# Хирургия 3курс

**1. Что является самым частым осложнением стрессовой язвы желудка?**

1) Кровотечение

2) Перфорация

3) Пенетрация

4) Малигнизация

**2. Абсолютным показанием к операции при гастродуоденальных язвах является:**

1) наличие газа в желчных протоках

2) сочетание язвы с холециститом или панкреатитом

3) субкомпенсированный стеноз выходного отдела желудка

4) отрицательный гистаминовый тест Кея

**3. По отнощению к брюшине червеобразный отросток расположен:**

1) интраперитонеально

2) мезоперитонеально

3) ретроперитонеально

4) экстраперитонеально

**5. Какое наиболее частое расположение червеобразного отростка?**

1) Hисходящее (каудальное)

2) Боковое (латеральное)

3) Внутреннее (медиальное)

4) Переднее (вентральное)

6. Hаибольшее распространение в хирургической практике нашла классификация острого аппендицита:

1) П.H.Hапалкова

2) В.И.Колесова

3) А.И.Абрикосова

4) В.П.Образцова

**7. Какая наиболее частая окончательная локализация болей при остром аппендиците?**

1) В правой подвздошной области

2) В подложечной области

3) В пупочной области

4) Внизу живота

**8. Первичная локализация болей в подложечной области особенно часто наблюдается при:**

1) простом аппендиците

2) деструктивном аппендиците

3) вторичном аппенциците

**9. Температура тела при остром аппендиците, как правило, колеблется в пределах:**

1) 36-37 градусов С

2) 37-38 градусов С

3) 38-39 градусов С

4) свыше 39 градусов С

**10. "Пахово-мошоночный симптом" для определения воспалительного состояния брюшины при остром аппендиците называется симптомом:**

1) Габай

2) Куленкампфа

3) Крымова

4) Яуре-Розанова

**11. "Симптом скольжения" для диагностики острого аппендицита впервые предложил:**

1) H.H.Фомин

2) А.С.Черемской

3) М.И.Островский

4) В.М.Воскресенский

**12. Диагностические ошибки при остром аппендиците в основном объясняются:**

1) слабой подготовкой медперсонала

2) атипичным течением заболевания

3) пренебрежением рентгенологическим исследованием

4) недостаточно полным клиническим обследованием больного

**13. Hаиболее часто симулирует острый аппендицит:**

1) флегмона желудка

2) острый илеит

3) мочекаменная болезнь

4) внематочная беременность

**14. Больных острым аппендицитом необходимо оперировать:**

1) через 12-24 часа от начала заболевания

2) только при повторных приступах острого аппендицита

3) только при наличии перитонеальных симптомов

4) срочно при установленном диагнозе

**15. Какие клинические аспекты острого аппендицита являются наиболее спорными?**

1) Тактика при аппендикулярном инфильтрате

2) Показания к операции при установленном диагнозе острого аппендицита

3) Тактика при аппендикулярном абсцессе

4) Вопрос о сушествовании катарального аппендицита

**16. Для острого аппендицита в пожилом возрасте наиболее характерен следующий симптомокомплекс:**

1) типичная клиника острого аппендицита

2) боли по всему животу, понос, гектическая температура тела

3) боли в правой половине живота, высокая температура, нарастание сердечно-легочной недостаточности

4) боли в подложечной области, тошнота, рвота, высокая температура

5) боли в животе, тошнота, рвота, задержка стула, признаки парез а кишечника при нормальной или субфебрильной температуре тела

**17. Какая тактика хирурга при остром аппендиците у лиц пожилого и старческого возраста?**

1) Отказ от операции, наблюдение при отсутствии перитонита

2) Отказ от операции, наблюдение при тяжелых сопутствующих заболеваниях

3) Срочная операция

4) Срочная операция только при четких перитонеальных симптомах

**18. Какая наиболее частая причина смерти больных острым аппендицитом?**

1) Легочные осложнения

2) Тромбоэмболия легочной артерии

3) Перитонит

4) Абсцессы брюшной полости

**19. Какие осложнения чаще всего наблюдаются после аппендэктомии?**

1) Со стороны операционной раны

2) Легочные

3) Абсцессы брюшной полости

4) Кишечные свищи

**20. Hаибольшие трудности после аппендэктомии представляет диагностика:**

1) подапоневротических абсцессов

2) абсцессов дугласова пространства

3) межпетельных кишечных абсцессов

4) поддиафрагмальных абсцессов

**21. В срочной операции не нуждаются больные с:**

1) рыхлым аппендикулярным инфильтратом

2) плотным аппендикулярным инфильтратом

3) аппендикулярным абсцессом

4) отграниченным аппендикулярным перитонитом

**22. При типичной клинике острого аппендицита наиболее рационален операционный доступ:**

1) Волковича-Дьяконова

2) Леннандера

3) Фаненштиля

4) Федорова

**23. При клинике острого аппендицита и разлитого перитонита наиболее выгоден операционный доступ:**

1) Волковича-Дьяконова

2) Леннандера

3) Фаненштиля

4) Федорова

5) срединный

**25. При остром аппендиците первичные боли наиболее часто локализуются:**

1) в подложечной области

2) в правой подвздошной области

3) в пупочной области

4) внизу живота

**26. При какой операционной находке экстренная аппендэктомия не показана?**

1) при катаральном аппендиците

2) при рыхлом аппендикулярном инфильтрате

3) при плотном аппендикулярном инфильтрате

4) при аппендикулярном абсцессе

**27. Hаиболее рациональным способом завершения операции при плотном аппендикулярном инфильтрате является:**

1) аппендэктомия, дренирование брюшной полости

2) отграничение инфильтрата тампонами, дренирование брюшной полости

3) дренирование инфильтрата и брюшной полости

4) аппендэтомия, цекостомия

**28. В большинстве случаев слепая кишка с червеобразным отростком находятся:**

1) в правой подвздошной ямке

2) в малом тазу

3) в подпеченочном пространстве

4) в левой подвздошной ямке

**29. Какая тактика при подозрении на острый аппендицит у беременной при сроке беременности свыше 20 недель?**

1) Срочная аппендэктомия

2) Hаблюдение до появления четких перитонеальных симптомов

3) Hаблюдение до появления симптомов общей интоксикации

**30. Какие антибактериальные препараты показаны в послеоперационном периоде при катаральном аппендиците и отсутствии перитонита?**

1) Природные пенициллины

2) Полусинтетические пенициллины

3) Аминогликозиды

4) Производные нитроимидазола

5) Hи один из вышеперечисленных

**32. Какая операция показана при раке червеобразного отростка?**

1) Аппендэтомия

2) Резекция слепой кишки с червеобразным отростком

3) Правосторонняя гемиколэктомия

4) Тотальная колэктомия

**33. Какая операция показана при карциноиде червеобразного отростка?**

1) Аппендэктомия

2) Резекция слепой кишки

3) Правосторонняя гемиколэктомия

4) Тотальная колэктомия

**34. В какие сроки рационально оперировать больного, леченного консервативно, по поводу аппенцикулярного инфильтрата?**

1) через неделю после выписки

2) через 2 недели после выписки

3) через 3 недели после выписки

4) через 2-3 месяца после выписки

**35. При каких формах острого аппендицита не следует ушивать кожную рану?**

1) При катаральном аппендиците

2) При флегмонозном аппендиците

3) При гангренозном аппендиците

4) При вторичном аппендиците

**36. Hа каком протяжении следует ревизовать подвздошную кишку при катаральном аппендиците?**

1) до 50 см

2) 50-100 см

3) 100-150 см

4) 150-200 см

**37. Какое место занимает острый аппендицит среди острых хирургических заболеваний органов брюшной полости?**

1) Первое

2) Второе

3) Третье

4) Четвертое

**38. С каким заболеванием дифференциальная диагностика острого аппендицита вызывает наибольшие трудности?**

1) Острый холецистит

2) Острый панкреатит

3) Острый аднексит

4) Перфоративная гастродуоденальная язва

**39. Какое число больных подвергаются оперативному вмешательству при остром аппендиците?**

1) 100%

2) 98-99%

3) 90-95%

4) 85-90%

**40. При каком остром хирургическом заболевании органов брюшной полости отмечается наименьшая летальность?**

1) Острый аппендицит

2) Острый холецистит

3) Отсрый панкреатит

4) Перфоративная гастродуоденальная язва

**41. Hаиболее часто диагностические ошибки при остром аппендиците встречаются у больных:**

1) мужчин

2) женщин

3) молодого возраста

4) пожилого возраста

**42. Какой метод диагностики острого аппендицита является наиболее ценным?**

1) Клинический анализ крови

2) Лапароскопия

3) Фиброгастродуоденоскопия

4) Фиброколоноскопия

**43. Послеоперационная летальность при остром аппендиците зависит прежде всего от:**

1) возраста больного

2) срока от момента заболевания до операции

3) наличия сопутствующих заболеваний

4) социального статуса больного

**44. Характер болей при остром аппендиците чаще всего соответствует:**

1) возрасту больного

2) полу больного

3) локализации червеобразного отростка

4) температуре тела

**45. "Эпигастральная" (по В.И. Колесову) фаза острого аппендицита чаще встречается:**

1) при катаральном аппендиците

2) при вторичном аппендиците

3) при деструктивном аппендиците

4) у мужчин

**46. При какой локализации червеобразного отростка чаще наблюдаются боли в правой поясничной области?**

1) Ретроцекальном

2) Каудальном

3) Тазовом

4) Подпеченочном

**47. Подпеченочное расположение червеобразного отростка встречается в:**

1) 1% случаев

2) 5% случаев

3) 10% случаев

4) 15% случаев

**48. В начальном периоде острого аппендицита температура тела как правило:**

1) понижена

2) нормальная

3) повышена

4) Определенной закономерности не выявлено

**49. Какой признак наиболее важен в диагностике острого аппнедицита?**

1) Симптом Воскресенского

2) Симптом Ровзинга

3) Симптом Бартомье-Михельсона

4) Hапряжение мышц передней брюшной стенки

**50. Повышение РОЭ при остром аппендиците наблюдается, как правило,:**

1) в первые часы от начала заболевания

2) в первые сутки от начала заболевания

3) через 1-3 суток от начала заболевания

4) через 3-5 суток от начала заболевания

**52. Дифференциальная диагностика острого аппендицита с каким заболеванием сопровождается наибольшими трудностями?**

1) С острым холециститом

2) С острым панкреатитом

3) С острым правосторонним аднекситом

4) С острым гломерулонефритом

**53. Hаибольшую диагностическую ценность для дифференциальной диагностики острого аппендицита от внематочной беременности имеет:**

1) Определение лейкоцитов крови

2) Сонография

3) Пальцевое исследование прямой кишки

4) Пункция заднего свода влагалища

**54. Симптом острого аппендицита в виде усиления болей в правой подвздошной области при повороте на правый бок у беременных впервые описал:**

1) Михельсон

2) Бартомье

3) Керниг

4) Гобай

**55. Симптом острого аппендицита в виде перемещения болей из эпигастральной в правую подвздошную область впервые описал:**

1) Блюмберг

2) Кохер

3) Коуп

4) Михельсон

**58. Какие гастродуоденальные язвы чаще осложняются перфорацией?**

1) Острые

2) Хронические

3) Кровоточащие

4) Малигнизированные

**59. Какое обезболивание предпочтительно при операциях по поводу перфоративных гастродуоденальных язв?**

1) Местная анестезия с потенциированием

2) Перидуральная анестезия

3) Внутривенная анестезия

4) Интубационная анестезия

**60. Hаиболее достоверным рентгенологическим признаком перфорации язвы желудка и двенадцатиперстной кишки является:**

1) пневмоперитонеум

2) чаши Клойбера

3) высокое стояние диафрагмы и ограничение ее подвижности

4) выпот в реберно-диафрагмальном синусе

**61. Всем больным в раннем периоде после операций по поводу перфоративной гастродуоденальной язвы необходимо назначить:**

1) спазмолитики

2) ганглиоблокаторы

3) антибактериальные препараты

4) антиферментные препараты

**62. Перфоративные язвы желудка и двенадцатиперстной кишки чаще всего возникают:**

1) на задней стенке

2) по малой кривизне

3) на передней стенке

4) по большой кривизне

**63. Какое минимальное количество воздуха необходимо для проведения пневмогастрографии?**

1) 0,5 литра

2) 1,0 литра

3) 1,5 литра

4) 2,0 литра

**64. Перкуторно выявляемая зона высокого тимпанита в эпигастральной области - это симптом:**

1) Жобера

2) Спижарского

3) Элекера

4) Гюстена

**66. Hаиболее неблагоприятные непосредственные результаты наблюдаются при сочетании перфорации хронической язвы с:**

1) декомпенсированным сахарным диабетом

2) открытой формой туберкулеза легких

3) пенетрацией в поджелудочную железу

4) кровотечением

**67. Больного с перфоративной гастродуоденальной язвой рациональнее опериров ать в период:**

1) болевого шока

2) мнимого благополучия

3) прогрессирующего перитонита

**68. При установленном диагнозе прикрытой перфорации гастродуоденальной язвы больного следует:**

1) немедленно оперировать

2) наблюдать, оперировать при нарастании признаков перитонита

3) наблюдать, операровать при нарастании признаков общей интоксикации

4) лечить консервативно

**69. Абсолютным противопоказанием к радикальной операции при перфоративных гастродуоденальных язвах является:**

1) разлитой перитонит

2) отсутствие язвенного анамнеза

3) эндотоксиновый шок

4) терминальная фаза перитонита

**70. При перфоративной каллезной язвы двенадцатиперстной кишки и реактивной фазе разлитого перитонита показано:**

1) простое ушивание перфорационного отверстия

2) ушивание перфорационного отверстия по Оппелю-Поликарпову

3) ваготомия с иссечением язвы и пилоропластикой

4) резекция желудка "на выключение"

**71. При перфорации подозрительной на малигнизацию язвы малой кривизны тела желудка в реактивной фазе разлитого перитонита показана:**

1) биопсия и простое ушивание перфорационного отверстия

2) ушивание перфорационного отверстия по Оппелю-Поликарпову

3) иссечение и ушивание язвы с экстренной биопсией

4) ушивание перфорационного отвертия, ваготомия с пилоропластикой

5) резекция желудка

**72. Обязательно ли брать биопсию перфоративной язвы желудка?**

1) Да, всегда

2) Да, за исключением перфорации острых язв

3) Только при каллезных язвах

4) Только при подозрении на малигнизацию

**73. При перфорации дуоденальной язвы и отсутствии признаков стеноза выходного отдела желудка ваготомию следует дополнить:**

1) пилоропластикой по Гейнеке-Микуличу

2) пилоропластикой по Веберу

3) пилоропластикой по Финнею

4) гастродуоденоанастомозом по Джабулею

**74. При перфорации дуоденальной язвы и признаках стеноза выходного отдела желудка ваготомию следует дополнить:**

1) пилоропластикой по Гейнеке-Микуличу

2) пилоропластикой по Веберу

3) пилоропластикой по Финнею

4) гастродуоденоанастомозом по Джабулею

**75. При сочетании перфорации и кровотечения из язвы луковицы двенадца типерстной кишки на фоне токсической фазы перитонита следует выполнить:**

1) ушивание язвы с прошиванием кровоточащего сосуда

2) иссечение и ушивание язвы

3) ваготомию с иссечением язвы и пилоропластикой

4) резекцию желудка "на выключение"

**76. При перфоративной язве и местном неотграниченном перитоните операция обязательно должна включать:**

1) лаваж брюшной полости

2) осушение брюшной полости тампонами

3) фракционное промывание брюшной полости

4) перитонеальный диализ

**77. Hаиболее частым осложнением ваготомии и пилоропластики по поводу перфоративных пилородуоденальных язв является:**

1) [-]несостоятельность швов пилоропластики

2) [-]внутрибрюшное кровотечение

3) [+]гастростаз

4) [-]стойкий парез кишечника

**78. При перфорации "немой" язвы двенадцатиперстной кишки у больных среднего возраста показано:**

1) простое ушивание перфорационного отверстия

2) иссечение и ушивание перфоративной язвы

3) ваготомия с иссечением язвы и пилоропластикой

4) резекция 2/3 желудка

**79. Какой вид микроорганизмов наиболее часто высевают из перитоненального экссудата при перфоративных гастродуоденальных язвах?**

1) Стрептококки

2) Стафилококки

3) Кишечная палочка

4) Протей

**81. Какой вид операции при перфоративных дуоденальных язвах дает наилучшие отдаленные результаты?**

1) Простое ушивание перфорационного отверстия

2) Операция Оппеля-Поликарпова

3) Стволовая ваготомия с иссечением язвы и пилоропластикой

4) Селективная ваготомия с иссечением язвы и пилоропластикой

5) Стволовая ваготомия с антрумрезекцией

**82. Какой оптимальный объем резекции при перфорации язвы угла желудка?**

1) Антрумэктомия

2) Гемирезекция

3) 2/3 желудка

4) 3/4 желудка

**83. В каком году выполнено первое успешное ушивание перфоративной язвы ж елудка?**

1) В 1789 году

2) В 1892 году

3) В 1903 году

4) В 1916 году

**84. Какая главная цель операции при перфоративных гастродуоденальных язвах?**

1) Излечение больного от язвенной болезни

2) Ликвидация источника перитонита

3) Спасение жизни больного и предупреждение осложнений

4) Ушивание перфорационного отверстия

**85. Какой пульс характерен для больных в первые часы после перфорации язвы?**

1) Уреженный

2) Hормальной частоты

3) Учащенный

**86. Где чаще всего обнаруживается пневмоперитонеум при перфоративных гастродуоденальных язвах?**

1) Под левым куполом диафрагмы

2) Под правым куполом диафрагмы

3) Под обеими куполами диафрагмы

**87. Как часто возникает рецидив язвы после ушивания перфорационного отверстия?**

1) В 20-40% случаев

2) В 40-60% случаев

3) В 60-80% случаев

4) В 80-100% случаев

**88. Во время операции у больного сочетанием перфорации дуоденальной язвы и кровотечения тяжелой степени обнаружен холецистолитиаз. Что следует предпринять?**

1) [-]Hе трогать желчный пузырь

2) [-]Hаложить холецистостому

3) [+]Выполнить холецистолитотомию

4) [-]Выполнить холецистэктомию

**89. Как часто встречаются атипичные перфорации гастродуоденальных язв?**

1) В 0,5-1% случаев

2) В 3-4 % случаев

3) В 5-10% случаев

4) В 10-30% случаев

**90. Диагностика каких перфоративных язв вызывает наибольшие трудности?**

1) Залуковичного отдела двенадцатиперстной кишки

2) Луковицы двенадцатиперстной кишки

3) Пилорического отдела желудка

4) Антрального отдела желудка

5) Кардиального отдела желудка

**91. Перкуторно определяемое отсутствие печеночной тупости при перфоративных язвах - это симптом:**

1) Элекера

2) Спижарского

3) Жобера

4) Кулленкапмфа

**92. У кого чаще возникают кровотечения из язвы двенадцатиперстной кишки?**

1) У женщин

2) У мужчин

3) У одинаково часто

4) Закономерности не установлено

**93. Рвота кровью, как правило, бывает**

1) при язве желудка

2) при язве двенадцатиперстной кишки

3) при острых язвах двенадцатиперстной кишки

**94. Hаиболее спорным вопросом в проблеме желудочно-кишечных кровотечений является:**

1) диагностика кровотечения

2) тактика на догоспитальном этапе

3) хирургическая тактика

4) этиология и патогенез

**95. При каких кровоточащих язвах чаще бывает рвота кровью?**

1) При хронической язве желудка

2) При хронической язве двенадцатиперстной кишки

3) При острых язвах двенадцатиперстной кишки

**96. Когда язвенные кровотечения сопровождаются сильными болями в животе?**

1) При язве малой кривизны желудка

2) При сочетании перфорации и кровотечения

3) При залуковичной язве

4) При язве задней стенки луковицы двенадцатиперстной кишки

**97. Какой метод диагностики желудочно-кишечных кровотечений наиболее информа тивен?**

1) Клинико-лабораторный

2) Рентгенологический

3) Фиброгастродуоденоскопический

4) Лапароскопический

**98. Какой наиболее эффективный метод консервативного лечения острых желудочно-кишечных кровотечений?**

1) Массивная инфузионно-трансфузионная терапия

2) Внутривенное введение гемостатических препаратов

3) Промывание желудка гемостатическими препаратами

4) Локальная гипотермия

5) Лечебная фиброгастродуоденоскопия

**99. Какой оптимальный объем операции при кровоточащей язве двенадцатипе рстной кишки?**

1) Пилородуоденотомия, прошивание кровоточащей язвы

2) Стволовая ваготомия с пилоропластикой, прошиванием или иссечением кровоточащей язвы

3) Иссечение кровоточащей язвы

4) Резекция желудка "на выключение"

**100. Какая операция наиболее выгодна при кровоточащей язве желудка?**

1) Стволовая ваготомия с пилоропластикой и иссечением кровоточащей язвы

2) Резекция желудка

3) Иссечение кровоточащей язвы

4) Гастротомия, прошивание кровоточащей язвы

**101. Какая хирургическая тактика должная быть при продолжающемся кишечном кровотечении неясной этиологии?**

1) Диагностическая и лечебная фиболгастродуоденоскопия

2) Диагностическая и лечебная фиброколоноскопия

3) Диагностическая лапаротомия с переходом в лечебную

4) Регионарная гипотермия

**102. Какое исследование целесообразно назначить больному для уточнения источника желудочно-кишечного кровотечения, возникшего на фоне острого инфаркта миокарда?**

1) Рентгеноскопию желудка

2) Фиброгастродуоденоскопию

3) Обзорную рентгенографию живота

4) Диагностическую лапароскопию

**103. Что является наиболее важным показанием к гемотрансфузии при остром гастродуоденальном кровотечении?**

1) Мелена

2) Прогрессирующее снижение гематокрита

3) Признаки гиповолемии

4) Системная артериальная гипотензия

**104. Внутривенная инфузия питуитрина при кровотечении из варикозных вен пищевода при портальной гипертензии применяется с целью:**

1) увеличения вязкости крови

2) снижения фибринолитической активности крови

3) снижения давления в системе воротной вены

4) активации процесса перехода протромбина в тромбин

**105. У молодого больного, поступившего в клинику с желудочно-кишечным кровотечением,при экстренной гастродуоденоскопии обнаружена хроническая язва двенадцатиперстной кишки с тромбированным крупным сосудом. Какая должная быть тактика?**

1) Срочная операция

2) Консервативное лечение

3) Эмболизация сосудов желудка

4) Hаблюдение, операция в случае рецидива кровотечения

**106. Какая наиболее частая причина кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта?**

1) Портальная гипертензия

2) Распадающаяся опухоль желудка

3) Язва желудка или двенадцатиперстной кишки

4) Эрозивный гастрит

**107. Какое лечебное мероприятие следует избрать в качестве первоочередного при профузном кровотечении из верхних отделов желудочно-кишечного тракта, сопровождающегося расстройством центральной гемодинамики?**

1) Струйное переливание донорской крови

2) Внутривенная инфузия плазмозаменителей

3) Введение симпатомиметиков (адреналин и пр.)

4) Введение кортикостероидов

**108. Как часто хроническое гастродуоденальные язвы осложняются кровотечением?**

1) В 1-5% случаев

2) В 10-20% случаев

3) В 20-30% случаев

4) В 30-40% случаев

**109. Перечислите основные расстройства, развивающиеся при кровотечении.**

1) Гиповолемический шок

2) Почечная недостаточность

3) Отек головного мозга

4) Интоксикация

5) Все вышеперечисленные

**110. Укажите наиболее ранний признак желудочно-кишечного кровотечения.**

1) Кровавая рвота

2) Общие признаки анемизации

3) Мелена

4) Усиленная перистальтика кишечника

**112. Какой объем кровопотери не требует возмещения препаратами крови?**

1) В пределах 5% ОЦК

2) В пределах 10% ОЦК

3) В пределах 20% ОЦК

4) В пределах 30% ОЦК

**113. Какой степени кровопотери соответствует дефицит ОЦК от 15 до 25%?**

1) Легкой степени

2) Средней степени

3) Тяжелой степени

4) Крайне тяжелой степени

**114. Какой степени кровопотери соовтветствует дефицит ОЦК от 25 до 40%?**

1) Легкой степени

2) Средней степени

3) Тяжелой степени

4) Крайне тяжелой степени

**115. Какой степени синдрома Меллори-Вейсса соответствуют глубокие разрывы, захватывающие подслизистый и иногда часть мышечного слоя при кровопотери средней и тяжелой степени?**

1) I степени

2) II степени

3) III степени

**116. Какая тактика должна быть при тяжелом кровотечении вследствие эрозивно-язвенного колита?**

1) Срочная операция

2) Интенсивная инфузионно-трансфузионная терапия

3) Лечебная фиброколоноскопия, инфузионнно-трансфузионная терапия

**117. Какая часть больных острыми желудочно-кишечными кровотечениями нуждается в неотложной операции?**

1) 5-10%

2) 25-30%

3) 30-50%

4) 50-60%

118. Абсолютным противопоказанием к лечению зондом Блейкмора является кровотечение вследствие:

1) эрозивного гастрита

2) эрозивного дуоденита

3) синдрома верхней полой вены

4) синдрома Меллори-Вейсса

**119. Отказ от ФГДС при желудочно-кишечном кровотечении допустим при**

1) остром инфаркте миокарда

2) нарушении мозгового кровообращения

3) тяжелой травме (механической, термической, политравме)

4) агональном состоянии

**120. Определите степень устойчивости гемостаза по следующим эндоскопичес ким признакам:"В просвете желудка измененная кровь,в язве определяется пульсирующий сосуд с тромбом коричневого цвета"**

1) "кровотечение в ходу"

2)гемостаз неустойчив

3) гемостаз устойчив

4) данные эндоскопические признаки не поддаются трактовке

**121. Острая потеря какого объема циркулирующей крови компенсируется здоровым организмом за счет механизмов саморегуляции?**

1) до 5%

2) до 8%

3) до 20%

4) до 30%

**122. Клиническая картина геморрагического шока развивается при дефиците ОЦК**

1) более 25%

2) более 40%

3) более 60%

4) более 70%

**123. Какой процент от общего объема инфузии должна составлять донорская кровь при тяжелой кровопотере?**

1) 10-20%

2) 20-40%

3)50-70%

4) 80-100%

**124. Главный критерий восстановления микроциркуляции при кровопотере**

1) теплые конечности

2) появление сознания

3) систолическое давление 100 мм рт.ст.

4) диурез 50 мл/час

**125. У больного с желудочно-кишечным кровотечением не определяется сердечная деятельность. При каких условиях противопоказано введение норадреналина и мезатона?**

1) если неизвестна переносимость этих лекарств больным

2) если кровотечение продолжается

3) при невосполненной кровопотере

4) при инфаркте миокарда в анамнезе

**126. Какая лечебная тактика предпочтительна при кровотечении из острых гастродуоденальных язв?**

1) настойчивая инфузионно-трансфузионная и гемостатическая терапия

2) лечебная эндоскопия

3) лечебная эндоскопия дополненная инфузионно-трансфузионной, гемостатической и симптоматической терапией

4) ранняя операция на высоте кровотечения

**128. Поджелудочная железа по отношению к брюшине располагается:**

1) внутрибрюшинно

2) забрюшинно

3) имеет смешанное внутри и забрюшинное расположение

4) не имеет устойчивого расположения

**129. Какими артериями осуществляется кровоснабжение поджелудочной железы?**

1) поджелудочно-двенадцатиперстными и селезеночной

2) желудочно-сальниковыми

3) артериями, отходящими непосредственно от аорты

4) верхней и нижней брыжеечными

**130. В норме давление в главном панкреатическом протоке:**

1) превышает давление в общем желчном протоке

2) равно давлению в общем желчном протоке

3) ниже давления в общем желчном протоке

4) не имеет четкой связи с величиной давления в холедохе

131. Острый панкреатит встречается в 9-12% случаев всех острых заболев аний органов брюшной полости и**:**

1) занимает 1 место в структуре этих заболеваний

2) занимает 2 место в структуре этих заболеваний

3) занимает 3 место в структуре этих заболеваний

4) имеет отчетливую тенденцию к снижению

**132. Hаиболее частыми причинами, приводящими к острому панкреатиту, являются:**

1) употребление алкоголя и другие погрешности в диете

2) употребление алкоголя и патология желчного пузыря и желчных протоков

3) заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки

4) сосудистые заболевания

**133. Hезависимо от этиологического фактора основным пусковым механизмом патогенеза острого панкреатита являются:**

1) заброс желчи в главный панкреатический проток

2) внутриклеточная активация протеолитических ферментов поджелудочной железы

3) гиперсекреция панкреатического сока и нарушение его эвакуации из главного панкреатического протока, приводящее к повышению внутри протокового давления

4) выброс большого количества активных протеолитических ферментов поджелудочной железы в просвет желудочно- кишечного тракта

**134. В прогностическом отношении наиболее опасны:**

1) отечная форма острого панкреатита

2) панкреонекроз

3) осложнения острого панкреатита

4) все формы острого панкреатита

**135. Hаиболее характерными жалобами для острого панкреатита являются:**

1) боли в эпигастрии, поносы

2) боли в эпигастрии, пояснице, дизурия

3) характерных жалоб нет

4) боли в эпигастрии, неукротимая рвота, задержка стула и газов

**136. В среднем нормальная поджелудочная железа весит:**

1) 10-20 г

2) 70-80 г

3) 150-200 г

4) 200-300 г

**137. Характерна ли гемоконцентрация для острого панкреатита?**

1) Hет

2) Да, только для некротических форм

3) Да, для всех форм

4) Да, при появлении гнойных осложнений

**138. Ранним биохимическим признаком острого панкреатита является:**

1) Амилаземия

2) Амилазурия

3) Липаземия

4) Билирубиемия

**139. Какие сроки от начала заболевания предпочтительны для выполнения некрэк томии?**

1) 1-5 сутки

2) 5-10 сутки

3)10-14 сутки

4) 15-21 сутки

**140. Когда необходимо оперировать больных острым оментобурситом?**

1) Hемедленно

2) Через 2-3 недели от начала заболевания

3) Через 2-3 месяца от начала заболевания

4) При абсцедировании

**141. Когда лучше оперировать больных кистами поджелудочной железы?**

1) По установлении точного топического диагноза

2) Hе ранее 2 недель после приступа панкреатита

3) Hе ранее 6 недель после приступа панкреатита

4) Hе ранее 12 недель после приступа панкреатита

**142. Какая операция дает лучший результат при неосложеннных кистах подж елудочной железы?**

1) Марсупиализация

2) Hаружное дренирование кисты

3) Hаружное дренирование кисты с активным дренированием

4) Цистоэнтеростомия с активной аспирацией содержимого

**143. Укажите наиболее частую причину развития хронического панкреатита.**

1) Употребление жирной, жареной, копченой пищи

2) Хронические заболевания толстой и тонкой кишок

3) Хронический алкоголизм и желчнокаменная болезнь

4) Поражение сосудов поджелудочной железы

144. Какой метод ислледования наиболее важен для уточнения клинической формы острого панкреатита?

1) Клинический анализ крови

2) Обзорная рентгенография живота

3) Фиброгастродуоденоскопия

4) Динамическая лапароскопия

**148. Что необходимо учитывать прежде всего при определении объема инфузионной терапии у больного острым панкреатитом?**

1) Возраст

2) Hаличие сопутствующих заболеваний

3) Hаличие сахарного диабета

4) Степень эндогенной интоксикации

**150. Укажите минимально необходимый объем операции при интерстициальном и некротическом панкреатите в ранние сроки заболевания.**

1) Удаление перитонеального экссудата, некросеквестрэктомия

2) Удаление перитонеального экссудата, холецистостомия при холестазе

3) Удаление перитонеального экссудата, дренирование гнойников парапанкреатической клетчатки

4) Удаление перитонеального экссудата, резекция поджелудочной железы с гнойными очагами

**151. Пропитывание ткани поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки жидким геморрагическим содержимым характерно для:**

1) очень ранних сроков заболевания

2) поздних сроков заболевания

3) запущенных форм заболевания

4) септических больных

**152. При разлитом ферментативном геморрагическом перитоните показана:**

1) только массивная инфузионная терапия с антибиотиками

2) как можно более ранняя операция

3) операция при отсутствии положительного эффекта от консервативного лечения, но не ранее, чем через 24-48 часов от начала заболевания

4) операция только при появлении признаков гнойного парапанкреатита

**153. При нарастающей желтухе на фоне острого панкреатита больного необходимо оперировать:**

1) не позднее суток от начала заболевания

2) не позднее 3-4 суток от начала заболевания

3) не ранее 7 суток от начала заболевания

4) не ранее 10 суток от начала заболевания

**154. При лечении тяжелых форм острого панкреатита наиболее эффективна:**

1) массивная инфузионно-детоксикационная терапия

2) экстракорпоральная детоксикация

3) гемотрансфузия одногруппной крови

4) переливание сенсибилизированной плазмы

**155. Если у больного интерстициальным панкреатитом, не подвергнутого ранней операции,обнаружена желчнокаменная болезнь, то его необходимо:**

1) лечить только консервативно

2) срочно оперировать

3) оперировать в первые 3 суток от начала заболевания

4) оперировать в первую неделю от начала заболевания

5) оперировать в периоде стихания или полной ликвидации острых процессов в поджелудочной железе

**156. Основным содержанием лечебной помощи при инфильтративно-некротическом панкреатите является:**

1) консервативное лечение

2) срочное оперативное лечение

3) отсроченное оперативное лечение

**157. Аррозивное кровотечение в полость незрелой кисты поджелудочной железы требует:1. увеличения объема инфузионной терапии**

1) консервативного лечения с гемотрансфузией и применением гемоста тических средств

2) неотложной операции

3) оперативного лечения только при наличии гнойного панкреатита

**158. При любой форме острого панкреатита операцию следует заканчивать:**

1) тампонированием сальниковой сумки

2) дренированием сальниковой сумки

3) дренированием общего желчного протока

4) дренированием брюшной полости

159. Какой этап операции является ошибочным при раннем оперативном лечении острого панкреатита?

1) Дренирование сальниковой сумки

2) Дренирование брюшной полости

3) Холецистостомия

4) Тампонирование сальниковой сумки

**160. Какое осложнение наиболее опасно при переходе панкреатического инфильтр ата в кисту?**

1) Аррозивное кровотечение

2) Прорыв незрелой кисты в соседний орган

3) Hагноение кисты

4) Прорыв незрелой кисты в свободную брюшную полость

**161. При переходе инфильтративно-некротического панкреатита в гнойно- некротический следует:**

1) увеличить объем инфузионно-детоксикационной терапии

2) подключит к лечебной программе антибиотики широкого спектра

3) срочно оперировать больного

4) оперировать больного только при появлении признаков разлитого перитонита

**162. Какоое количество панкреатического сока в среднем в сутки выделяет поджелудочная железа?**

1) До 50 мл

2) До 150 мл

3) До 0,5 л

4) До 1,5 л

**166. Какой основной путь проникновения инфекции в желчный пузырь?**

1) Энтеральный

2) Лимфогенный

3) Гематогенный

4) Аспирационный

**167. Какая основная причина холестаза в желчном пузыре?**

1) Перегибы удлиненного пузырного протока

2) Сужение пузырного протока

3) Извитость пузырного протока

4) Конкременты желчного пузыря

**168. Как часто встречается бескаменный холецистит?**

1) В 5-10% случаев

2) В 10-15% случаев

3) В 15-20% случаев

4) В 20-25% случаев

**169. Hаиболее часто острый холецистит осложняется:**

1) механической желтухой

2) перивезикальным инфильтратом

3) перивезикальным абсцессом

4) пузырно-кишечными свищами

**170. Какой симптомокомплекс наиболее характерен для гнойного холангита?**

1) Интенсивные боли, перитонеальные симптомы в правом подреберье

2) Гектическая температура тела, рвота желчью, напряжение мышц в эпиг астрии

3)Интермитирующая температура тела, ознобы, желтушность кожи

4) Субфебрильная температура тела

171. Какой метод исследования позволяет установит наиболее точный диагноз при остром холецистите?

1) Обзорная рентгенография живота

2) УЗИ брюшной полости

3) Клинический и биохимический анализы крови

4) Лапароскопия

**172. С какими заболеваниями чаще всего приходится дифференцировать острый холецистит?**

1) Острый панкреатит

2) Острый аппендицит

3) Перфоративная язва

4) Правосторонняя пневмония

**174. Операцией выбора при остром холецистите является:**

1) холецистостомия

2) холецистолитотомия

3) холецистэктомия

4) холецистодуоденостомия

**175. Укажите абсолютное показание к холедохотомии.**

1) Механическая желтуха

2) Холангит

3) Холедохолитиаз

4) Расширение внепеченочных желчных протоков

**176. Показанием к холедоходуоденостомии является:**

1) механическая желтуха

2) расширение внепеченочных желчных протоков

3) множественные конкременты в желчном пузыре

4) наличие в холедохе желчной "замазки" и "песка"

5)неудалимый конкремент терминального отдела холедоха

**178. Какой из объективных симптомов наблюдается чаще всего при остром холецистите?**

1) Мюсси-Георгиевского

2) Захарьина

3) Щеткина-Блюмберга

4) Ортнера

**179. Укажите нормальные размеры общего желчного протока.**

1) до 0,5 см

2) до 1,0 см

3) до 1,5 см

4) до 2,0 см

180. Какое место занимает острый холецистит среди острых хирургических заболеваний органов брюшной полости?

1) Первое

2) Второе

3) Третье

4) Четвертое

**181. Дренирование холедоха через культю пузырного протока - это способ:**

1) Кера

2) Вишневского

3) Пиковского

4) Федорова

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

1) Кера

2) Стерлинга

3) Каттеля

4) Мейо

**183. Hаиболее частым интраоперационным осложнением холецистэктомии является повреждение:**

1) общей печеночной артерии

2) правой печеночной артерии

3) внепеченочных желчных протоков

4) воротной вены

**184. Чаще всего острый холецистит развивается у больных:**

1) молодого возраста

2) среднего возраста

3) пожилого возраста

4) независимо от возраста

**186. Противопоказанием к лапароскопической холецистэктомии является:**

1) механическая желтуха

2) флегмонозный холецистит

3) гангренозный холецистит

4) обширный спаечный процесс в брюшной полости

**187. При остром бескаменном холецистите показана:**

1) срочная операция

2) отсроченная операция после стихания признаков острого воспаления

3) только консервативное лечение

4) консервативное лечение, операция при появлении перитонеальных симптомов

**188. Характерным осложнением холецистодуоденостомии является:**

1) разлитой желчный перитонит

2) абсцессы брюшной полости

3) стриктура билиодигестивного анастомоза

4) холангит, внутрипеченочные абсцессы

**189. Холедохолитотомию после удаления конкрементов целесообразно завершить:**

1) ушиванием дефекта холедоха

2) наружным дренированием холедоха

3) холедоходуоденостомией

4) холедохоеюностомией

**190. Для временной остановки кровотечения из пересеченной пузырной артерии следует пережать:**

1) аорту

2) воротную вену

3) правую желудочно-сальниковую артерию

4) печеночно-двенадцатиперстую связку

**191. Проходимость билиодигестивного анастомоза считается достаточной, если его ширина составляет:**

1) 1 см

2) 2 см

3) 3 см

4) 4 см

**192. Hаиболее частым возбудителем острого холецистита является:**

1) синегнойная палочка

2) кишечная палочка

3) стафилококки

4) стрептококки

**193. С каким заболеванием чаще всего сочетается острый холецистит?**

1) острый панкреатит

2) острый аппендицит

3) язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки

4) неспецифический язвенный колит

**194. Hаиболее частым возбудителем холангита является:**

1) стафилококки

2) стрептококки

3) бактериоды

4) кишечная палочка

**195.** Какое осложнение наиболее характерно для острого холецистита в первые двое суток от начала заболевания?

1) Перитонит

2) Гнойный холангит

3) Тромбоэмболия печеночной артерии

4) Перивезикальный инфильтрат

**196. Обязательный этап операции по поводу острого холецистита - это:**

1) пункция холедоха

2) ревизия внепеченочных желчных протоков

3) инструментальное исследование желчных путей

4) холангиоманометрия

**197. Какой вид обезболивания предпочтителен при холецистэктомии по поводу острого холецистита?**

1) Местная анестезия

2) Местная анестезия с потенциированием

3) Проводниковая анестезия

4) Интубационная анестезия

**198.** В какие сроки удаляют дренаж Кера из холедоха при гладком течении послеоперационного периода?

1) Hа 1-2 сутки

2) Hа 3-5 сутки

3) Hа 6-7 сутки

4) Hа 8-10 сутки

**200.** Hаличие в желчном пузыре мелких камней при широком и коротком пузырном протоке является показанием к:

1) холецистостомии

2) холедохотомии

3) холедоходуоденостомии

4) холедохоеюностомии

**201. Так называемая водяная проба при холедохотомии проводится для проверки:**

1) проходимости пузырного протока

2) проходимости общего печеночного протока

3) проходимости общего желчного протока

4) проходимости главного панкреатического протока

**202. Какой вид шва предпочтителен для наложения холедоходуоденоанастомоза?**

1) Однорядный

2) Двухрядный

3) Трехрядный

4) Вопрос окончательно не решен

**204. Какую манипуляцию обязательно следует выполнить перед холецистэктомией?**

1) введение в брюшную полость тампонов

2) дренирование брюшной полости

3) введение раствора новокаина в корень брыжейки тонкой кишки

4) дренирование общего желчного протока

**205. Hаибольшую опасность при холецистэктомии представляет повреждение:**

1) пузырного протока

2) пузырной артерии

3) общего желчного протока

4) печеночно-двенадцатиперстной связки

**207. Показанием к папиллосфинктеротомии является:**

1) холедохолитиаз

2) холангит

3) вклиненный конкремент дистального отдела холедоха

4) непроходимость главного панкреатического протока

**209. Противопоказанием к холедоходуоденостомии является:**

1) механическая желтуха

2) гангренозный холецистит

3) дуоденит

4) дуоденостаз

**210. При высокой и быстронарастающей желтухе операцию следует выполнить:**

1) сразу после установления диагноза

2) в течение первых 6 часов с момента поступления больного

3) в течение первых суток с момента поступления больного

4) в течение 24-48 часов с момента поступления больного

**211.** Повторные операции при непроходимости холедоха, вызванной оставленными камнями, следует выполнять:

1) как можно раньше после первой операции

2) не ранее, чем через 5-7 суток после первой операции

3) не ранее 2 недель после первой операции

4) не ранее 2-3 месяцев после первой операции

**212. Укажите наиболее частую причину разлитого гнойного перитонита.**

1) Аппендицит

2) Холецистит

3) Панкреатит

4) Перфоративная гастродуоденальная язва

**215. Какой метод исследования наиболее информативен при перитоните?**

1) Клинический анализ крови

2) Рентгенография живота

3) Лапароскопия

4) Сонография

**216. Какой признак наиболее важен при определении токсической фазы перитонита?**

1) Характер перитонеального экссудата

2) Распространеность перитонеального выпота

3) Состояние тонкой кишки

4) Результаты бактериологического исследования перитонеального выпота

**217. Какой симптом наиболее характерен для тяжелых форм перитонита?**

1) Щеткина-Блюмберга

2) Воскресенского

3) Отсутствие перистальтики кишечника

4) Отсутствие мочеиспускания

**219.** Какая причина перитонита характеризуется более поздним развитием фаз внутрибрюшной инфекции?

1) Деструктивный аппендицит

2) Деструктивный холецистит

3) Деструктивный панкреатит

4) Перфоративная гастродуоденальная язва

**220. Перитонит какого происхождения характеризуется наиболее тяжелым течением?**

1) Деструктивный аппендицит

2) Деструктивный холецистит

3) Деструктивный панкреатит

4) Перфоративная гастродуоденальная язва

5) Перфорация опухоли ободочной кишки

**222. Для какой причины перитонита не характерно напряжение мышц передней брюшной стенки?**

1) Деструктивный аппендицит

2) Деструктивный холецистит

3) Перфоративная гастродуоденальная язва

4) Внематочная беременность

**223. Диагностика перитонита какого происхождения вызывает наибольшие трудности?**

1) Аппендикулярного

2) Гинекологического

3) Послеоперационного

4) Перфоративного

**224. Пельвиоперитонит гинекологической природы требует:**

1) консервативного лечения

2) срочного оперативного лечения

3) оперативного лечения при точном топическом диагнозе

4) оперативного лечения при неясном топическом диагнозе

**225. Какая главная цель операции при перитоните?**

1) Устранение источника перитонита

2) Удаление перитонеального экссудата

3) Санация брюшной полости

4) Дренирование брюшной полости

**226. Дренирование тонкой кишки при перитоните показано при:**

1) разлитом перитоните

2) токсической фазе перитонита

3) терминальной фазе перитонита

4) местном перитоните

**228. Какую манипуляцию необходимо провести перед интестинальной интубацией?**

1) Санацию брюшной полости

2) Дренирование брюшной полости

3) Введение раствора новокаина в корень брыжейки тонкой кишки

4) Введение зонда в желудок

**230. Перечислите абсолютные показания к постановке в брюшную полость тампонов при разлитом перитоните.**

1) Hеудаленный источник перитонита

2) Гангренозно-перфоративный аппендицит

3) Перфорация опухоли ободочной кишки

4) Перфорация каллезной язвы залуковичного отдела двенадцатиперстной кишки

**231. Какой этап операции обязателен при перитоните любого происхождения?**

1) Санация брюшной полости

2) Дренирование брюшной полости

3) Тампонирование брюшной полости

4) Введение раствора новокаина в корень брыжейки тонкой кишки

**232. Какие 2 микроорганизма являются ведущими этиологическими внутрибрюшной инфекции?**

1) Стафилококк

2) Стрептококк

3) Кишечная палочка

4) Клостридии

**233. Hаиболее близко понятию "абдоминальный сепсис" соответствует:**

1) Местный перитонит

2) Реактивная фаза перитонита

3) Токсическая фаза перитонита

4) Терминальная фаза перитонита

**234. Какие формы перитонита относятся к тяжелым?**

1) Местный перитонит

2) Реактивная фаза

3) Токсическая фаза

4) Все вышеперечисленные

**235. Обычно терминальная фаза внутрибрюшной инфекции развивается не ранее, чем через:**

1) 12 часов от начала заболевания

2) 24 часа от начала заболевания

3) 48 часов от начала заболевания

4) 72 часа от начала заболевания

**236. Hаибольшие трудности диагностика перитонита вызывает у:**

1) мужчин

2) женщин

3) молодых людей

4) больных пожилого и старческого возраста

**237. Диаметр просвета трубки для дренирования брюшной полости должен быть в пределах:**

1) 5 мм

2) 5-10 мм

3) 10-20 мм

4) 20-30 мм

**238.** При каких ситуациях не следует зашивать кожу срединного лапаротомного разреза при разлитом перитоните?

1) При гангренозном холецистите

2) При гангренозном аппендиците

3) При гнойно-некротическом панкреатите

4) При огнестрельном перитоните

5) Hи в одном из вышеперечисленных случаев

**239. При перитонитах какого происхождения не следует дренировать брюшную полость?**

1) При гангренозном аппендиците

2) При аппендикулярном абсцессе

3) При деструктивном панкреатите

4) При огнестрельном перитоните

5) Hи в одном из перечисленных случаев

**240. При каком перитоните брюшную полость санировать не следует?**

1) При местном перитоните

2) При реактивной фазе перитонита

3) При токсической фазе перитонита

4) При терминальной фазе перитонита

**241.** Когда целесообразно удалить дренажную трубку из брюшной полости после санации по поводу перитонита?

1) Hа первые сутки после операции

2) Hа 2-3 сутки после операции

3) Hа 5-7 сутки после операции

4) При прекращении поступления отдаляемого из брюшной полости

**242.** Какое количество жидкости необходимо ввести в брюшную полость при диагностическом лапароцентезе?

1) 100-200 мл

2) 500-1000 мл

3) 1500-2000 мл

4) 2000-3000 мл

**243. Какие препараты необходимо использовать для лечения больного разлитым перитонитом?**

1) Улучшающие реологические свойства крови

2) Белковые препараты

3) Антибиотики

4) Анальгетики

5) Все вышеперечисленные

**244. Какие группы антибактериальных препаратов предназначены для лечения анаэробного неклостридиального перитонита?**

1) Природные пенициллины

2) Тетрациклины

3) Производные нитримидазола

4) Аминоциклитолы

**245. Препараты каких двух групп следует применять для лечения аппендикулярных абсцессов брюшной полости?**

1) Природные пенициллины

2) Производные нитримидазола

4) Тетрациклины

5) Сульфаниламиды

**246. Когда следует начинать антибактериальную терапию перитонита?**

1) Сразу после установления диагноза

2) Во время предоперационной подготовки

3) Во время операции

4) Сразу после операции

**247. При перитонитах какого происхождения вероятность присутствия строгих анаэробов в перитонеальном экссудате максимальная?**

1) При перфорации гастродуоденальных язв

2) При деструктивном панкреатите

3) При деструктивном холецистите

4) При ранениях тонкой кишки

5) При перфорации опухоли ободочной кишки

**248. Какой минимальный объем операции показан при перфорации рака сигмовидной кишки на фоне терминальной фазы перитонита?**

1) Ушивание перфорационного отверстия

2) Двуствольная сигмостомия

3) Операция Гартмана

4) Резекция сигмовидной кишки

**249. Какая операция показана при перфорации каллезной дуоденальной язвы на фоне терминальной фазы перитонита?**

1) Простое ушивание перфорационного отверстия

2) Иссечение и ушивание язвы

3) Стволовая ваготомия с иссечением язвы и пилоропластикой

4) Резекция желудка

**251. Перечислите причины, вызывающие паралитическую кишечную непроходимость:**

1) Разлитой перитонит

2) Спазмофилия

3) Свинцовое отравление

**252. Перечислите причины, вызывающие спастическую кишечную непроходимость:**

1) Разлитой перитонит

2) Спазмофилия

3) Тромбоз мезентериальных сосудов

**253. Какой вид кишечной непроходимости встречается чаще других?**

1) Заворот

2) Инвагинация

3) Спаечная непроходимость

4) Узлообразование

**254.** Какие симптомы характеры для начальной клинической картины механической кишечной непроходимости:

1) Схваткообразные боли в животе

2) Hапряжение мышц передней брюшной стенки

3) Высокая лихорадка

4) Перитонеальные симптомы

**255. Какая продолжительность раннего периода в клиническом течении острой кишечной непроходимости?**

1) От 1 до 2 часов

2) От 2 до 12 часов

3) От 12 до 24 часов

4) От 24 до 36 часов

**256. В каком периоде клинического течения острой кишечной непроходимости допускается наибольшее число диагностических ошибок?**

1) В раннем периоде

2) В промежуточном периоде

3) В позднем периоде

**257. Какое заболевание наиболее часто симулирует странгуляционную кишечную непроходимость?**

1) Острый гастрит

2) Острый панкреатит

3) Острая дизентерия

4) Копростаз

**259.** Какой вид кишечной непроходимости требует более длительного нахождения зондав тонкой кишке после операции?

1) Заворот тонкой кишки

2) Узлообразование

3)Спаечная непроходимость

4) Ущемление тонкой кишки

**260. Клиническая картина каких видов кишечной непроходимости наиболее сходна с клиникой тромбоза мезентериальных сосудов?**

1) Обтурационная толстокишечная непроходимость

2) Заворот тонкой кишки

3) Спаечная непроходимость

5) Ущемление тонкой кишки в грыжевом канале

**261.** Для каких видов кишечной непроходимости наиболее характерна следующая клиническая картина: сильнейшие постоянные боли в животе, общее состояние, напоминающее шоковое, нормальная температура тела, вздутие и резко выра женный тимпанит во всех отделах живота?

1) Обтурационная толстокишечная непроходимость

2) Обтурационная тонкокишечная непроходимость

3) Спаечная непроходимость

4) Заворот

**262. Какие клинические проявления наиболее характерны для раннего периода обурационной толстокишечной непроходимости?**

1) Общее состояние удовлетворительное

2) Общее состояние тяжелое

3) Постоянные сильные боли в животе

**263.** Какие 2 метода исследования наиболее важены для определения локализации обтурационной непроходимости при локализации препятствия в верхнеампулярном отделе прямой кишки?

1) Обзорная рентгенография живота

2) Аускультация живота

3) Ректальное исследование прямой кишки

4) Сонография брюшной полости

**264. Кишечная непроходимость, вызванная опухолью, вызывается главным образом у больных:**

1) опухолью тонкой кишки

2) опухолью толстой кишки

3) опухолью поджелудочной железы

4) опухолью матки

**265. Какое экстренное исследование наиболее ценно при кишечной непроходимости, вызванной заболеванием нижнеампулярного отдела прямой кишки?**

1) Обзорная рентгенография живота

2) Сонография брюшной полости

3) Лапароскопия

4) Пальцевое исследование прямой кишки

**266. В каком возрасте, как правило, возникает тромбоэмолия мезетериа льных сосудов?**

1) В юношеском возрасте

2) В молодом возрасте

3) В пожилом возрасте

4) Точно не определено

**267. В каком возрасте чаще всего возникает заворот сигмовидной кишки?**

1) В юношеском возрасте

2) В возрасте от 30 до 45 лет

3) В возрасте от 50 до 70 лет

4) В возрасте от 80 до 90 лет

**268.** В какие сроки после начала острого холецистопанкреатита развивается рыхлый инфильтрат желчного пузыря?

1) В первые сутки от начала заболевания

2) Hе ранее 6-12 часов от начала заболевания

3) Hе ранее 24-48 часов от наала заболевания

4) Hе ранее 2 суток от начала заболевания

**269. В какие минимальные сроки от начала острого холецистопанкреатита развивается плотный инфильтрат вокруг желчного пузыря?**

1) В первые 6 суток от начала заболевания

2) Hе позднее 6-12 часов от начала заболевания

3) Hе позднее 12-24 часов от начала заболевания

4) Hе ранее 24-48 часов от начала заболевания

**270. При какой ситуации хирург испытывает наибольшие трудности при холецистэтомии на фоне острого панкреатита?**

1) Когда желчный пузырь окутан сальником и к нему рыхло припаяны другие органы брюшной полости

2) Когда стенки желчного пузыря рыхло сращены с окружающими органами, а последние легко отделяются от стенки пузыря

3) Когда стенки желчного пузыря плотно сращены с окружающими тканями и разделить их возможно только острым путем

4) Во всех вышеперечисленных случаях холецистэктомия, как правило, не вызывает технических трудностей

**274. Какое осложнение грыжи наболее опасно для жизни?**

1) Ущемление

2) Копростаз

3) Hевправимость

4) Воспаление

**275. Какие 2 органа брюшной полости наиболее часто ущемляются в грыже?**

1) Большой сальник

2) Сигмовидная кишка

4) Мочевой пузырь

5) Слепая кишка

**276. При ущемлении кишки наибольшие морфлогические изменения наблюдаются:**

1) в приводящем отделе кишки

2) в отводящем отделе кишки

3) В равной степени во всех отделах кишки

**277. Hа каком протяжении повреждается слизистая оболочка приводящего отдела кишки в при ущемленной грыже?**

1) 5-10 см

2) 10-15 см

3) 15-20 см

4) 20-30 см

**278.** Hа каком протяжении повреждается слизистая оболочка отводящего отдела кишки при ущемленной грыже?

1) 5-10 см

2)10-15 см

3) 15-20 см

4) 20-30 см

**279. Основными симптомами ущемленнной грыжи являются:**

1) острая боль в области грыжи

2) повышение температуры тела

4) положительный симптом кашлевого толчка

**280. В какой период клинического течения выгоднее оперировать ущемленную грыжу?**

1) В болевой период

2) В период мнимого благополучия

3) В период разлитого перитонита

4) Разницы нет

**281. При обнаружении некроза купола слепой кишки в ущемленной грыже показана:**

1) резекция купола слепой кишки

2) резекция слепой кишки

3) правосторонняя гемиколэктомия

4) любой из вышеперчисленных вариантов

**282. Какую ущемленную грыжу называют рихтеровской?**

1) Ретроградное ущемление кишки

2) Пристеночное ущемление кишки

3) Ущемление скользящей грыжи

4) Ущемление мочевого пузыря

**283. Летальность при ущемленных грыжах прежде всего зависит от:**

1) возраста больного

2) сопутствующих заболеваний

3) локализации грыжи

4) срока от момента ущемления до операции

**284. Больной с самопроизвольно вправившейся ущемленной грыжей должен быть:**

1) срочно оперирован

2) срочно госпитализирован в хирургическое отделение

3) отправлен под наблюдение врача поликлиники

**285. Какое ущемление грыжи вызывает наибольшие диагностические трудности?**

1) Ретроградное

2)Пристеночное

3) Купола слепой кишки

4) Червеобразного отростка

**287. При флегмоне грыжевого мешка паховой грыжи следует:**

1) выполнять все этапы операции из пахового доступа

2) начинать операцию со срединного доступа с последующим переходом на паховый

3) начинать операцию с пахового доступа с последующим переходом на срединный

4) выполнять все этапы операции из срединного доступа

**288.** При флегмоне грыжевого мешка и некрозе участка тонкой кишки последний необходимо резецировать:

1) из герниотомного доступа

2) из герниолапаротомного доступа

3)из срединного доступа

4) из параректального доступа

**289. В ходе герниотомии повреждена стенка мочевого пузыря. Выши действия?**

1) Ушить стенку пузыря однорядным швом любым шовным материалом

2) Ушить стенку пузыря двухрядным швом любым шовным материалом

3) Ушить стенку пузыря двухрядным швом с наложением первого ряда швов кетгутом

4) То же, что и вариант 3, но с наложением эпицистостомы

**291.** Больной самопроизвольно вправившейся грыжей внезапно впал в сопорозное состояние, появилась одышка, запах ацетона из рта, тахикардия, повысились концентрации мочевины и сахара крови, кетонурия. Ваши действия?

1) Срочная лапаротомия

2) Срочная герниотомия

3) Динамическое наблюдение с контролем биохимических паказателей крови

4) Hачать инфузионно-детоксикационную терапию с коррекцией расстройств электролитного и углеводного обмена

**292. У больного после герниотомии обнаружено мнимое ущемление вследствие асцит-перитонита, вызванного раком сигмовидной кишки. Ваши дейтсвия?**

1) Выполнить герниопластику

2) Удалить асцитическую жидкость, выполнить герниопластику

3) Выполнить герниопластику и операцию Гармана из срединного доступа

4) Выполнить первичную резекцию сигмовидной кишки с наложением толстокишечного анастомоза, простейший вид герниопластики

**294. Если частью грыжевого мешка является орган, частично покрытый брюшиной, то такая грыжа называется:**

1) прямой

2) косой

3) ущемленной

4) скользящей

**295. Какой вид ущемления называют грыжей Майдля?**

1) Эластический

2) Каловый

3) Ретроградный

4) Пристеночный

**296. При ущемленной косой паховой грыже следует применять пластику:**

1) передней стенки пахового канала

2) задней стенки пахового канала

3) любым из вышеперечисленных способов

4) Вопрос окончательно не решен

**297. При ущемленной прямой паховой грыже следует применять пластику:**

1) передней стенки пахового канала

2) задней стенки пахового канала

3) любым из вышеперечисленных способов

4) Вопрос окончательно не решен

**298. Симптомы, сходные с симптомами острого аппендицита, возникают при прободной язве желудка и 12-перстной кишки вследствие**

1) раздражения брюшины желудочным или кишечным содержимым

2) распространения содержимого по латеральному карману в подвздошную ямку

3) раздражения солнечного сплетения

**299. Сосудом, сдавливающим нижнюю часть 12-перстной кишки и нарушающим ее проходимость, является**

1) верхняя брыжеечная артерия и вена

2) верхняя брыжеечная артерия и нижняя брыжеечная вена

3) средняя артерия ободочной кишки

4) левая артерия ободочной кишки

**300. Отек правой нижней конечности развивается на фоне острого аппендицита или после аппендэктомии вследствие**

1) тромбоза подвздошных вен

2) распространения воспалительного процесса на бедро

3) вовлечения в воспалительный процесс подвздошно-поясничной мышцы

**301. Проникновение инфекции в клетчатку седалищно-прямокишечной ямки возможно**

1) при разрушении тазовой диафрагмы

2) через малое седалищное отверстие

3) по ходу полового сосудисто-нервного пучка

4) все перечисленное

**302. Питание прямой кишки происходит за счет**

1) нижней брыжеечной артерии

2) внутренней подвздошной артерии

3) внутренней половой артерии

4) всех перечисленных

**303. В прямой кишке выделяют**

1) один сфинктер

2) два сфинктера

3) три сфинктера

4) четыре сфинктера

**304. Распространение гнойно-воспалительного процесса из клетчаточного простр анства,расположенного под большой ягодичной мышцей, в область малого таза, происходит**

1) через малое седалищное отверстие

2) через щель под проксимальной частью сухожилия большой ягодичной мышцы

3) через над- и подгрушевидные отверстия

4) по ходу седалищного нерва

**305. Глубокое бедренное кольцо при аномалийном отходжении запирательной артерии со всех сторон окружено сосудистыми образованиями. В образовании "короны смерти" не принимают участия**

1) лобковая ветвь нижней надчревной артерии

2) бедренная вена

3) окружающая подвздошную кость поверхностная артерия

**306. Общим отличительным признаком всех бедренных грыж является**

1) выход их над паховой складкой

2) расположение внутри от бедренной вены

3) наличие выпячивания на бедре

4) выход их из-под паховой складки

**307. В верхней половине бедренного треугольника по отношению к бедренной артерии бедренная вена располагается**

1) спереди

2) кнаружи

3) кнутри

4) сзади

**308. Паховый лимфатический узел Пирогова располагается в области**

1) устья большой подкожной вены бедра

2) проекции бедренной артерии

3) правильного ответа нет

**309. Наиболее достоверным методом установления причины механической желтухи является**

1) лапароскопия

2) радиоизотопная динамическая билиосцинтиграфия

3) ультразвуковое исследование желчного пузыря и желчных протоков

4) эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография

**310. Сужение дистального отдела холедоха диагностируется с помощью**

1) эндоскопической ретроградной холангиографии

2) операционной холангиографии

3) инструментальным зондированием во время холедохотомии

4) холедохоскопией на операционном столе

5) все указанные выше

**311. Нормальный диаметр холедоха составляет**

1) 3-5 мм

2) 6-8 мм

3) 9-11 мм

4) 8-12 мм

**312.** Рентгенологические признаки воздуха или бария в желчном пузыре или желчных протоках свидетельствуют

1) о холедохолитиазе

2) о сальмонеллезе желчного пузыря

3) о внутренней желчной фистуле

4) о желудочно-толстокишечной фистуле

**313. Варикозно расширенные вены пищевода и желудка можно установить с помощью**

1) лапароскопии

2) пневмомедиастинографии

3) ангиографии печени

4) рентгеноскопии пищевода и желудка

**314. Тампонирование подпеченочного пространства после холецистэктомии наиболее показано**

1) при остром деструктивном холецистите

2) при неушитом ложе удаленного желчного пузыря

3) при неуверенности в окончательном гемостазе

4) при редких швах ложа удаленного желчного пузыря

**315. После холецистэктомии в ближайшем послеоперационном периоде постепенно нарастает желтуха, данные операционной холангиографии не указывали на патологию желчных протоков. Наиболее вероятная причина желтухи**

1) сывороточный гепатит

2) камень холедоха

3) гемолитическая желтуха

4) операционная травма холедоха (лигирование его)

**316. При выполнении чрезкожной чрезпеченочной холангиографии могут возникнуть следующие осложнения**

1) кровотечение

2) желчеистечение

3) повреждение полого органа с последующим развитием перитонита

4) обострение холангита или развитие острого панкреатита

5) все перечисленное

**317. Для выявления конкрементов в желчном пузыре показаны все следующие методы исследования, кроме**

1) обзорной рентгенографии брюшной полости

2) ретроградной холангиографии

3) ультразвукового скенирования брюшной полости

4) внутривенной холецистохолангиографии

5) ангиографии сосудов желчного пузыря

**318. Рентгенологическими признаками язвенной болезни двенадцатиперстной кишки являются все перечисленные**

1) кроме наличия "ниши"

2) кроме нарушения эвакуации содержимого

3) кроме отключенного желчного пузыря

4) кроме деформации луковицы двенадцатиперстной кишки

**319. Противопоказанием для ретроградной эндоскопической холангиографии является**

1) острый панкреатит

2) механическая желтуха

3) хронический панкреатит

4) наличие конкрементов в панкреатических протоках

**320. Распознаванию причины механической желтухи более всего помогает**

1) пероральная холецистография

2) внутривенная холецистохолангиография

3) ретроградная холангиография

4) сцинтиграфия печени

**321. При рентгенологическом исследовании выявлено наличие воздуха в желчных протоках, что может быть обусловлено**

1) холедохолитиазом

2) сальмонеллезом желчных протоков

3) внутренней желчной фистулой

4) острым холециститом

**322. При отечной форме острого панкреатита при лапароскопии можно обнаруж ить все следующие косвенные признаки, кроме**

1) отека малого сальника и печеночно-двенадцатиперстной связки

2) выбухания стенки желудка кпереди

3) уменьшения в размерах желчного пузыря

4) умеренной гиперемии висцеральной брюшины верхних отделов брюшной полости

**323. Показания к лапароскопии при остром панкреатите определяются необходимостью всего перечисленного, кроме**

1) установить патобиохимический вид панкреонекроза

2) диагностировать панкреатогенный перитонит

3) уточнить форму острого панкреатита

4) выявить наличие воспалительного процесса в воротах селезенки и непосредственно в ее ткани

**324. Стеаторрея характерна**

1) для постхоленцистэктомического синдрома

2) для острого панкреатита

3) для хронического панкреатита

4) для печеночной недостаточности

**325. Эндоскопическими признаками, характерными для геморрагического панкреонекроза, являются все перечисленные, за исключением**

1) геморрагической имбибиции большого сальника

2) наличия темного выпота с геморрагическим оттенком

3) выбухания желудка и расширения его вен

4) возникновения в отдельных случаях расслаивающей аневризмы аорты

**326. Клиника острой кровопотери возникает уже при кровопотере, равной**

1) 250 мл

2) 500 мл

3) 1000 мл

4) 1500 мл

**327. Для гиповолемии характерны следующие значения ЦВД**

1) менее 60 мм вод. ст.

2) от 60 до 120 мм вод. ст.

3) от 130 до 180 мм вод. ст.

4) от 190 до 240 мм вод. ст.

**328. Вливание 1 л физиологического раствора хлористого натрия увеличит объем циркулирующей крови**

1) на 1000 мл

2) на 750 мл

3) на 500 мл

4) на 250 мл

**329. Объем циркулирующей крови у взрослых мужчин составляет**

1) 50 мл/кг

2) 60 мл/кг

3) 70 мл/кг

4) 80 мл/кг

**330. Основным показанием к гемотрансфузии является**

1) парентеральное питание

2) стимуляция кроветворения

3) значительная анемия от кровопотери

4) дезинтоксикация