рентгенография костей таза  
C. Пункция и лаваж брюшной полости  
D. Аортография
12. СМ. Наиболее полезными неинвазивными методами диагностики при контузиях брюшной полости являются:  
A. Обзорный снимок брюшной полости  
B. Пассаж бариевой массы по желудочно-кишечному тракту  
C. Сцинтиграфия желудочно-кишечного тракта  
D. Эхография брюшной полости  
E. Компьютерная томография
13. СС. При закрытой травме живота в предоперационном периоде прибегают к ряду лечебных мероприятий, за исключением:  
A. Катетеризации подключичной вены  
B. Назо-гастрального зондирования и катетеризации мочевого пузыря  
C. Рентгенографии грудной клетки и экскреторной урографии  
D. Общего анализа крови и мочи  
E. Витаминотерапии
14. СС. Наименее вероятным осложнением после операций по поводу повреждений желудка является:  
A. Кровотечение

- В. Несостоятельность швов
  - С. Внутрибрюшной абсцесс
  - Д. Нарушение эвакуаторной функции желудка
  - Е. Нагноение послеоперационной раны
15. СС. Диагностика повреждений 12-перстной кишки осложнена из-за:
- А. Щелочной реакции кишечного содержимого
  - В. Скудности микрофлоры в данной области ЖКТ
  - С. Наличия желчи в дуоденальном содержимом
  - Д. Особенности топографической локализации повреждений
16. СМ. Характерными признаками для внебрюшинного повреждения прямой кишки являются:
- А. Гемоперитонеум
  - В. Ректоррагия
  - С. Диффузный перитонит
  - Д. Повышение температуры тела
  - Е. Тазовый целлюлит
17. СС. Какой полый орган наиболее уязвим при травмах живота?
- А. Желчный пузырь
  - В. Желудок
  - С. Тонкая кишка
  - Д. Толстая кишка
  - Е. Прямая кишка
18. СС. Наиболее частым осложнением при травмах поджелудочной железы является:
- А. Ретроперитонеальная гематома
  - В. Гемоперитонеум
  - С. Острый панкреатит
  - Д. Панкреатическая псевдокиста
  - Е. Диффузный перитонит

19. СС. Повреждения гипогастральной артерии предполагает следующее хирургическое пособие:
- А. Ушивание
  - В. Протезирование
  - С. Надавливание
  - Д. Пломбирование просвета
  - Е. Пластику
20. СМ. Наиболее часто повреждения селезенки встречаются во время операций на следующих органах:
- А. Поджелудочную железу
  - В. Печень
  - С. Желудок
  - Д. Толстой кишке
  - Е. Пищеводу
21. СМ. Спленэктомия показана в следующих ситуациях:
- А. Сосудистые поражения в области ворот селезенки
  - В. Маленькая субкапсулярная гематома
  - С. Множественные и глубокие разрывы селезенки
  - Д. Паренхиматозные разрывы менее 1 см
  - Е. Продолжающееся кровотечение из селезенки
22. СС. Субкапсулярная гематома селезенки может иметь следующие исходы:
- А. Рассасывание
  - В. Гемоперитонеум
  - С. Разрыв капсулы – двухмоментный разрыв селезенки
  - Д. Образование псевдокисты селезенки
  - Е. Всё вышеперечисленное правильно
23. СС. Резекция тонкой кишки показана во всех нижеперечисленных случаях, за исключением:
- А. Множественных одноцентричных ранений

- В. Больших лонгитудинальных ранений
  - С. Контузий до 1 см в диаметре
  - Д. Множественных разрывов с некрозом краев ран
  - Е. Разрывов брыжейки с нарушениями кровоснабжения кишечной стенки
24. СS. Наиболее информативным диагностическим методом при травме поджелудочной железы с разрывом главного панкреатического протока (Wirsung) является:
- А. Сцинтиграфия
  - В. Ультразвуковое исследование
  - С. Компьютерная томография
  - Д. Ретроградная холангиопанкреатография
  - Е. Определение амилазы в моче
25. СS. При каких повреждениях поджелудочной железы с разрывом главного панкреатического протока (Wirsung) показана дистальная резекция органа?
- А. Повреждения головки поджелудочной железы
  - В. Повреждения тела поджелудочной железы
  - С. Корпоро-каудальные повреждения поджелудочной железы
  - Д. Повреждения, расположенные справа от верхне-брыжеечных сосудов
  - Е. Повреждения хвоста поджелудочной железы
26. СМ. Наиболее информативными диагностическими методами при ретроперитонеальных разрывах 12-перстной кишки являются:
- А. Определение амилазы в сыворотке крови
  - В. Обзорный снимок брюшной полости
  - С. Рентгенологические исследования с водорастворимыми контрастными препаратами
  - Д. Пункция и лаваж брюшной полости

27. СМ. При повреждении толстого кишечника в обязательном порядке следует произвести ревизию:
- А. Печени
  - В. Селезенки
  - С. 12-перстной кишки
  - Д. Крупных сосудов
  - Е. Поджелудочной железы
28. СS. При повреждениях 12-перстной кишки наиболее часто прибегают к:
- А. Обработке краев раны с последующим ее ушиванием в два слоя
  - В. Ликвидации дефекта стенки кишки, глухим ушиванием привратника, наложении гастроэнтероанастомоза
  - С. Резекции 12-перстной кишки с анастомозом конец в конец
  - Д. Резекции 12-перстной кишки с глухим ушиванием обоих концов, наложении гастроэнтероанастомоза
  - Е. Резекции 12-перстной кишки с ушиванием периферического конца и наложением дуоденоюностомии
29. СS. Наиболее частым осложнением после оперативных вмешательств по поводу травм 12-перстной кишки является:
- А. Острый панкреатит
  - В. Интраабдоминальный абсцесс
  - С. Диффузный перитонит
  - Д. Свищ 12-перстной кишки
  - Е. Кишечная непроходимость
30. СS. Наиболее полезным методом профилактики образования свища после операций на 12-перстной кишке следует считать:
- А. Устранение водно-электролитных нарушений
  - В. Декомпрессию кишечника
  - С. Дренирование брюшной полости

- D. Антибактериальную терапию
  - E. Парентеральное питание
31. CS. Резекция тонкой кишки показана во всех нижеперечисленных случаях, за исключением:
- A. Контузий до 1 см в диаметре
  - B. Множественных одноцентричных ранений
  - C. Пулевых ранений
  - D. Множественных продольных ранений
  - E. Разрывов брыжейки с нарушениями кровоснабжения кишечной стенки
32. CS. Показанием к наложению энтеростомы при повреждениях тонкого кишечника является:
- A. Оскольчатые ранения
  - B. Разрывы вследствие контузий живота
  - C. Сочетанные повреждения внепеченочных желчных ходов
  - D. Отрыв брыжейки на участке до 10 см
  - E. Повреждения в условиях перитонита
33. CM. Основными правилами послеоперационного ведения больных после хирургических вмешательств по поводу травматических повреждений тонкого кишечника являются:
- A. Назо-гастральная декомпрессия
  - B. Продленное искусственное дыхание
  - C. Комплексная антибактериальная терапия
  - D. Парентеральное питание
  - E. Устранение водно-электролитных нарушений
34. CS. При каком повреждении толстого кишечника не показано наложение декомпрессионной колостомы?
- A. Незначительная деструкция тканей с минимальной бактериальной обсемененностью брюшины
  - B. Огнестрельные ранения

- C. Множественные ранения восходящей кишки
  - D. Застарелые повреждения
  - E. Повреждения толстой кишки в сочетании с другими внутрибрюшными поражениями
35. CS. Лучшим методом профилактики послеоперационных гнойных осложнений при травмах прямой кишки является:
- A. Проксимальная колостома
  - B. Внутрисветный лаваж прямой кишки
  - C. Дренирование ретроректального пространства
  - D. Санация и дренирование брюшной полости
  - E. Комплексная антибактериальная терапия
36. CS. Самым грозным осложнением субкапсулярного разрыва селезенки является:
- A. Сдавление соседних органов
  - B. Абсцедирование субкапсулярной гематомы
  - C. Позднее кровотечение и гемоперитонеум (двухмоментный разрыв селезенки)
  - D. Тромбоз селезеночной вены
  - E. Образование псевдокисты селезенки
37. CS. Основным показанием к спленэктомии является:
- A. Характер и степень повреждения селезенки
  - B. Наличие сочетанных плуривисцеральных повреждений
  - C. Степень бактериальной обсемененности брюшины
  - D. Давность травмы
  - E. Возраст больного
38. CS. Наиболее серьезным поздним осложнением после спленэктомии является:
- A. Гиперспленизм
  - B. Иммунодефицитные состояния
  - C. Дисфункция ретикулоэндотелиальной системы



- D. Уменьшение функции депонирования крови  
E. Септические осложнения
39. CS. Лучшим диагностическим методом при травмах печени является:
- A. Ультразвуковое исследование
  - B. Компьютерная томография
  - C. Ангиография
  - D. Лапароцентез
  - E. Пункция и лаваж брюшной полости
40. CS. При субкапсулярной гематоме печени без разрыва паренхимы показано следующее хирургическое пособие:
- A. Пункция и отсасывание гематомы
  - B. Насечение капсулы и эвакуация гематомы
  - C. Эвакуация гематомы и диатермокоагуляция зоны печеночной деструкции
  - D. Дренирование брюшной полости
  - E. Никакие действия, ушивание брюшной полости
41. CS. Правильная хирургическая тактика при центральной гематоме печени состоит в следующем:
- A. Динамическое наблюдение за больным
  - B. Вскрытие и дренирование гематомы
  - C. Лигирование общей печеночной артерии
  - D. Пункционная эвакуация гематомы
  - E. Дренирование брюшной полости
42. CS. Наиболее частым осложнением после операций по поводу травм печени является:
- A. Печеночная недостаточность
  - B. Внутривнутрибрюшное кровотечение
  - C. Интраперитонеальный абсцесс

- D. Гемобилия  
E. Желчный свищ

43. CS. Методом выбора при лечении травматических поврежденных желчного пузыря является:
- A. Ушивание дефекта стенки желчного пузыря
  - B. Холецистостомия
  - C. Холецистэктомия
  - D. Холецистоеюностомия
  - E. Холецистогастростомия
44. CM. Какие основные клинические проявления в первые часы после закрытого повреждения желчных путей с желчным перитонитом?
- A. Выраженный болевой синдром
  - B. Состояние шока
  - C. Положительные перитонеальные знаки
  - D. Желтуха
45. CM. Характерными интраоперационными признаками повреждения поджелудочной железы являются:
- A. Забрюшинные гематомы в верхних отделах живота
  - B. Парапанкреатическая гематома
  - C. Очаги размягчения или размножения в поджелудочной железе
  - D. Кровянистый экссудат в брюшной полости с высоким титром ферментов поджелудочной железы
46. CM. Хирургическая тактика при травматических повреждениях поджелудочной железы с капсулярными и паренхиматозными разрывами без вовлечения главного панкреатического протока заключается в следующем:
- A. Хирургическая обработка раны
  - B. Тщательный гемостаз

- С. Ушивание дефектов поджелудочной железы
- D. Декомпрессия желчных путей

47. СМ. Из артериальных ветвей чревного ствола могут быть перевязаны без серьезных осложнений:

- A. Селезеночная артерия
- B. Левая венечная артерия желудка
- С. Общая печеночная артерия
- D. Ни одна из них

48. СS. При подозрении на травматическое повреждение почечных сосудов диагностический поиск начинается с:

- A. Экскреторной урографии
- B. Аортографии
- С. Компьютерной томографии
- D. Радиоизотопной ренографии

49. СМ. При травматическом повреждении почечных сосудов решение о необходимости сосудистой реконструкции или нефрэктомии основывается на следующих критериях:

- A. Общее состояние больного и тяжесть сочетанных повреждений
- B. Степень повреждения почечных сосудов, паренхимы печени, мочеточников
- С. Результаты функционального тестирования почки с противоположной стороны
- D. Продолжительность ишемии поврежденной почки

50. СМ. Забрюшинное и внутрибрюшное кровотечения могут быть обусловлены повреждением:

- A. Паренхиматозного органа
- B. Тонкой кишки
- С. Толстой кишки

- D. Брыжейки кишок
- E. Внутрибрюшных магистральных сосудов

### **Правильные ответы. Травмы брюшной полости**

1 D; 2 C; 3 A; 4 C; 5 A; 6 ABC; 7 D; 8 BD; 9 ABCD; 10 D;  
11 ABC; 12 DE; 13 E; 14 D; 15 D; 16 BDE; 17 C; 18 C; 19 A;  
20 ACD; 21 ACE; 22 E; 23 C; 24 D; 25 E; 26 ABC; 27 ABCD;  
28 A; 29 D; 30 B; 31 A; 32 E; 33 ACDE; 34 A; 35 A; 36 C; 37 A;  
38 E; 39 B; 40 D; 41 A; 42 C; 43 C; 44 AC; 45 ABCD; 46 ABCD;  
47 ABC; 48 A; 49 ABCD; 50 ADE.

### 3.29. ХИРУРГИЧЕСКАЯ ИНФЕКЦИЯ

1. СМ. Из перечисленных мест обитания анаэробов укажите места их наименьшего и наибольшего количества:
  - А. Кожные покровы
  - В. Полость рта
  - С. Пищевод и желудок
  - Д. Тощая и подвздошная кишка
  - Е. Толстая кишка
2. СС. Причинами проникновения анаэробов в ткани и кровеносное русло у хирургических больных бывают следующие, за исключением:
  - А. Травмы
  - В. Операции
  - С. Диагностических и лечебных пункций
  - Д. Распада опухоли
  - Е. Ультрасонографии
3. СС. К факторам патогенности анаэробов относят следующие, за исключением:
  - А. Специфических токсических веществ
  - В. Ферментов и продуктов их деятельности
  - С. Химических элементов антигенов и клеточных стенок
  - Д. Неспецифических продуктов распада бактерий и тканевых элементов
  - Е. Местного нарушения кровообращения
4. СС. В инфекционных очагах указанной локализации частота обнаружения анаэробов наименьшая при:
  - А. Флегмонах шеи
  - В. Одонтогенных инфекциях в полости рта и на лице
  - С. Перитонитах

- Д. Гидроаденитах
- Е. Абсцессах легких

5. СМ. Какие из перечисленных видов патологического материала для исследования на присутствие неспороженных анаэробов непригодны для бактериологического исследования?
  - А. Трансторакальный пунктат
  - В. Пунктаты гнойного содержимого абсцесса или флегмоны
  - С. Мокрота
  - Д. Биоптаты раны
  - Е. Бронхоскопический материал
6. СМ. Какие из перечисленных клинических симптомов указывают на наличие анаэробов?
  - А. Неприятный гнилостный запах экссудата
  - В. Бесструктурный детрит серого цвета
  - С. Гипергрануляция тканей в очагах поражения
  - Д. Газообразование
  - Е. Наличие лейкоцитарного вала
7. СС. Какое из перечисленных заболеваний инфекции мягких тканей не относится к анаэробным?
  - А. Клостридиальный целлюлит
  - В. Стрептококковый целлюлит
  - С. Флегмона Фурнье
  - Д. Прогрессирующая синергическая бактериальная гангрена
  - Е. Стафилококковый целлюлит
8. СМ. С выделением каких веществ связано расширение сосудов, сопровождающееся нарушением их проницаемости в первой фазе раневого процесса?
  - А. Лактатдегидрогеназа
  - В. Щелочная фосфатаза
  - С. Гистамин

- D. Кислая РНК-аза  
E. Серотонин
9. СМ. Главное значение в период пролиферации приобретают:  
A. Лейкоциты  
B. Моноциты  
C. Эндотелий капилляров  
D. Макрофаги  
E. Фибробласты
10. СС. Для развития инфекционного процесса в ране необходимо, чтобы общее количество микробов в 1г ткани превысило критический уровень, который составляет:  
A.  $10^5-10^7$   
B.  $10^4-10^6$   
C.  $10^5$   
D.  $10^5-10^6$   
E.  $10^3-10^4$
11. СМ. Какие препараты используют для лечения гнойной раны в первой фазе раневого отделяемого?  
A. Антисептики, многокомпонентные мази на водорастворимой основе  
B. Протеолитические ферменты, препараты дегидратирующего действия, сорбенты  
C. Альгипор, эктерицит, метилурацил  
D. Мази на жировой основе  
E. Бальзам Шостаковского (винилин)
12. СС. Какие препараты используют для лечения гнойной раны во второй фазе раневого процесса?  
A. Антисептики  
B. Некролитические препараты  
C. Препараты дегидратирующего действия

- D. Многокомпонентные мази на водорастворимой основе  
E. Сорбенты
13. СС. При цитологическом исследовании раневой поверхности выявлено, что в препарате содержится большое число нейтрофилов в состоянии дегенерации и деструкции в виде кариопикноза и кариорексиса, цитолиза. Какому виду цитограммы соответствует данная картина?  
A. Некротическому  
B. Дегенеративно-воспалительному  
C. Воспалительному  
D. Воспалительно-регенераторному  
E. Регенераторному
14. СС. При цитологическом исследовании раневой поверхности выявлено, что количество нейтрофилов уменьшилось до 60-70%, 20-35% клеток представлены тканевыми недифференцированными полибластами, фибробластами, лимфоцитами и макрофагами, число которых увеличилось до 5-10%. Для какого типа цитограммы характерна эта картина?  
A. Некротического  
B. Дегенеративно-воспалительного  
C. Воспалительного  
D. Воспалительно-регенераторного  
E. Регенераторного
15. СС. Принято считать, что лейкоцитарный вал:  
A. Развивается на границе жизнеспособных и омертвевших тканей  
B. Не отделяет жизнеспособные ткани от омертвевших, а всегда тесно связан с зоной расположения микробов  
C. Характеризуется развитием грануляционной ткани, постепенно выполняющей раневую дефект  
D. На ранних этапах формирования эластических волокон со-

- стоит из параллельно расположенных скоплений фибрилл диаметром нм
- Е. Образует границу между поврежденными и подлежащими слоями, препятствует обезвоживанию тканей раны, потери электролитов и белков, предупреждает инвазию микроорганизмов
16. СМ. На что должны быть направлены лечебные мероприятия в период биологического очищения раны?
- На восстановление азотистого баланса
  - На ускорение эпителизации
  - На скорейшее отторжение погибших тканей
  - На восстановление водно-электролитного баланса
  - На активации процессов замещения раневого дефекта живой тканью
17. СС. Чем достигается наиболее эффективная профилактика раневой инфекции?
- Наложением асептической повязки
  - Внутривенным введением антибиотиков
  - Первичной хирургической обработкой раны
  - Введением в рану протеолитических ферментов
  - Обкалыванием раны антибиотиками
18. СС. При раневом процессе медиаторную роль в активации плазминогена играют в основном:
- Кинины
  - Протеолитические ферменты
  - Продукты дегидратации фибриногена
  - Гистамин
  - Серотонин
19. СС. При раневой инфекции изменения содержания белков плазмы характеризуются:
- Повышением гамма-глобулинов

- Понижением бета-глобулинов
  - Понижением гамма-глобулинов и альбуминов
  - Понижением альфа- и гамма-глобулинов
  - Понижением альбуминов и повышением бета-глобулинов
20. СС. Усиление протеолиза в ране неблагоприятно сказывается на:
- Миграции макрофагов
  - Заживление раны
  - Повышение активности протеаз
  - Фагоцитозе лейкоцитами бактерий и продуктов распада тканей
  - Процессе гидроксирования пролина
21. СС. Какие из перечисленных методов дренирования раны наиболее эффективны для профилактики раневой инфекции?
- Введение марлевых турунд
  - Резиновые выпускники
  - Дренаж по Редону
  - Проточно-промывное дренирование
  - Полутрубки
22. СС. Первые признаки клостридиальной раневой инфекции чаще всего прослеживаются:
- На 5–7 сутки
  - На 3–4 сутки
  - В 1–2 сутки
  - На 7–10 сутки
  - На 2–3 неделе
23. СС. При клостридиальной инфекции рана покрыта:
- Фибрином, отделяемое серозное
  - Фибрином, отделяемое гнойное, ткани с участками некроза
  - Налетом грязно-серого цвета, отделяемое серого, коричневого характера, из раны выбухают мышцы тусклого цвета

- D. Тусклыми грануляциями, отделяемое серозно-гнойное  
E. Гнойным отделяемым, перифокальная гиперемия кожи, незначительный отек тканей
24. СS. Укажите симптом А.Ф. Бердяева при развитии клостридиальной инфекции:
- A. Отек конечностей
  - B. Болезненность при пальпации по ходу сосудисто-нервного пучка
  - C. Особый звонкий хруст при сбривании волосков в окружности раны
  - D. Появление подэпидермальных пузырей
  - E. Выпираание мышц из раны
25. СМ. Какие из перечисленных антибиотиков используются при лечении клостридиальной анаэробной инфекции?
- A. Пеницилин
  - B. Метациклин, неомицин
  - C. Тетрациклин, метициллин
  - D. Гентамицин, хлорамфеникол
  - E. Амикоцин
26. СМ. Какие токсические вещества выделяют классические возбудители клостридиальной анаэробной инфекции?
- A. Экзотоксины
  - B. Эндотоксины
  - C. Липополисахарид
  - D. Альфа-токсин, бета-токсин, ню-токсин, фибринолизин
  - E. Нейротоксин
27. СМ. На что чаще всего жалуются больные с клостридиальной инфекцией?
- A. Озноб, повышение температуры тела
  - B. Изменение цвета кожи в области поражения

- C. Ощущение распирания и выраженное сдавление в области поражения
- D. Пульсирующие боли в области поражения
- E. Учащение сердцебиения
28. СS. Наиболее эффективным средством профилактики раневой анаэробной инфекции является:
- A. Применение антибиотиков
  - B. Ранняя хирургическая обработка
  - C. Применение противогангренозной сыворотки
  - D. Применение гипербарической оксигенации
  - E. Лимфосорбция и гемосорбция
29. СМ. Какие микроорганизмы вызывают неклостридиальную анаэробную инфекцию в ране?
- A. Бактероиды, фузобактерии
  - B. Протей
  - C. Пептострептококки
  - D. Стрептококки
  - E. Бифидобактерии, эубактерии
30. СМ. Неклостридиальная анаэробная инфекция мягких тканей проявляется в виде следующих клинических форм:
- A. Мионекроз
  - B. Абсцесс
  - C. Фасциит
  - D. Целлюлит
  - E. Лимфаденит, лимфангит
31. СS. Какой препарат является средством выбора для лечения неклостридиальной анаэробной инфекции?
- A. Гентамицин
  - B. Метронидазол
  - C. Цефамизин

- D. Оксациллин  
E. Рифампицин
32. CS. Какие из указанных средств и методов не следует применять при лечении гнойных анаэробных ран в фазе гидратации?  
A. Мазевые повязки  
B. Покой  
C. Антибиотикотерапию  
D. Промывание раны перекисью водорода  
E. Теплые марганцевые ванны
33. CS. Каковы оптимальные сроки проведения первичной хирургической обработки раны с анаэробным компонентом?  
A. До 6 часов  
B. До 8 часов  
C. До 12 часов  
D. До 18 часов  
E. До 24 часов
34. CS. При бактериоидном сепсисе метастазы чаще всего наблюдаются:  
A. В легких  
B. В мозговых оболочках  
C. В печени  
D. В почках  
E. В крупных суставах
35. CS. Какой метод обезболивания наиболее целесообразен при операции по поводу анаэробной гангрены?  
A. Инфильтрационная анестезия  
B. Анестезия охлаждением  
C. Проводниковая анестезия

- D. Интубационный наркоз  
E. Внутривенный наркоз
36. CS. Укажите главное в лечении столбняка:  
A. Всякое лечение бесполезно  
B. Введение больших доз противостолбнячной сыворотки  
C. Лечение спазмолитиками  
D. Лечение антибиотиками  
E. Лечение многократным введением анатоксина
37. CS. Какое из перечисленных заболеваний чаще всего осложняется анаэробной гнойной инфекцией?  
A. Злокачественные опухоли  
B. Пороки сердца  
C. Сахарный диабет  
D. Хроническая почечная недостаточность  
E. Актиномикоз
38. CS. При диффузном перитоните аппендикулярного происхождения показаны:  
A. Аппендэктомия и санация брюшной полости  
B. Коррекция водно-электролитных нарушений  
C. Полное парентеральное питание 1–2 суток  
D. Антибактериальная терапия  
E. Всё вышеперечисленное верно

**Правильные ответы. Хирургическая инфекция**

1 CE; 2 E; 3 E; 4 D; 5 CE; 6 ABD; 7 E; 8 CE; 9 CE; 10 D; 11 AE;  
12 D; 13 B; 14 D; 15 B; 16 BC; 17 C; 18 C; 19 E; 20 B; 21 D; 22 C;  
23 C; 24 E; 25 AB; 26 AD; 27 CD; 28 B; 29 ACE; 30 ACD; 31 B;  
32 A; 33 A; 34 C; 35 D; 36 B; 37 C; 38 E.