

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**  
**УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ**  
**«ГОМЕЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**

**Кафедра хирургических болезней № 1**  
**с курсом сердечно-сосудистой хирургии**

# **ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ С ПОЯСНЕНИЯМИ ПО ХИРУРГИЧЕСКИМ БОЛЕЗНЯМ**

**Учебно-методическое пособие**  
**для студентов 5 и 6 курсов**  
**лечебного факультета медицинских вузов**

**Гомель**  
**ГомГМУ**  
**2017**

УДК 617 (076.1) (072)

ББК 54.5я73

Т 36

**Авторы:**

*А. А. Лызи́ков, А. А. Призе́нцов, А. Г. Скура́тов, М. Ф. Куре́к,  
Б. Б. Оси́пов, В. И. Сильви́стрович*

**Рецензенты:**

кандидат медицинских наук, доцент,  
заведующий хирургическим отделением  
(трансплантации, реконструктивной и эндокринной хирургии)  
Республиканского научно-практического центра  
радиационной медицины и экологии человека

*А. В. Вели́чко;*

кандидат медицинских наук, доцент,  
заведующий отделением сосудистой хирургии предынсультных состояний  
и неотложной нейрохирургической помощи

Гомельского областного клинического госпиталя инвалидов

Отечественной войны

*Д. Н. Бонце́вич*

**Тестовые задания с пояснениями по хирургическим болезням: учеб.-**

Т 36 метод. пособие для студентов 5 и 6 курсов лечебного факультета  
медицинских вузов / А. А. Лызи́ков [и др.]. — Гомель: ГомГМУ,  
2017. — 188 с.

ISBN 978-985-506-947-9

Учебно-методическое пособие содержит тестовые задания с пояснениями по хирургическим болезням для обучения и контроля знаний. Соответствует учебному плану и программе по хирургическим болезням для студентов высших медицинских учебных заведений Министерства здравоохранения Республики Беларусь.

Предназначено для студентов 5 и 6 курсов лечебного факультета медицинских вузов.

Утверждено и рекомендовано к изданию научно-методическим советом учреждения образования «Гомельский государственный медицинский университет» 26 апреля 2017 г., протокол № 3.

УДК 617(076.1)(072)

ББК 54.5я73

ISBN 978-985-506-947-9

© Учреждение образования  
«Гомельский государственный  
медицинский университет», 2017

## ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение .....	4
Задания по острому аппендициту .....	5
Ответы с пояснениями .....	14
Задания по заболеваниям желчного пузыря и желчных протоков .	19
Ответы с пояснениями .....	34
Задания по заболеваниям поджелудочной железы .....	44
Ответы с пояснениями .....	52
Задания по острой кишечной непроходимости .....	60
Ответы с пояснениями .....	70
Задания по язвенной болезни и ее осложнениям .....	74
Ответы с пояснениями .....	90
Задания по заболеваниям печени и портальной гипертензии .....	97
Ответы с пояснениями .....	107
Задания по заболеваниям ободочной кишки .....	111
Ответы с пояснениями .....	119
Задания по заболеваниям прямой кишки .....	122
Ответы с пояснениями .....	131
Задания по перитониту .....	136
Ответы с пояснениями .....	147
Задания по абдоминальной травме .....	154
Ответы с пояснениями .....	162
Задания по хирургическим осложнениям сахарного диабета .....	167
Ответы с пояснениями .....	176
Литература .....	181

## **ВВЕДЕНИЕ**

Пособие содержит 542 задания тестового контроля по хирургическим болезням для обучения и контроля знаний студентов 5 и 6 курсов лечебного факультета медицинских вузов. Приведены вопросы по основным темам, рассматриваемым на занятиях по хирургическим болезням: острому аппендициту, заболеваниям желчевыводящей системы, заболеваниям поджелудочной железы, острой кишечной непроходимости, язвенной болезни и ее осложнениям, заболеваниям печени и портальной гипертензии, заболеваниями ободочной и прямой кишок, перитониту, абдоминальной травме, хирургическим осложнениям сахарного диабета.

В конце каждого раздела приведены ответы к тестовым заданиям с поясняющей информацией.

Все вопросы содержат лишь один правильный ответ.

## ЗАДАНИЯ ПО ОСТРОМУ АППЕНДИЦИТУ

*Выберите один правильный вариант ответа*

**1. Первично-гангренозный аппендицит обычно развивается у ...**

*Варианты ответа:*

- а) мужчин;
- б) беременных;
- в) детей;
- г) пожилых людей;
- д) женщин.

**2. Болезненность в правой подвздошной области при перкуссии — симптом ...**

*Варианты ответа:*

- а) Щеткина — Блюмберга;
- б) Ситковского;
- в) Образцова;
- г) Ровзинга;
- д) Раздольского.

**3. Противопоказанием к выполнению экстренной аппендэктомии является:**

*Варианты ответа:*

- а) инфаркт головного мозга;
- б) аппендикулярный инфильтрат;
- в) разлитой перитонит;
- г) вторая половина беременности;
- д) возраст старше 80 лет.

**4. Для постановки диагноза острого аппендицита используют:**

*Варианты ответа:*

- а) фиброгастроскопию;
- б) биохимический анализ крови;
- в) пальпацию брюшной стенки;
- г) ирригоскопию;
- д) пальцевое ректальное исследование.

**5. Во время проведения пальпации в положении пациента на левом боку определяется болезненность в правой подвздошной области — это симптом ...**

*Варианты ответа:*

- а) Ровзинга;

- б) Кохера;
- в) Воскресенского;
- г) Бартомье — Михельсона;
- д) Щеткина — Блюмберга.

**6. При остром аппендиците у пациента определяется симптом:**

*Варианты ответа:*

- а) Ситковского;
- б) Керте;
- в) Грефе;
- г) Ортнера;
- д) обуховской больницы.

**7. Трудности чаще возникают при дифференциальной диагностике острого аппендицита:**

*Варианты ответа:*

- а) с острой кишечной непроходимостью;
- б) с острым колитом;
- в) с острым панкреатитом;
- г) с острым мезаденитом;
- д) с острым циститом.

**8. Следующий симптом характерен для острого аппендицита:**

*Варианты ответа:*

- а) Шланге;
- б) «ваньки-встаньки»;
- в) Кера;
- г) Склярова;
- д) Ровзинга.

**9. Основными клиническими проявлениями острого аппендицита у взрослых являются:**

*Варианты ответа:*

- а) разлитой характер боли, понос, многократная рвота;
- б) локальная боль и напряжение мышц в правой подвздошной области;
- в) выраженная интоксикация;
- г) быстрое развитие разлитого перитонита;
- д) высокая температура.

**10. Расположение червеобразного отростка в малом тазу при остром аппендиците сопровождается:**

*Варианты ответа:*

- а) выраженной болевой реакцией передней стенки прямой кишки при пальцевом ректальном исследовании;

- б) положительным симптомом поколачивания;
- в) многократной рвотой;
- г) наличием болезненности в треугольнике Пти;
- д) отсутствие температурной реакции.

**11. Классическим операционным доступом при выполнении аппендэктомии является:**

*Варианты ответа:*

- а) разрез по Волковичу — Дьяконову;
- б) трансректальный;
- в) нижнесрединная лапаротомия;
- г) параректальный;
- д) верхнесрединная лапаротомия.

**12. Боль в правой подвздошной области при поднятии пациентом выпрямленной правой ноги является симптомом:**

*Варианты ответа:*

- а) Раздольского;
- б) Ровзинга;
- в) Щеткина — Блюмберга;
- г) Ситковского;
- д) Образцова.

**13. Развитие в послеоперационный период после аппендэктомии такого осложнения, как абсцесс дугласова пространства характеризуется:**

*Варианты ответа:*

- а) ограничением подвижности диафрагмы;
- б) профузным поносом;
- в) появлением крови в моче;
- г) нависанием передней стенки прямой кишки;
- д) положительным симптомом поколачивания.

**14. При развитии острого аппендицита патологические изменения сперва начинаются с:**

*Варианты ответа:*

- а) слизистой оболочки червеобразного отростка;
- б) серозного покрова червеобразного отростка;
- в) интрамурального очага деструкции;
- г) терминального отдела подвздошной кишки;
- д) купола слепой кишки.

**15. Во время проведения аппендэктомии классическим вариантом обработки культи червеобразного отростка у взрослых является:**

*Варианты ответа:*

- а) перевязка кетгутовой лигатурой с погружением культи;

- б) погружение неперевязанной культи;
- в) перевязка лавсановой лигатурой с погружением культи;
- г) перевязка шелковой лигатурой с погружением культи;
- д) перевязка кетгутовой лигатурой без погружения культи.

**16. Для дифференциальной диагностики нарушенной внематочной беременности и острого аппендицита необходимо использовать:**

*Варианты ответа:*

- а) общий анализ крови в динамике;
- б) пункцию заднего свода влагалища;
- в) термометрию;
- г) ректальное и вагинальное исследование;
- д) обзорную рентгенографию брюшной полости.

**17. К раннему осложнению в послеоперационном периоде после аппендэктомии относится:**

*Варианты ответа:*

- а) внутрибрюшное кровотечение;
- б) забрюшинная флегмона;
- в) пневмония;
- г) перитонит;
- д) тазовый абсцесс.

**18. Пилефлебит обычно осложняет течение:**

*Варианты ответа:*

- а) катарального аппендицита;
- б) гангренозного перфоративного аппендицита;
- в) флегмонозного аппендицита;
- г) аппендикулярной колики;
- д) аппендикулярного инфильтрата.

**19. В случае диагностирования аппендикулярного инфильтрата показано:**

*Варианты ответа:*

- а) вскрытие и дренирование;
- б) оперативное разделение;
- в) динамическое наблюдение;
- г) пункция;
- д) консервативное лечение.

**20. Оптимальным способом лечения абсцесса малого таза после аппендэктомии является:**

*Варианты ответа:*

- а) вскрытие абсцесса ниже-срединным доступом;



- б) вскрытие абсцесса через правую подвздошную область;
- в) вскрытие абсцесса через переднюю стенку прямой кишки;
- г) массивная антибиотикотерапия;
- д) чрескожная пункция абсцесса под контролем УЗИ.

**21. Острый аппендицит может осложниться флегмоной забрюшинного пространства при:**

*Варианты ответа:*

- а) наличии местного перитонита в правой подвздошной области;
- б) тазовом расположении червеобразного отростка;
- в) подпеченочном расположении червеобразного отростка;
- г) ретроперитонеальном расположении червеобразного отростка;
- д) левостороннем расположении червеобразного отростка.

**22. Тахикардия, снижение артериального давления в первые сутки после аппендэктомии может говорить о следующем осложнении:**

*Варианты ответа:*

- а) кровотечение;
- б) абсцесс дугласова пространства;
- в) эвентрация;
- г) спаечная кишечная непроходимость;
- д) разлитой перитонит.

**23. Вскрытие аппендикулярного абсцесса лучше производить:**

*Варианты ответа:*

- а) разрезом Шпренгеля;
- б) разрезом Пирогова;
- в) разрезом Волковича — Дьяконова;
- г) нижнесрединной лапаротомией;
- д) поясничным доступом.

**24. Основным симптомом аппендикулярной колики является:**

*Варианты ответа:*

- а) напряжение мышц брюшной стенки;
- б) тенденция к нарастанию лейкоцитоза;
- в) боли в правой подвздошной области;
- г) тахикардия;
- д) многократная рвота.

**25. При остром аппендиците, не осложненном перитонитом, во время осмотра чаще наблюдается:**

*Варианты ответа:*

- а) видимая перистальтика;

- б) ограничение подвижности правой половины живота;
- в) правильная форма живота;
- г) равномерное вздутие всего живота;
- д) локальное вздутие в правой подвздошной области.

**26. При остром аппендиците в случае медиального расположения червеобразного отростка наблюдаются:**

*Варианты ответа:*

- а) частая рвота;
- б) гектическая лихорадка;
- в) позывы на мочеиспускание;
- г) жидкий стул, вздутие живота;
- д) тенезмы.

**27. Боль в правой подвздошной области при толчкообразных пальпаторных движениях в левой подвздошной области — это симптом ...**

*Варианты ответа:*

- а) Воскресенского;
- б) Ровзинга;
- в) Раздольского;
- г) Ситковского;
- д) Кохера.

**28. Лечебная тактика при установленном диагнозе острого аппендицита:**

*Варианты ответа:*

- а) купирование острых явлений и операция в стадии ремиссии;
- б) динамическое наблюдение;
- в) консервативное лечение;
- г) антибиотики, холод на живот, при безуспешности — операция;
- д) экстренная операция.

**29. Тактика ведения пациента с подозрением на острый аппендицит:**

*Варианты ответа:*

- а) антибиотикотерапия;
- б) лапаротомия;
- в) динамическое наблюдение;
- г) аппендэктомия;
- д) аспирация желудочного содержимого.

**30. При остром простом аппендиците чаще наблюдается**

*Варианты ответа:*

- а) локальное напряжение мышц в правой подвздошной области;

- б) нарастание клинической картины перитонита;
- в) симптом Менделя;
- г) внезапное усиление болей в животе;
- д) клиника острой кишечной непроходимости;

**31. При подозрении на острый аппендицит показано динамическое наблюдение в течение ...**

*Варианты ответа:*

- а) 1 ч;
- б) 3 ч;
- в) 6 ч;
- г) 12 ч;
- д) 24 ч.

**32. Диагностическая лапароскопия показана при ...**

*Варианты ответа:*

- а) остром аппендиците, осложненном перитонитом;
- б) исключенном диагнозе острого аппендицита;
- в) аппендикулярном инфильтрате;
- г) аппендикулярном абсцессе;
- д) невозможности исключить острый аппендицит.

**33. Особенностью острого аппендицита в детском возрасте является:**

*Варианты ответа:*

- а) анурия;
- б) нормальная температура тела;
- в) умеренная интоксикация;
- г) фебрильная температура тела;
- д) выраженный болевой синдром.

**34. Показанием для постановки тампона в брюшную полость после аппендэктомии является:**

*Варианты ответа:*

- а) разлитой перитонит;
- б) гангренозно-перфоративный аппендицит;
- в) неостановленное капиллярное кровотечение;
- г) пилефлебит;
- д) пожилой возраст пациента.

**35. Характерным осложнением при остром аппендиците является:**

*Варианты ответа:*

- а) аппендикулярный инфильтрат;

- б) кишечная непроходимость;
- в) острая почечная недостаточность;
- г) сепсис;
- д) пневмония.

**36. Выявление у пациента с подозрением на острый аппендицит симптома Кохера (перемещения болей) требует дифференциальной диагностики:**

*Варианты ответа:*

- а) с острым панкреатитом;
- б) с прободной язвой;
- в) острым мезаденитом;
- г) с почечной коликой;
- д) с кишечной непроходимостью.

**37. Аппендикулярный инфильтрат проявляется:**

*Варианты ответа:*

- а) гектической температурой;
- б) перитонеальными симптомами;
- в) лейкоцитозом;
- г) задержкой стула и газов;
- д) опухолевидным образованием в правой подвздошной области.

**38. Консервативное лечение пациентов после аппендэктомии по поводу острого простого аппендицита включает в себя:**

*Варианты ответа:*

- а) антибиотики и наркотические анальгетики;
- б) сульфаниламиды;
- в) антибиотики и ненаркотические анальгетики;
- г) слабительные;
- д) инфузионную терапию.

**39. Наличие аппендикулярного инфильтрата является показанием для:**

*Варианты ответа:*

- а) правосторонней гемиколэктомии;
- б) консервативного лечения;
- в) пункции инфильтрата;
- г) вскрытия и дренирования;
- д) разделения инфильтрата.

**40. В случае осложнения острого аппендицита разлитым перитонитом показан хирургический доступ:**

*Варианты ответа:*

- а) ниже-срединная лапаротомия;

- б) трансректальный;
- в) верхне-срединная лапаротомия;
- г) параректальный;
- д) Волковича — Дьяконова.

**41. Тактика лечения аппендикулярного абсцесса включает:**

*Варианты ответа:*

- а) вскрытие лапаротомным доступом;
- б) вскрытие через рану;
- в) вскрытие внебрюшинным доступом;
- г) консервативное ведение без хирургического вмешательства;
- д) пункцию под контролем ультразвукового метода.

**42. Появление мышечного дефанса и уменьшение болевого синдрома при остром аппендиците говорит:**

*Варианты ответа:*

- а) о перфорации отростка;
- б) о регрессии воспаления;
- в) о переходе воспаления на брыжейку;
- г) о гангрене отростка;
- д) об абсцедировании.

**43. С момента начала заболевания до образования аппендикулярного инфильтрата обычно проходит:**

*Варианты ответа:*

- а) 3 ч;
- б) 12 ч;
- в) 1 сут;
- г) 3–5 сут;
- д) 10–12 сут.

## ОТВЕТЫ С ПОЯСНЕНИЯМИ

№ п/п	Вариант ответа	Пояснение к ответу
1	г	Кровоснабжается червеобразный отросток проходящей в его брыжейке а. appendicularis, являющейся ветвью а. ileocolica, которая отходит от а. mesenterica superior. Вследствие тромбоза или эмболии артерии червеобразного отростка у пожилых пациентов может развиваться первично-гангренозный аппендицит. Клиника отличается резкими болями (ишемического генеза) в правой подвздошной области. Вследствие гибели нервных окончаний острые боли вскоре стихают, и на первый план выходит клиника развивающегося перитонита
2	д	Симптом Раздольского является перитонеальным симптомом и определяется при перкуссии в правой подвздошной области. При перкуссии в других отделах брюшной стенки носит название симптома Менделя
3	б	Установленный диагноз острого аппендицита является показанием для экстренной операции в течение 2 ч от поступления пациента в стационар. Единственным противопоказанием для вмешательства является аппендикулярный инфильтрат
4	в	Пальпация представляет основу диагностики острого аппендицита. Кардинальными признаками острого аппендицита являются локальная болезненность и напряжение мышц в правой подвздошной области
5	г	Симптом Бартомье — Михельсона является одним из наиболее значимых для диагностики острого аппендицита при типичном расположении отростка
6	а	Симптом Ситковского — при повороте со спины на левый бок происходит усиление болей в правой подвздошной области. Является одним из наиболее значимых симптомов для диагностики острого аппендицита при типичном расположении отростка
7	г	Острый мезаденит клинически может протекать даже более характерно, чем сам острый аппендицит, поэтому и представляет известную трудность в дифференциальной диагностике

№ п/п	Вариант ответа	Пояснение к ответу
8	д	Симптом Ровзинга это усиление болей в правой подвздошной области при толчкообразной пальпации в левой подвздошной области. При этом необходимо второй рукой придавить сигмовидную кишку к крылу левой подвздошной кости.
9	б	Кардинальными признаками острого аппендицита являются локальная болезненность и напряжение мышц в правой подвздошной области
10	а	Тазовое расположение отростка встречается у женщин в 20–30 %, у мужчин в 10–15 % случаев. Основное значение в диагностике имеют ректальное и вагинальное исследования, при которых выявляется резкая болезненность в области дугласова кармана, а также возможно выявление воспалительного инфильтрата
11	а	Основным доступом при аппендэктомии является косо-переменный доступ Волковича — Дьяконова. Реже применяются доступы Леннандера, Колесова. Нижне-срединная лапаротомия используется только при разлитом перитоните
12	д	Симптом Образцова — боль в правой подвздошной области при поднимании больным выпрямленной правой ноги. Причиной является раздражение рецепторов воспаленного аппендикса при напряжении большой поясничной мышцы и мышц передней брюшной стенки
13	г	Абсцесс полости малого таза (дуглас-абсцесс) после аппендэктомии встречается у 0,1–0,5 % пациентов. В некоторых случаях эти абсцессы разрешаются спонтанно, вскрываясь в просвет кишки, но могут вскрыться в мочевой пузырь, свободную брюшную полость. Особое значение в диагностике имеет пальцевое ректальное и вагинальное исследования, при которых определяют инфильтрат, нависание и болезненность передней стенки прямой кишки и заднего свода влагалища
14	в	Деструкция червеобразного отростка всегда начинается интрамурально. В патогенезе аппендицита основное значение имеет обтурация просвета отростка. Закупорка ввиду продолжающейся секре-

№ п/п	Вариант ответа	Пояснение к ответу
		ции слизи приводит к повышению давления и способствует нарушению внутрисстеночной микроциркуляции. При этом создаются условия для прогрессирования деструктивных процессов
15	а	По классической методике основание червеобразного отростка перевязывается кетгутом и погружается в кисетный и Z-образный швы, наложенные синтетической нитью
16	б	При нарушенной внематочной беременности пункция заднего свода влагалища позволяет получить кровь из брюшной полости
17	а	Внутрибрюшное кровотечение осложняет течение послеоперационного периода чаще в первые сутки
18	б	Пилефлебит — гнойный тромбофлебит воротной вены и ее ветвей. Встречается достаточно редко, в 1–2 % случаев перфоративного аппендицита
19	д	Тактика лечения аппендикулярного инфильтрата без признаков абсцедирования консервативна: в первые дни антибактериальная терапия, местное применение холода. Через 4–5 дней на фоне стихания острых явлений используется физиотерапевтическое лечение
20	в	В лечении абсцесса малого таза используют вскрытие и дренирование через переднюю стенку прямой кишки у мужчин и детей или заднюю кольпотомию у женщин
21	г	При ретроперитонеальном расположении аппендикса деструкция его происходит быстрее. При этом развивается забрюшинная флегмона, сопровождающаяся выраженной интоксикацией, гектической температурой, высоким лейкоцитозом
22	а	В первые сутки течение послеоперационного периода чаще всего осложняет внутрибрюшное кровотечение
23	б	Вскрытие аппендикулярного абсцесса производится внебрюшинным доступом Пирогова — параллельно и выше правой паховой складки
24	в	Кишечная (аппендикулярная) колика проявляется болями в правой подвздошной области



№ п/п	Вариант ответа	Пояснение к ответу
25	в	У пациента с острым аппендицитом живот остается правильной формы. Вздутие и другие признаки появляются при развитии разлитого перитонита.
26	г	Вздутие живота и послабление стула происходит из-за близости воспаленного отростка к корню брыжейки кишки.
27	б	Симптом Ровзинга — боль в правой подвздошной области при толчкообразных пальпаторных движениях в левой подвздошной области. Появление болей связано с перераспределением внутрибрюшного давления и раздражением интестинальных рецепторов воспаленного аппендикса
28	д	Установленный диагноз острого аппендицита является показанием для экстренной операции в течение 2 ч от поступления пациента в стационар
29	в	При неясном диагнозе проводится динамическое наблюдение в течение не более 6 ч. По истечении указанного времени диагноз острого аппендицита должен быть либо подтвержден, либо исключен
30	а	При простом (поверхностном) аппендиците отросток несколько напряжен, утолщен, серозная оболочка гиперемирована, слизистая отечная, рыхлая. В брюшной полости появляется прозрачный серозный выпот, который и является причиной появления локального напряжения мышц
31	в	Подозрение на острый аппендицит является показанием для госпитализации в хирургическое отделение. Далее проводится динамическое наблюдение в течение не более 6 ч. По истечении указанного времени диагноз острого аппендицита должен быть либо подтвержден, либо исключен
32	д	Невозможность исключить у пациента острый аппендицит после динамического наблюдения в течение 6 часов является показанием для проведения диагностической лапароскопии
33	г	У детей за счет генерализованной реакции на воспалительный процесс клиническая картина характеризуется преобладанием общей симптоматики, в том числе повышением температуры до 38 °С. При развитии осложненных форм температура достигает 39 °С и выше

№ п/п	Вариант ответа	Пояснение к ответу
34	в	Показаниями к постановке тампона в брюшную полость являются невозможность полного удаления червеобразного отростка, диффузная кровоточивость его ложа, аппендикулярный абсцесс и выявление плотного аппендикулярного инфильтрата
35	а	Аппендикулярный инфильтрат развивается у 2–6 % больных острым аппендицитом
36	б	В некоторых случаях прикрытой перфоративной язвы перемещение болей связано со стеканием желудочного содержимого по правому боковому каналу в правую подвздошную область и далее в малый таз
37	д	При аппендикулярном инфильтрате в правой подвздошной области определяется плотное, малоболлезненное, малоподвижное опухолевидное образование. Необходимо помнить о проведении ирригоскопии для дифференциальной диагностики с раком слепой и восходящей ободочной кишки
38	в	В послеоперационном периоде после острого простого аппендицита назначают ненаркотические анальгетики и цефалоспорины 3–4 поколения
39	б	Тактика лечения аппендикулярного инфильтрата консервативна: в первые дни антибактериальная терапия, местное применение холода. Через 4–5 дней на фоне стихания острых явлений используется физиотерапевтическое лечение
40	а	Нижне-срединная лапаротомия применяется для адекватной санации брюшной полости
41	в	Внебрюшинный доступ Пирогова производится параллельно и выше правой паховой складки
42	г	Боли стихают при развитии гангрены и гибели нервных окончаний отростка, а напряжение мышц свидетельствует о начале развития перитонита
43	г	Типичная клиника аппендикулярного инфильтрата развивается через 3–5 дней от начала заболевания.

## **ЗАДАНИЯ ПО ЗАБОЛЕВАНИЯМ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ И ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ**

*Выберите один правильный вариант ответа*

**1. Болезненность в области правого подреберья при поколачивании по реберной дуге справа при остром холецистите — это симптом ...**

*Варианты ответа:*

- а) Ровзинга;
- б) Щеткина — Блюмберга;
- в) Пирогова;
- г) Мейо — Робсона;
- д) Грекова — Ортнера.

**2. Повышение уровня солей желчных кислот в крови при механической желтухе приводит к развитию:**

*Варианты ответа:*

- а) потемнения мочи;
- б) обесцвечивания кала;
- в) головокружения;
- г) кожного зуда;
- д) рвоты.

**3. Холецистэктомию от дна выполняют при:**

*Варианты ответа:*

- а) пожилom возрасте пациента;
- б) наличии воспалительного инфильтрата в области шейки желчного пузыря;
- в) наличии явлений холангита;
- г) сморщенном желчном пузыре;
- д) вклиненном камне в шейке желчного пузыря.

**4. Выявление воздуха или бария в желчном пузыре или желчных протоках при проведении рентгенографии свидетельствует о:**

*Варианты ответа:*

- а) остром калькулезном холецистите;
- б) хроническом калькулезном холецистите;
- в) холедохолитиазе;
- г) внутреннем желчном свище;
- д) желудочно-толстокишечном свище.

**5. Наиболее вероятной причиной развития желтухи в раннем послеоперационном периоде после холецистэктомии является:**

*Варианты ответа:*

- а) гемолитическая желтуха;

- б) стриктура холедоха;
- в) вирусный гепатит;
- г) оставленный камень в холедохе;
- д) стеноз большого дуоденального соска.

**6. С целью выявления конкрементов в желчном пузыре наиболее часто выполняется:**

*Варианты ответа:*

- а) фиброгастроскопия;
- б) внутривенная холецистохолангиография;
- в) чрескожная чреспеченочная холангиография;
- г) эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатикография;
- д) ультрасонография.

**7. Противопоказание для проведения эндоскопической ретроградной холангиографии:**

*Варианты ответа:*

- а) острый панкреатит;
- б) хронический панкреатит;
- в) наличие конкрементов в панкреатических протоках;
- г) механическая желтуха;
- д) холедохолитиаз.

**8. Для диагностики механической желтухи наиболее информативным методом является:**

*Варианты ответа:*

- а) сцинтиграфия печени;
- б) внутривенная холецистохолангиография;
- в) эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатикография;
- г) пероральная холецистография;
- д) прямая спленопортография.

**9. При обтурационной желтухе на фоне холедохолитиаза характерно:**

*Варианты ответа:*

- а) похудание, резкая слабость;
- б) положительный симптом Курвуазье;
- в) постоянные боли в мезогастрии;
- г) быстрое развитие желтухи после болевого приступа;
- д) цианоз кожных покровов.

**10. Осложнением холедохолитиаза является:**

*Варианты ответа:*

- а) холецистодуоденальный свищ;

- б) подпеченочный абсцесс;
- в) рак желчного пузыря;
- г) обтурационный холецистит;
- д) гнойный холангит.

**11. Наиболее рациональным методом лечения желчнокаменной болезни является:**

*Варианты ответа:*

- а) медикаментозный;
- б) литотрипсия;
- в) хирургический;
- г) диетотерапия;
- д) санаторно-курортный.

**12. Появление у пациента перемежающейся механической желтухи обусловлено:**

*Варианты ответа:*

- а) опухолью большого дуоденального соска;
- б) вклиненным камнем большого дуоденального соска;
- в) камнями в желчном пузыре с окклюзией пузырного протока;
- г) вентильным камнем в холедохе;
- д) опухолью внепеченочных желчных протоков.

**13. К развитию острой желчной гипертензии наиболее часто приводит:**

*Варианты ответа:*

- а) стеноз большого дуоденального сосочка;
- б) дуоденальная гипертензия;
- в) холедохолитиаз;
- г) опухоли гепатопанкреатодуоденальной области;
- д) глистная инвазия.

**14. Наличие у пациента хронического калькулезного холецистита при отсутствии тяжелой сопутствующей патологии является показанием к:**

*Варианты ответа:*

- а) диспансерному наблюдению;
- б) санаторно-курортному лечению;
- в) плановому хирургическому лечению;
- г) диетотерапии, применению спазмолитиков;
- д) хирургическому лечению только по жизненным показаниям.

**15. Проведение чрескожной чреспеченочной холангиографии является эффективным для диагностики:**

*Варианты ответа:*

- а) острого калькулезного холецистита;

- б) абсцесса печени;
- в) цирроза печени;
- г) холангиолити;
- д) хронический гепатит.

**16. Желчнокаменная кишечная непроходимость обусловлена попаданием крупного конкремента чаще всего через фистулу между желчным пузырем и ...**

*Варианты ответа:*

- а) тощей кишкой;
- б) малой кривизной желудка;
- в) двенадцатиперстной кишкой;
- г) слепой кишкой;
- д) ободочной кишкой.

**17. Клиническим проявлением рубцовой стриктуры внепеченочных желчных протоков является:**

*Варианты ответа:*

- а) дуоденостаз;
- б) гастростаз;
- в) гиперкинезия желчных протоков;
- г) гипокинезия желчного пузыря;
- д) обтурационная желтуха.

**18. Индекс литогенности желчи рассчитывается соотношением содержания в желчи:**

*Варианты ответа:*

- а) холестерина, желчных кислот и билирубина;
- б) билирубина, желчных кислот и лецитина;
- в) холестерина, билирубина и лецитина;
- г) холестерина, желчных кислот и лецитина;
- д) билирубина и лецитина.

**19. При остром деструктивном холецистите с признаками перитонита показано:**

*Варианты ответа:*

- а) динамическое наблюдение;
- б) принятие решения зависит от возраста больного;
- в) консервативное лечение;
- г) срочная операция;
- д) экстренная операция.

**20. Рациональной операцией по поводу неосложненного калькулезного холецистита является:**

*Варианты ответа:*

- а) холецистэктомия от дна;
- б) холецистостомия;
- в) трансгастральная холецистэктомия;
- г) лапароскопическая холецистостомия;
- д) холецистэктомия с дренированием холедоха.

**21. Выполнение интраоперационной холангиографии показано при:**

*Варианты ответа:*

- а) гемолитической желтухе в анамнезе;
- б) подозрении на рак желчного пузыря;
- в) отключенном желчном пузыре;
- г) крупных камнях в желчном пузыре;
- д) расширении гепатикохоледоха.

**22. Ранним лабораторным признаком развития обтурационной желтухи на фоне холедохолитиаза является:**

*Варианты ответа:*

- а) повышение щелочной фосфатазы;
- б) повышение непрямого билирубина крови;
- в) уробилинурия;
- г) альбуминурия;
- д) резкое повышение трансаминаз.

**23. Интраоперационное исследование внепеченочных желчных путей включает:**

*Варианты ответа:*

- а) эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатикографию;
- б) чрескожную чреспеченочную холангиографию;
- в) внутривенную холангиографию;
- г) селективную ангиографию;
- д) зондирование холедоха.

**24. Клиническим проявлением начала острого холецистита является:**

*Варианты ответа:*

- а) расстройство стула;
- б) появление рвоты;
- в) боль в правом подреберье;
- г) повышение температуры;
- д) тяжесть в эпигастральной области.

**25. Характерное начало приступа печеночной колики:**

*Варианты ответа:*

- а) внезапно, остро;
- б) исподволь, постепенно;
- в) после длительного голодания;
- г) после продромального периода;
- д) после переохлаждения.

**26. Лабораторным признаком острого холецистита является:**

*Варианты ответа:*

- а) диастазурия;
- б) лейкоцитоз;
- в) гипогликемия;
- г) глюкозурия;
- д) гипербилирубинемия.

**27. Нормальным уровнем концентрации билирубина в крови считается:**

*Варианты ответа:*

- а) 0,10–0,68 мкмоль/л;
- б) 2,50–8,33 мкмоль/л;
- в) 3,64–6,76 мкмоль/л;
- г) 7,62–12,88 мкмоль/л;
- д) 8,55–20,52 мкмоль/л.

**28. При лечении остром холецистита противопоказано применение:**

*Варианты ответа:*

- а) атропина;
- б) морфина;
- в) но-шпы;
- г) папаверина;
- д) спазматона.

**29. Основным методом исследования пациентов с неосложненным холециститом является:**

*Варианты ответа:*

- а) эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатикография;
- б) инфузионная холеграфия;
- в) обзорная рентгеноскопия брюшной полости;
- г) ультрасонография желчного пузыря;
- д) лапароскопия.

**30. Верхняя граница нормальной ширины холедоха:**

*Варианты ответа:*

- а) до 0,5 см;



- б) до 1 см;
- в) до 1,2 см;
- г) до 1,5 см;
- д) до 2,0 см.

**31. Осложнением острого калькулезного холецистита может быть:**

*Варианты ответа:*

- а) перивезикальный абсцесс;
- б) варикозное расширение вен пищевода;
- в) стриктура фатерова соска;
- г) рак желчного пузыря;
- д) асцит.

**32. Для острого катарального холецистита характерно:**

*Варианты ответа:*

- а) симптом Курвуазье;
- б) напряжение мышц в правом подреберье;
- в) гематемезис;
- г) боль в правом подреберье;
- д) симптом Керте.

**33. Положительный симптом Курвуазье свидетельствует о:**

*Варианты ответа:*

- а) раке головки поджелудочной железы;
- б) опухоли желудка;
- в) абсцессе печени;
- г) остром калькулезном холецистите;
- д) стриктуре гепатикохоледоха.

**34. В патогенезе камнеобразования в желчном пузыре имеет место:**

*Варианты ответа:*

- а) дискинезия двенадцатиперстной кишки;
- б) электролитные нарушения;
- в) воспалительные изменения в желудке;
- г) нарушение секреции поджелудочной железы;
- д) застой желчи в пузыре.

**35. Скрининговым методом уточнения характера и причины желтухи является :**

*Варианты ответа:*

- а) чрескожная чреспеченочная холангиография;
- б) ультрасонография;

- в) пероральная холецистография;
- г) компьютерная томография;
- д) эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатикография.

**36. Острый холангит характеризуется:**

*Варианты ответа:*

- а) увеличением селезенки;
- б) нормальной температурой тела;
- в) увеличением печени;
- г) лейкопенией;
- д) уменьшением печени.

**37. Выполнение интраоперационной холангиографии показано при:**

*Варианты ответа:*

- а) желтухе в анамнезе;
- б) гепатите в анамнезе;
- в) хроническом панкреатите;
- г) остром панкреатите;
- д) остром холецистите.

**38. Осложнением холедохолитиаза может быть:**

*Варианты ответа:*

- а) острый холецистит;
- б) желчнокаменная кишечная непроходимость;
- в) пузырно-дуоденальный свищ;
- г) механическая желтуха;
- д) киста головки поджелудочной железы.

**39. Желчная колика характеризуется:**

*Варианты ответа:*

- а) интенсивной болью в мезогастррии;
- б) вздутием живота;
- в) болью в правом подреберье;
- г) неучастием брюшной стенки в дыхании;
- д) симптомом Щеткина — Блюмберга справа.

**40. Клинически острый холангит проявляется:**

*Варианты ответа:*

- а) лейкопенией;
- б) нормальной температурой;
- в) болями в гипогастрии;
- г) неустойчивым стулом;
- д) желтухой.

**41. Осложнением желчнокаменной болезни является:**

*Варианты ответа:*

- а) деструктивный холецистит;
- б) постнекротический цирроз печени;
- в) вторичный диабет;
- г) портальная гипертензия;
- д) нарушение проходимости желудочно-кишечного тракта.

**42. Положительный симптом Курвуазье наблюдается при:**

*Варианты ответа:*

- а) спазме большого дуоденального сосочка;
- б) стриктуре общего печеночного протока;
- в) раке головки поджелудочной железы;
- г) раке общего печеночного протока;
- д) раке желчного пузыря.

**43. Экстренная операция при желчнокаменной болезни показана при:**

*Варианты ответа:*

- а) холецистопанкреатите;
- б) механической желтухе;
- в) перфоративном холецистите;
- г) окклюзии пузырного протока;
- д) печеночной колике.

**44. Основным фактором, определяющим тактику хирурга при остром холецистите, является:**

*Варианты ответа:*

- а) возраст больного;
- б) наличие перитонита;
- в) сопутствующие заболевания;
- г) повышение температуры тела;
- д) квалификация хирурга.

**45. Пациенту с гангренозным холециститом и местным перитонитом показано:**

*Варианты ответа:*

- а) экстренная операция;
- б) операция при отсутствии эффекта от консервативной терапии;
- в) консервативное лечение;
- г) отсроченная операция;
- д) принятие решения зависит возраста больного.

**46. Самой частой причиной острого холецистита является:**

*Варианты ответа:*

- а) хронический индуративный панкреатит;
- б) опухоль Фатерова соска;
- в) рак головки поджелудочной железы;
- г) камень пузырного протока;
- д) камень холедоха.

**47. Осложнением желчнокаменной болезни, требующим экстренной операции, является:**

*Варианты ответа:*

- а) разлитой перитонит;
- б) кишечно-пузырный свищ;
- в) холангит;
- г) холедохолитиаз;
- д) желтуха.

**48. При холецистэктомии проведение интраоперационной холангиографии показано для:**

*Варианты ответа:*

- а) исследования тонуса сфинктера Одди;
- б) исследования перистальтики общего желчного протока;
- в) ретроградного заполнения внутривенечных желчных протоков;
- г) исключения конкрементов в протоках;
- д) выявления холангита.

**49. Для желчной колики характерны:**

*Варианты ответа:*

- а) иррадиация болей в правую лопатку, симптом Щеткина — Блюмберга в правом подреберье, высокая температура;
- б) интенсивная боль в правом подреберье, иррадиация болей в правую лопатку, симптом Ортнера;
- в) симптом Ортнера, высокая температура;
- г) иррадиация болей в правую лопатку, симптом Щеткина — Блюмберга в правом подреберье, симптом Ортнера;
- д) симптом Щеткина — Блюмберга в правом подреберье, симптом Ортнера.

**50. Анатомически элементом печечно-двенадцатиперстной связки является:**

*Варианты ответа:*

- а) вирсунгов проток;
- б) правая желудочная артерия;

- в) нижняя полая вена;
- г) аорта;
- д) общий желчный проток.

**51. Симптомом острого деструктивного холецистита является:**

*Варианты ответа:*

- а) симптом поколачивания;
- б) дефанс мышц в правом подреберье;
- в) вздутие живота;
- г) отсутствие перистальтики;
- д) усиленная перистальтика.

**52. Для острого калькулезного холецистита характерно:**

*Варианты ответа:*

- а) гектическая температура;
- б) исчезновение печеночной тупости;
- в) кровавая рвота;
- г) боль в правом подреберье;
- д) тяжесть в эпигастрии.

**53. Механическая желтуха развивается при:**

*Варианты ответа:*

- а) гепатите;
- б) жировом гепатозе;
- в) холедохолитиазе;
- г) дуоденостазе;
- д) стриктуре пузырного протока.

**54. Пациенту с острым холециститом при безуспешности консервативного лечения показана:**

*Варианты ответа:*

- а) холецистэктомия в срочном порядке;
- б) консервативное лечение;
- в) холецистэктомия в экстренном порядке;
- г) трансдуоденальная папиллосфинктеротомия;
- д) эндоскопическая папиллосфинктеротомия.

**55. Тампонирование ложа желчного пузыря после холецистэктомии показано при:**

*Варианты ответа:*

- а) околопузырном абсцессе;
- б) эмпиеме желчного пузыря;

- в) при неубедительном гемостазе;
- г) желчном перитоните;
- д) при дренировании холедоха.

**56. Оптимальным сроком для удаления дренажа из холедоха при неосложненном течении послеоперационного периода является:**

*Варианты ответа:*

- а) 4–5 сут;
- б) 8–12 сут;
- в) 15–18 сут;
- г) 19–20 сут;
- д) 21–28 сут.

**57. Перед удалением дренажа из холедоха следует выполнить**

*Варианты ответа:*

- а) эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатикографию;
- б) внутривенную холангиографию;
- в) гастродуоденоскопию;
- г) фистулохолангиографию;
- д) лапароскопию.

**58. Скрининговым методом диагностики желчнокаменной болезни является:**

*Варианты ответа:*

- а) ультрасонография;
- б) компьютерная томография;
- в) внутривенная холецистохолангиография;
- г) эндоскопическая ретроградная холангиография;
- д) чрескожная чреспеченочная холангиография.

**59. Локальным симптомом острого деструктивного холецистита является:**

*Варианты ответа:*

- а) вздутие живота;
- б) гематемезис;
- в) асимметрия живота;
- г) гектическая температура;
- д) дефанс мышц в правом подреберье.

**60. Наиболее вероятной причиной желтухи, возникшей после острого приступа болей в правом подреберье, является:**

*Варианты ответа:*

- а) стриктура фатерова соска;

- б) опухоль головки поджелудочной железы;
- в) инфекционный гепатит;
- г) холедохолитиаз;
- д) острый холецистит.

**61. Осложнением холедохолитиаза чаще всего становится:**

*Варианты ответа:*

- а) синдром Бадда — Киари;
- б) эмпиема желчного пузыря;
- в) гангрена желчного пузыря;
- г) холангит;
- д) анемия.

**62. Гемобилия развивается при:**

*Варианты ответа:*

- а) варикозном расширении вен пищевода и кардии желудка;
- б) раке желудка;
- в) язве двенадцатиперстной кишки;
- г) циррозе печени;
- д) центральном разрыве печени.

**63. Одним из признаков острого гнойного холангита является:**

*Варианты ответа:*

- а) гипотермия;
- б) исчезновение печеночной тупости;
- в) пневмоперитонеум;
- г) желтуха;
- д) уменьшение печени.

**64. Рентгенологическое обнаружение газа в желчевыводящих путях может быть при:**

*Варианты ответа:*

- а) вирусном гепатите;
- б) холедоходуоденальной фистуле;
- в) остром панкреатите;
- г) желчном перитоните;
- д) циррозе печени.

**65. Для абсцесса печени характерно:**

*Варианты ответа:*

- а) «ладьевидный» живот;
- б) симптом Курвуазье;
- в) боль в мезогастррии;

- г) лейкопения;
- д) увеличение печени.

**66. Наиболее частым осложнением холангиолитиаза является:**

*Варианты ответа:*

- а) перитонит;
- б) водянка желчного пузыря;
- в) холангит;
- г) рак фатерова сосочка;
- д) рак поджелудочной железы.

**67. Экстренная операция по поводу желчнокаменной показана при:**

*Варианты ответа:*

- а) печеночной колике;
- б) механической желтухе;
- в) перфорации желчного пузыря;
- г) водянке желчного пузыря;
- д) холедохолитиазе.

**68. Осложнением желчнокаменной болезни является:**

*Варианты ответа:*

- а) язва желудка;
- б) язва двенадцатиперстной кишки;
- в) цирроз печени;
- г) гнойный холангит;
- д) желудочно-ободочный свищ.

**69. Показанием к проведению холедохотомии является:**

*Варианты ответа:*

- а) холедохолитиаз;
- б) флегмонозный холецистит;
- в) гангренозный холецистит;
- г) водянка желчного пузыря;
- д) катаральный холецистит.

**70. Наименее характерным признаком печеночной колики является:**

*Варианты ответа:*

- а) боль в правом подреберье;
- б) лихорадка;
- в) тошнота;
- г) симптом Ортнера;
- д) рвота.



**71. Наиболее частыми по химическому составу желчные камни являются:**

*Варианты ответа:*

- а) пигментные;
- б) уратные;
- в) холестериновые;
- г) ацетатные;
- д) фосфатные.

**72. При наличии гнойного холангита показано:**

*Варианты ответа:*

- а) операция;
- б) катетеризация чревной артерии;
- в) консервативное лечение;
- г) плазмаферез;
- д) антибактериальная терапия.

**73. Наличие ознобов, желтухи, гипертермии без симптомов перитонита характерны для:**

*Варианты ответа:*

- а) перфоративного холецистита;
- б) стеноза Фатерова соска;
- в) эмпиемы желчного пузыря;
- г) пиелонефрита;
- д) гнойного холангита.

## ОТВЕТЫ С ПОЯСНЕНИЯМИ

№ п/п	Вариант ответа	Пояснение к ответу
1	д	Симптом Ортнера (Грекова) — болезненность при поколачивании по краю правой реберной дуги (обязательно поколачивание по обеим реберным дугам для сравнения). Является одним из симптомов острого холецистита. Механизм симптома: раздражение интерорецепторов воспаленной растянутой стенки желчного пузыря при механическом воздействии
2	г	Повышение уровня желчных кислот в крови приводит к раздражению ими чувствительных нервных окончаний кожи и появлению кожного зуда
3	б	При наличии воспалительного инфильтрата в области шейки желчного пузыря при остром холецистите бывает затруднительно дифференцировать анатомические структуры (пузырный проток, артерию и др.), поэтому более безопасным способом удаления желчного пузыря является холецистэктомия «от дна»
4	г	При наличии внутреннего желчного свища (билиодигестивного) газ (при рентгенологическом исследовании — барий) из кишечника, будет попадать в желчные пути. Поэтому рентгенологические признаки воздуха или бария в желчном пузыре или желчных протоках свидетельствуют о данной патологии
5	г	Наиболее вероятной причиной развития желтухи в раннем послеоперационном периоде после холецистэктомии являются «забытые» камни в холедохе вследствие недостаточного дооперационного обследования желчных протоков при желчнокаменная болезнь (ЖКБ)
6	д	Ультразвуковое исследование является наиболее распространенным и доступным скрининговым методом неинвазивного инструментального исследования при ЖКБ и позволяет в подавляющем большинстве случаев визуализировать камни в желчном пузыре

№ п/п	Вариант ответа	Пояснение к ответу
7	а	Противопоказанием для проведения ретроградной эндоскопической холангиографии (ЭРХПГ) является наличие у пациента острого панкреатита, так как при этом методе исследования контрастное вещество также попадает и в протоки поджелудочной железы, что может усугубить течение острого панкреатита.
8	в	Наиболее информативным из перечисленных методов диагностики механической желтухи является прямое контрастирование желчных путей посредством ЭРХПГ
9	г	Быстрое развитие желтухи после болевого приступа является следствием острой обтурации общего желчного протока при холедохолитиазе, что клинически проявляется печеночной коликой с последующим развитием желтухи
10	г	Осложнением холедохолитиаза является обтурация протоков с застоем желчи, присоединением инфекции и воспалением желчных путей, что проявляется клиникой холангита
11	в	Рациональным лечением желчно-каменной болезни до сих пор остается хирургическое вмешательство (холецистэктомия), позволяющее удалить субстрат болезни (желчные камни) вместе с резервуаром (желчный пузырь), где существуют предпосылки для застоя желчи и камнеобразования
12	г	Перебегающая (периодически возникающая) желтуха обусловлена вентильным камнем холедоха, который при определенных условиях (положение конкремента, спазм сфинктера и др.) обуславливает то обтурацию холедоха, то восстановление проходимости протока
13	в	Наиболее частой причиной острой желчной гипертензии является доброкачественное поражение желчных путей в виде холедохолитиаза, как осложнения ЖКБ
14	в	Хронический калькулезный холецистит является показанием к плановому хирургическому лечению (холецистэктомии) как к единственному эффективному и радикальному методу лечения ЖКБ,

№ п/п	Вариант ответа	Пояснение к ответу
		позволяющему удалить субстрат болезни (желчные камни) вместе с желчным пузырем с целью вторичной профилактики осложнений заболевания (острый холецистит, механическая желтуха, панкреатит и др.)
15	г	Чрескожная чреспеченочная холангиография (ЧЧХГ) является инвазивным методом прямого контрастирования желчных протоков, выполняется при безуспешности ЭРХПГ, позволяет диагностировать непроходимость желчных путей при механической желтухе
16	в	Желчнокаменная тонкокишечная непроходимость является одним из осложнений ЖКБ вследствие попадания крупного камня в кишечник при образовании свища между желчным пузырем и рядом расположенной двенадцатиперстной кишкой
17	д	Рубцовая стриктура внепеченочных желчных протоков приводит к нарушению проходимости протоков, застою желчи и развитию обтурационной желтухи
18	г	Индекс литогенности желчи определяется соотношением холестерина, желчных кислот и лецитина. Он рассчитывается как частное от деления количества холестерина, находящегося в исследуемой желчи, на максимальное количество его, которое может быть растворено при данном соотношении желчных кислот и фосфолипидов (лецитина). Желчь считается литогенной, если индекс литогенности больше 1
19	д	При остром деструктивном холецистите с признаками перитонита показана экстренная операция (холецистэктомия, санация и дренирование брюшной полости) в сроке 2–3 ч от момента поступления пациента в стационар
20	г	Оптимальной операцией при неосложненном калькулезном холецистите является лапароскопическая холецистэктомия как малоинвазивное вмешательство, позволяющее минимизировать операционную травму, сократить сроки стационарного лечения и реабилитации, получить хороший эстетический результат

№ п/п	Вариант ответа	Пояснение к ответу
21	д	Интраоперационное исследование желчных путей (холангиография) показано при расширении гепатикохоледоха, как признака желчной гипертензии вследствие обтурации желчных протоков патологическим процессом (камень, опухоль и др.)
22	а	Одним из ранних лабораторных показателей холестаза и желтухи вследствие холедохолитиаза является повышение уровня щелочной фосфатазы в сыворотке крови
23	д	Из перечисленных методов к интраоперационным способам исследования внепеченочных желчных путей относится зондирование холедоха с помощью специальных зондов-бужей, позволяющих установить факт проходимости желчных протоков при проведении зонда проксимально или дистально в 12-перстную кишку
24	в	Острый холецистит обычно начинается с приступа болей в правом подреберье и эпигастрии вследствие растяжения стенки желчного пузыря при обтурации камнем области шейки или пузырного протока (висцеральный механизм боли)
25	а	Приступ печеночной колики возникает внезапно, остро вследствие острой обтурации камнем шейки желчного пузыря или желчного протока, что приводит к повышению давления и растяжению стенок пузыря (протоков), раздражению нервных окончаний и появлению болевого приступа (висцеральная боль)
26	б	Одним из характерных лабораторных признаков острого холецистита, как и любого другого острого воспалительного процесса, является лейкоцитоз со сдвигом формулы влево
27	д	Нормальными показателями общего билирубина в сыворотке крови считается 8,55–20,52 мкмоль/л
28	б	При остром и хроническом холецистите противопоказано применение морфина гидрохлорида, так как он вызывает спазм сфинктера Одди, что может привести к развитию острого панкреатита, застою желчи и др.

№ п/п	Вариант ответа	Пояснение к ответу
29	г	Основной метод исследования больных с неосложненным холециститом УЗИ желчного пузыря. Ультразвуковое исследование является наиболее распространенным и доступным скрининговым методом неинвазивного инструментального исследования при ЖКБ и позволяет в подавляющем большинстве случаев визуализировать камни в желчном пузыре, а также выявлять патологию желчных протоков и смежных органов
30	б	Средний диаметр общего желчного протока составляет 5–7 мм. А максимально допустимая нормальная ширина холедоха — до 1 см
31	а	Одним из осложнений острого деструктивного калькулезного холецистита является образование перивезикального инфильтрата, а позже и перивезикального абсцесса
32	г	Характерным симптомом острого катарального холецистита без признаков деструкции стенки пузыря и перитонита является боль в правом подреберье
33	а	Симптом Курвуазье (пальпируемый увеличенный безболезненный желчный пузырь на фоне механической желтухи) характерен для опухолевых процессов, приводящих к нарушению проходимости общего желчного протока дистальнее впадения пузырного протока (рак головки поджелудочной железы, рак большого дуоденального соска)
34	д	Камнеобразованию в желчном пузыре способствуют застой желчи в пузыре, повышение индекса литогенности желчи, а также воспалительные явления в стенке желчного пузыря
35	а	Скрининговым методом уточнения характера и причины желтухи является ультразвуковое исследование (УЗИ), позволяющее выявить основной признак механической желтухи (расширение желчных протоков), а зачастую выявить и причину обструкции
36	в	Для клиники острого обтурационного холангита характерно увеличение печени, как один из симптомов холестаза на фоне холангиолитиаза

№ п/п	Вариант ответа	Пояснение к ответу
37	а	Интраоперационная холангиография показана при желтухе в анамнезе, если до операции не было возможности выполнить эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатикографию, чрескожную чреспеченочную ходангиографию или компьютерную томографию с контрастированием
38	г	Осложнением холедохолитиаза является обтурация желчных протоков камнем с развитием механической желтухи
39	в	Симптомом желчной колики является боль в правом подреберье вследствие острой обтурации камнем шейки желчного пузыря или желчного протока, что приводит к повышению давления и растяжению стенок пузыря (протоков), раздражению нервных окончаний и появлению болевого приступа (висцеральная боль)
40	д	Для клиники острого холангита характерно развитие желтухи как симптома холестаза, чаще всего развивающегося на фоне холедохолитиаза
41	а	Наиболее частым осложнением желчнокаменной болезни является развитие острого деструктивного холецистита вследствие обтурации камнем шейки желчного пузыря с последующим нарушением кровообращения в стенке и развития деструкции.
42	в	Симптом Курвуазье (пальпируемый увеличенный безболезненный желчный пузырь на фоне механической желтухи) характерен для опухолевых процессов, приводящих к нарушению проходимости общего желчного протока дистальнее впадения пузырного протока (рак головки поджелудочной железы, рак большого дуоденального соска)
43	в	В случае желчнокаменной болезни экстренная операция показана при перфоративном холецистите, так как при этом развивается желчный перитонит, что является абсолютным показанием к экстренной операции
44	б	Основным фактором, определяющим тактику хирурга при остром холецистите, является наличие перитонита, поскольку в этом случае показано экстренное оперативное вмешательство

№ п/п	Вариант ответа	Пояснение к ответу
45	а	Пациенту с гангренозным холециститом и местным перитонитом показана экстренная операция ввиду прогрессирования деструктивных изменений в стенке пузыря, угрозе перфорации и распространения перитонита
46	г	Основной причиной острого холецистита является обтурация камнем области пузырного протока или шейки желчного пузыря с последующим растяжением пузыря, нарушением кровообращения в стенке, присоединением инфекции и развития деструкции
47	а	Осложнением желчнокаменной болезни, требующим экстренной операции, является разлитой перитонит вследствие перфорации желчного пузыря или пропотевания желчи через расширенные ходы Рокитанского — Ашофа в стенке желчного пузыря
48	г	Интраоперационная холангиография показана при желтухе в анамнезе, если до операции не было возможности выполнить эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатикографию, чрескожную чреспеченочную холангиографию или компьютерную томографию с контрастированием
49	б	Для колики, вызванной камнями желчного пузыря, характерны интенсивная боль в правом подреберье, иррадиация болей в правую лопатку, симптом Ортнера
50	д	В состав печеночно-двенадцатиперстной связки входит общий желчный проток, а также воротная вена и печеночная артерия
51	б	При остром деструктивном холецистите развивается местный перитонит, что клинически проявляется появлением дефанса (защитного напряжения) мышц в правом подреберье
52	г	Основным клиническим симптомом острого холецистита является боль в правом подреберье, возникающая вследствие обтурации камнем пузырного протока или шейки желчного пузыря с последующим растяжением пузыря, нарушением кровообращения в стенке, присоединением инфекции и развития деструкции и местного перитонита



№ п/п	Вариант ответа	Пояснение к ответу
53	в	Механическая желтуха возникает при холедохоли-тиазе вследствие обтурации камнем общего желч-ного протока и развития холестаза
54	а	Пациенту с острым калькулезным холециститом без признаков перитонита при безуспешности консервативного лечения в течение 24–48 ч пока-зана холецистэктомия в срочном порядке
55	в	Подведение марлевого тампона к ложу желчного пузыря после холецистэктомии с гемостатической целью показано при неубедительном гемостазе в случае неэффективности электрокоагуляции или прошивания ложа желчного пузыря
56	б	Оптимальными сроками удаления дренажа из хо-ледоха при неосложненном течении послеопера-ционного периода являются 8–12 сут. К этому времени стихают острые воспалительные процес-сы в желчных протоках, а также происходит от-граничение дренажа от свободной брюшной по-лости, что делает процесс удаления дренажа безо-пасным в плане желчеистечения
57	г	Перед удалением дренажа из холедоха следует выполнить фистулографию (введение контрастно-го вещества в желчные протоки через наружный дренаж), которая позволит подтвердить свободный пассаж контраста в 12-перстную кишку, что сви-детельствует о проходимости холедоха, а также отсутствии дефектов наполнения в протоках
58	а	Ультразвуковое исследование (УЗИ) является наи-более распространенным и доступным скрининго-вым методом неинвазивного инструментального исследования при желчнокаменной болезни и по-зволяет в подавляющем большинстве случаев ви-зуализировать камни в желчном пузыре, а также выявлять патологию желчных протоков и смеж-ных органов
59	д	При остром деструктивном холецистите развива-ется местный перитонит, что локально проявляет-ся наличием дефанса (защитного напряжения) мышц в правом подреберье

№ п/п	Вариант ответа	Пояснение к ответу
60	г	Наиболее вероятной причиной желтухи, возникшей после острого приступа болей в правом подреберье, является холедохолитиаз. Развитие желтухи после болевого приступа является следствием острой обтурации общего желчного протока при холедохолитиазе
61	г	Осложнением холедохолитиаза является холангит вследствие обтурации просвета желчного протока камнем, застоя желчи и присоединения инфекции
62	д	Гемобилия (наличие крови в желчных путях) может быть при центральном разрыве печени, когда при нарушении целостности сосудов и желчных протоков по градиенту давления кровь попадает в желчные протоки
63	г	Одним из признаков острого гнойного холангита является желтуха, наряду с болью с правом подреберье и лихорадкой (триада Шарко)
64	б	Обнаружение газа в желчевыводящих путях может быть при холедоходуоденальной фистуле. При наличии внутреннего желчного свища (билиодигестивного) газ из кишечника, будет попадать в желчные пути. Поэтому рентгенологически наличие воздуха в желчных протоках свидетельствуют о данной патологии
65	д	Для печеночного абсцесса характерно увеличение печени, как признак наличия объемного образования в печени, холестаза и нарушения кровообращения
66	в	Наиболее частым осложнением холангиолитиаза является холангит вследствие обтурации просвета желчного протока камнем, застоя желчи и присоединения инфекции
67	в	Экстренная операция по поводу желчнокаменной болезни показана при перфорации желчного пузыря, так как развивается желчный перитонит, что является абсолютным показанием к экстренному вмешательству
68	г	Осложнение желчнокаменной болезни при локализации камней в желчных протоках является гнойный холангит, вследствие обтурации просвета желчного протока камнем, застоя желчи и присоединения инфекции

№ п/п	Вариант ответа	Пояснение к ответу
69	а	Холедохолитиаз является показанием к холедохотомии, литоэкстракции и наружному дренированию протока
70	в	Наименее характерным признаком печеночной колики является лихорадка, так как интоксикация на этой стадии патологического процесса невыражена
71	в	Наиболее частыми по химическому составу желчными камнями являются холестериновые, так как повышение уровня холестерина является основным химическим фактором в повышении литогенности желчи
72	а	При гнойном холангите показано оперативное вмешательство, направленное на удаление камней из протоков (наиболее частая причина холангита), санацию и наружное дренирование желчных протоков
73	д	Ознобы, желтуха, гипертермия (триада Шарко) без симптомов перитонита являются основными клиническими симптомами гнойного холангита.

## **ЗАДАНИЯ ПО ЗАБОЛЕВАНИЯМ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

*Выберите один правильный вариант ответа*

**1. Среди этиологических факторов хронического панкреатита главную роль играет:**

*Варианты ответа:*

- а) лекарственные средства;
- б) вирусная инфекция;
- в) алкоголь;
- г) врожденные аномалии развития;
- д) травмы.

**2. Симптом, при котором отмечается болезненность при пальпации в области левого реберно-позвоночного угла, назван в честь:**

*Варианты ответа:*

- а) Керте;
- б) Мюсси — Георгиевского;
- в) Ситковского;
- г) Мейо — Робсона;
- д) Грекова — Ортнера.

**3. В диагностике панкреонекроза наиболее информативным исследованием из перечисленных является:**

*Варианты ответа:*

- а) лапароскопия;
- б) эзофагогастродуоденоскопия ;
- в) исследование мочи на содержание амилазы;
- г) ультрасонография;
- д) исследование крови на содержание панкреатических ферментов.

**4. Основная роль в патогенезе острого панкреатита принадлежит:**

*Варианты ответа:*

- а) микроциркуляторным нарушениям ;
- б) плазмоцитарной инфильтрации ;
- в) микробной флоре;
- г) аутоферментной агрессии;
- д) венозному стазу.

**5. Косвенным диагностическим критерием опухоли головки поджелудочной железы на УЗИ является:**

*Варианты ответа:*

- а) наличие кист в печени;

- б) расширение воротной вены;
- в) утолщение стенки желчного пузыря;
- г) уменьшение размеров желчного пузыря;
- д) расширение желчных протоков.

**6. Умеренно выраженный болевой синдром и нерасширенный главный панкреатический проток при хроническом панкреатите являются показанием к:**

*Варианты ответа:*

- а) дистальной резекции поджелудочной железы;
- б) продольной панкреатикоюностомии;
- в) панкреатэктомии в объеме 95 %;
- г) медикаментозному лечению;
- д) операции Фрея.

**7. Применение ингибиторов протеолитических ферментов показано при:**

*Варианты ответа:*

- а) раке поджелудочной железы;
- б) синдроме Золлингера — Эллисона;
- в) пенетрации язвы двенадцатиперстной кишки;
- г) хроническом панкреатите;
- д) остром панкреатите.

**8. К вторичным факторам агрессии при остром панкреатите относят:**

*Варианты ответа:*

- а) гастрин;
- б) амилазу;
- в) липазу;
- г) трипсин;
- д) биологически активные вещества (брадикинин, гистамин и др.).

**9. При обострении хронического панкреатита в комплексе лечения применяют:**

*Варианты ответа:*

- а) резекция поджелудочной железы;
- б) дренирование главного протока железы;
- в) анальгетики и спазмолитики;
- г) тепло на живот;
- д) антибиотики.

**10. При рецидивирующем хроническом панкреатите наиболее частым симптомом является:**

*Варианты ответа:*

- а) вздутие живота;

- б) желтуха;
- в) гипертермия;
- г) тошнота и рвота;
- д) боли в верхней половине живота.

**11. К наиболее достоверному методу исследования внешнесекреторной функции поджелудочной железы относят:**

*Варианты ответа:*

- а) эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатикографию;
- б) определение содержания ферментов в сыворотке крови;
- в) копрологическое исследование;
- г) определение активности ферментов в дуоденальном содержимом;
- д) ультрасонография.

**12. Какая операция является оптимальной при лечении хронических ложных кист поджелудочной железы:**

*Варианты ответа:*

- а) иссечение кисты;
- б) внутреннее дренирование кисты;
- в) чрескожное дренирование кисты;
- г) панкреатэктомия;
- д) панкреатоеюностомия.

**13. Наличие объемного образования в эпигастральной области после перенесенного панкреонекроза может свидетельствовать о наличии:**

*Варианты ответа:*

- а) рецидива панкреонекроза;
- б) истинной кисты поджелудочной железы;
- в) ложной кисты поджелудочной железы;
- г) опухоли поджелудочной железы;
- д) псевдотуморозного панкреатита.

**14. В диагностике кисты поджелудочной железы наиболее информативным из перечисленных исследований является:**

*Варианты ответа:*

- а) исследование пассажа бария по желудку и кишечнику;
- б) обзорная рентгенография брюшной полости;
- в) эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатикография;
- г) УЗИ;
- д) внутривенная холангиография.

**15. Для хронического панкреатита показанием к операции является:**

*Варианты ответа:*

- а) внешнесекреторная недостаточность;

- б) снижение массы тела;
- в) вторичный сахарный диабет;
- г) гипопропротеинемия;
- д) механическая желтуха.

**16. У пациента пожилого возраста развитие безболевого желтухи более характерно для:**

*Варианты ответа:*

- а) острого холецистита;
- б) острого панкреатита;
- в) рака головки поджелудочной железы;
- г) холедохолитиаза;
- д) гепатита.

**17. Киста поджелудочной железы может осложниться:**

*Варианты ответа:*

- а) нагноением;
- б) камнями в желчном пузыре;
- в) образованием аденомы b-клеток;
- г) парезом кишечника;
- д) язва желудка.

**18. При наличии острой неосложненной кисты поджелудочной железы показано:**

*Варианты ответа:*

- а) марсупиализация;
- б) вскрытие и дренирование;
- в) консервативное лечение и динамическое наблюдение;
- г) цистоеюностомия;
- д) цистогастростомия.

**19. Наиболее информативный метод диагностики хронического панкреатита:**

*Варианты ответа:*

- а) диагностический пневмоперитонеум;
- б) обзорная рентгеноскопия брюшной полости;
- в) лапароскопия;
- г) гастроскопия;
- д) ультрасонография.

**20. Оптимальный вариант лечения хронической кисты поджелудочной железы:**

*Варианты ответа:*

- а) консервативное лечение;

- б) наружное дренирование;
- в) резекция поджелудочной железы с кистой;
- г) экстирпация кисты;
- д) внутреннее дренирование.

**21. Скрининговый метод диагностики хронической кисты поджелудочной железы:**

*Варианты ответа:*

- а) ретроградная холангиопанкреатикография;
- б) холецистография;
- в) компьютерная томография;
- г) ультрасонография;
- д) ангиография.

**22. Стеаторея характерна для:**

*Варианты ответа:*

- а) постхолецистэктомического синдрома;
- б) острого панкреатита;
- в) хронического панкреатита;
- г) печеночной недостаточности;
- д) болезни Крона.

**23. Механическая желтуха при хроническом панкреатите обусловлена:**

*Варианты ответа:*

- а) сдавлением желудка;
- б) сдавлением двенадцатиперстной кишки;
- в) сдавлением общего печеночного протока;
- г) сдавлением холедоха;
- д) сдавлением пузырного протока.

**24. Симптом Курвуазье проявляется следующим состоянием:**

*Варианты ответа:*

- а) безболезненный увеличенный желчный пузырь, желтухи нет;
- б) болезненный увеличенный желчный пузырь, желтухи нет;
- в) безболезненный увеличенный желчный пузырь, желтуха есть;
- г) болезненный увеличенный желчный пузырь, желтуха есть;
- д) желтуха.

**25. При наличии кисты поджелудочной железы наблюдается:**

*Варианты ответа:*

- а) метеоризм;
- б) дизурические расстройства;



- в) боли в пояснице;
- г) пальпируемое опухолевидное образование в гипогастрии;
- д) пальпируемое опухолевидное образование в эпигастрии.

**26. При осложнении кисты поджелудочной железы нагноением применяют:**

*Варианты ответа:*

- а) внутреннее дренирование кисты;
- б) цистоеюностомию;
- в) эндоскопическую цистогастростомию;
- г) открытую цистогастростомию;
- д) наружное дренирование кисты.

**27. При лечении неосложненного хронического панкреатита в основном применяется:**

*Варианты ответа:*

- а) селективная проксимальная ваготомия;
- б) панкреатикоеюностомия;
- в) панкреатодуоденальная резекция;
- г) резекция желудка;
- д) консервативная терапия.

**28. Наиболее информативным методом диагностики кисты поджелудочной железы является:**

*Варианты ответа:*

- а) биохимическое исследование крови;
- б) ультрасонография;
- в) внутривенная холангиография;
- г) эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатикография;
- д) пассаж бария по кишечнику.

**29. При наличии кист поджелудочной железы показанием к экстренной операции является:**

*Варианты ответа:*

- а) портальная гипертензия;
- б) сдавление двенадцатиперстной кишки;
- в) перфорация кисты;
- г) подозрение на малигнизацию;
- д) размер кисты более 10 см.

**30. Симптом Курвуазье характерен для:**

*Варианты ответа:*

- а) хронического панкреатита;

- б) острого холецистита;
- в) рака желудка;
- г) рака головки поджелудочной железы;
- д) спленомегалии.

**31. Обострение хронического панкреатита чаще всего сопровождается повышением уровня:**

*Варианты ответа:*

- а) амилазы;
- б) фосфолипазы;
- в) эластазы;
- г) аминотрансферазы;
- д) трипсина.

**32. При хроническом панкреатите с целью купирования болевого синдрома чаще всего применяют:**

*Варианты ответа:*

- а) инъекции морфина;
- б) паранефральную блокаду;
- в) вагосимпатическую блокаду по Вишневскому;
- г) перидуральную анестезию;
- д) анальгетики и спазмолитики.

**33. Первичными факторами агрессии в патогенезе острого панкреатита являются:**

*Варианты ответа:*

- а) гастрин;
- б) желчь;
- в) ферменты поджелудочной железы;
- г) цитокины;
- д) макрофаги, тромбоциты.

**34. Началом острого панкреатита следует считать:**

*Варианты ответа:*

- а) момент поступления пациента в стационар;
- б) появление болевого синдрома;
- в) повышение температуры тела;
- г) появление рвоты;
- д) определение повышенного уровня амилазы в крови.

**35. Наибольшую долю в структуре острого панкреатита занимает:**

*Варианты ответа:*

- а) киста поджелудочной железы;
- б) жировой панкреонекроз;
- в) геморрагический панкреонекроз;

- г) отечный (интерстициальный) панкреатит;
- д) гнойно-некротический парапанкреатит.

**36. Первая фаза при панкреонекрозе характеризуется:**

*Варианты ответа:*

- а) развитием кист поджелудочной железы;
- б) брюшинной флегмоной;
- в) секвестрацией ткани железы;
- г) образованием очагов некроза в поджелудочной железе;
- д) отеком поджелудочной железы.

**37. Поздняя фаза панкреонекроза характеризуется:**

*Варианты ответа:*

- а) секвестрацией ткани поджелудочной железы;
- б) отеком поджелудочной железы;
- в) выпотом в сальниковую сумку;
- г) панкреогенный перитонитом;
- д) панкреатогенным шоком.

**38. Оптимальным видом лечения острого панкреатита в I фазе является:**

*Варианты ответа:*

- а) резекция поджелудочной железы;
- б) интенсивная консервативная терапия;
- в) операция Фрея;
- г) вскрытие и дренирование брюшинной флегмоны;
- д) некрсеквестрэктомия.

**39. Оптимальным способом лечения острых псевдокист поджелудочной железы размером менее 5 см является:**

*Варианты ответа:*

- а) марсупиализация;
- б) цистогастростомия;
- в) цистоеюностомия;
- г) резекция поджелудочной железы;
- д) консервативное лечение и динамическое наблюдение.

**40. При выявлении у пациента острого билиарного панкреатита показано:**

*Варианты ответа:*

- а) инъекция морфина;
- б) паранефральная блокада;
- в) резекция поджелудочной железы;
- г) эндоскопическая папиллосфинктеротомия с литоэкстракцией;
- д) холецистостомия.

## ОТВЕТЫ С ПОЯСНЕНИЯМИ

№ п/п	Вариант ответа	Пояснение к ответу
1	в	Наиболее частым этиологическим фактором развития хронического панкреатита является алкоголь — до 60–90 % случаев, на втором месте — желчнокаменная болезнь (5–35 %). Остальные этиологические факторы: вирусная инфекция, травмы, лекарственные средства, врожденные аномалии развития — встречаются реже
2	г	Симптом Мейо — Робсона — болезненность при пальпации в области левого реберно-позвоночного угла. Встречается у 45 % пациентов с острым панкреатитом, обусловлен топографо-анатомическими особенностями поджелудочной железы
3	а	В диагностике панкреонекроза наиболее информативным исследованием будет лапароскопия. Признаками острого панкреатита при лапароскопии: отек брыжейки корня поперечно-ободочной кишки, геморрагический выпот с высокой активностью амилазы, стеатонекрозы, геморрагическое пропитывание брюшинной клетчатки. Остальные указанные методы исследования являются менее специфичными для диагностики панкреонекроза. Большой информативностью также обладает компьютерная томография с болюсным контрастным усилением
4	г	В развитии острого панкреатита главенствующая роль принадлежит аутоферментной агрессии. Внутрипротоковая активация ферментов поджелудочной железы и аутолиз тканей являются первичными факторами агрессии при остром панкреатите
5	д	Косвенный признак опухоли головки поджелудочной железы на ультрасонографии — расширение желчных протоков. Рак головки часто приводит к сдавлению общего желчного протока и развитию обтурационной желтухи, что при ультрасонографии проявляется расширением желчных протоков
6	г	Хронический панкреатит с умеренно выраженным болевым синдромом и нерасширенной протоковой системой железы является показанием к медикаментозному лечению, оперативное лечение в таких случаях не проводится

№ п/п	Вариант ответа	Пояснение к ответу
7	д	Ингибиторы протеаз применяют при остром панкреатите. В остальных случаях — пенетрации язвы двенадцатиперстной кишки, аденоме поджелудочной железы, раке поджелудочной железы, хроническом панкреатите — использование ингибиторов протеаз не показано
8	д	Ферменты поджелудочной железы (первичные факторы агрессии) активируют калликреин-кининовую систему с образованием биологически активных веществ: брадикинин, гистамин, серотонин (вторичные факторы агрессии), которые приводят к увеличению сосудистой проницаемости, нарушением микроциркуляции, отеку, повышенной экссудации и микротромбозу, ишемии, гипоксии и ацидозу тканей
9	в	В комплексном лечении обострения хронического панкреатита используется назначение анальгетиков и спазмолитиков в качестве симптоматической терапии
10	д	Наиболее частый симптом рецидивирующего хронического панкреатита — боли в верхней половине живота. Тошнота и рвота, вздутие живота проявляются реже. В свою очередь, гипертермия и желтуха возникают преимущественно как результат осложненного течения хронического панкреатита
11	г	Определение содержания ферментов в дуоденальном содержимом является наиболее достоверным методом исследования внешнесекреторной функции поджелудочной железы, так как непосредственно показывает количество вырабатываемых железой активных веществ. Определение содержания ферментов в сыворотке крови, ультрасонография, эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатикография — не являются методами оценки экзокринной функции поджелудочной железы, а копрологическое исследование позволяет лишь косвенно судить о пищеварительной функции ЖКТ
12	б	Оптимальной операцией для лечения хронических ложных кист поджелудочной железы является внутреннее дренирование кисты. Панкреатоэнтероанастомоз является частным вариантом внутреннего дренирования протоковой системы железы. Панкреатэктомия в данной ситуации не показана, иссечение кист малоприменимо в хирургии поджелудочной железы, а чрескожное дренирование возможно лишь как первичный этап лечения осложненных кист

№ п/п	Вариант ответа	Пояснение к ответу
13	в	Объемное образование в эпигастрии после панкреонекроза свидетельствует о ложной кисте поджелудочной железы сформировавшейся в результате скопления и отграничения наркотизированных тканей. Опухоли поджелудочной железы, истинные кисты и псевдотуморозный панкреатит не являются результатом течения острого наркотизирующего панкреатита. В свою очередь рецидив панкреонекроза встречается достаточно редко
14	г	Наиболее информативным исследованием в диагностике кисты поджелудочной железы является ультрасонография, позволяющая определить размеры, локализацию, стенки кисты, ее содержимое. Остальные методики (эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатикография, исследование пассажа бария по кишечнику, обзорная рентгенография брюшной полости и внутривенная холангиография) малоинформативны в диагностике жидкостных скоплений поджелудочной железы
15	д	Механическая желтуха является показанием к операции в виду осложненного течения хронического панкреатита. Вторичный сахарный диабет, внешнесекреторная недостаточность, гипопропротеинемия и снижение массы тела подлежат консервативному лечению
16	в	Безболевая желтуха в пожилом возрасте более характерна для рака головки поджелудочной железы, при котором сдавление общего желчного протока развивается постепенно, не приводя к острой желчной гипертензии. В свою очередь остальные варианты развития желтухи сопровождаются болевым синдромом в той или иной форме (приступообразная боль и интермиттирующая желтуха при холедохолитиазе, постоянная интенсивная боль при остром холецистите и остром панкреатите, а также постоянные ноющие боли при гепатите)
17	а	Нагноение является одним из вариантов осложненного течения кисты поджелудочной железы. Аденома b-клеток, камни желчного пузыря, язва желудка и парез кишечника патогенетически не являются следствием наличия кисты поджелудочной железы
18	в	При наличии острой неосложненной кисты поджелудочной железы показано консервативное лечение по

№ п/п	Вариант ответа	Пояснение к ответу
		программе острого панкреатита и динамическое наблюдение. Вскрытие и дренирование кисты, цистостомию и цистогастростомию проводят лишь при неэффективности консервативного лечения и развитии осложнений
19	д	Из перечисленного — ультразвуковое исследование наиболее информативный метод диагностики хронического панкреатита. Диагностический пневмоперитонеум, обзорная рентгеноскопия брюшной полости, лапароскопия, гастроскопия — не являются методами прямой диагностики патологии поджелудочной железы, а позволяют лишь косвенно судить о наличии хронического панкреатита преимущественно при наличии запущенных и осложнённых форм
20	д	Оптимальной операцией для лечения хронической кисты поджелудочной железы является внутренне дренирование. Резекция поджелудочной железы с кистой выполняется редко и при наличии специфических показаний, иссечение кисты малоприменимо в хирургии поджелудочной железы, а наружное дренирование возможно лишь как первичный этап лечения осложненного течения заболевания
21	г	Наиболее доступным и распространенным (т. е. скрининговым) исследованием в диагностике кисты поджелудочной железы является ультразвуковая сонография. Компьютерная томография является более информативным, но доступно лишь в крупных медицинских учреждениях при этом имеет ряд противопоказаний. Остальные методики (эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатикография, холецистография, ангиография) малоинформативны в диагностике жидкостных скоплений поджелудочной железы и применимы лишь при наличии четких показаний (ложные аневризмы, истинные кисты или кисты, связанные с главным панкреатическим протоком, сдавление общего желчного протока и др.)
22	в	Стеаторея является одним из симптомов хронического панкреатита. Для постхолецистэктомического синдрома, острого панкреатита, печеночной недостаточности и болезни Крона она не характерна

№ п/п	Вариант ответа	Пояснение к ответу
23	г	Механическая желтуха при хроническом панкреатите обусловлена сдавлением холедоха при преимущественном поражении головки поджелудочной железы (псевдотуморозный, головчатый панкреатит). Сдавление желудка, сдавление двенадцатиперстной кишки, сдавление пузырного протока не приводят к нарушению оттока желчи по магистральным желчеотводящим путям, а сдавление общего печеночного протока крайне маловероятно при хроническом панкреатите в виду анатомических особенностей
24	в	Симптом Курвуазье (Террье — Курвуазье). Впервые описан швейцарским хирургом L. Courvoisier (1843–1918). При пальпации в правом подреберье определяется увеличенный, безболезненный желчный пузырь на фоне механической желтухи. Данный симптом говорит о механическом препятствии оттоку желчи ниже впадения пузырного протока при его проходимости. Встречается при раке большого дуоденального соска, головки поджелудочной железы
25	д	Наличие пальпируемого опухолевидного образования в эпигастрии является основным симптомом кисты поджелудочной железы
26	д	При нагноении кисты поджелудочной железы чаще всего применяют наружное дренирование кисты как малоинвазивное пункционное под контролем ультразвукового исследования или компьютерной томографии, так и открытое (марсупилизация), что может привести к излечению при адекватной терапии либо явится первым этапом хирургического лечения с целью стабилизации состояния пациента. Внутреннее дренирование — крайне нежелательный вариант хирургического лечения при наличии гнойных осложнений кист поджелудочной железы
27	д	Основным методом лечения хронического панкреатита является консервативная терапия, приносящее положительный эффект большинству пациентов. Хирургическому лечению подлежат пациенты при неэффективности консервативной терапии в плане стойкого выраженного болевого синдрома и при развитии осложнений заболевания (механическая желтуха, портальная гипертензия и др.)



№ п/п	Вариант ответа	Пояснение к ответу
28	б	Наиболее информативным исследованием в диагностике кист поджелудочной железы является ультразвуковое исследование. Остальные методики (эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатикография, исследование пассажа бария по кишечнику, биохимическое исследование крови и внутривенная холангиография) малоинформативны в диагностике жидкостных скоплений поджелудочной железы
29	в	Показанием к экстренной операции при кисте поджелудочной железы является осложнение перфорацией ввиду развития перитонит. Сдавление двенадцатиперстной кишки, портальная гипертензия, подозрение на малигнизацию, размер кисты более 10 см также подлежат хирургическому лечению, однако выполняются в плановом порядке после адекватной подготовки и дообследования пациента
30	г	Симптом Курвуазье характерен для рака головки поджелудочной железы. При пальпации в правом подреберье определяется увеличенный, безболезненный желчный пузырь на фоне механической желтухи. Данный симптом говорит о механическом препятствии оттоку желчи ниже впадения пузырного протока при его проходимости
31	а	При обострении хронического панкреатита, как правило, повышается уровень амилазы, которую определяют в крови и моче
32	д	Для купирования болевого синдрома при хроническом панкреатите чаще всего применяют анальгетики и спазмолитики. Перечисленные варианты (вагосимпатическая блокада по Вишневскому, перидуральная анестезия, паранефральная блокада, инъекции морфина) также оказывают анальгетический эффект при хроническом панкреатите, однако являются избыточными и применяются лишь при наличии особых показаний
33	в	Первичными факторами агрессии в патогенезе острого панкреатита являются ферменты поджелудочной железы: трипсин, химотрипсин, (вызывают протеолиз белков тканей), фосфолипаза А2 (разрушает мембраны клеток), липаза (гидролизует внутриклеточные триглицериды до жирных кислот и, соединяясь с кальцием, приводит к липолитическому некрозу в поджелудочной железе, забрюшинной клетчатке и брыжейке тонкой и толстой кишки)

№ п/п	Вариант ответа	Пояснение к ответу
34	б	Начало острого панкреатита должно определяться по времени появления абдоминального болевого синдрома, а не по времени поступления пациента в стационар. Типичный болевой синдром возникает при остром панкреатите всегда. Обычно он интенсивный, стойкий, не купируется спазмолитиками и анальгетиками. Выявить момент начала заболевания можно при тщательном сборе анамнеза. При переводе пациента из одного стационара в другой (например, из центральной районной в областную больницу) началом заболевания следует считать время появления болевого синдрома при первичном обращении за медицинской помощью
35	г	Отечный (интерстициальный) панкреатит по частоте занимает 80–85 % в структуре заболевания. Характеризуется легкой степенью тяжести заболевания и редким развитием локальных осложнений или системных расстройств, фазового течения не имеет
36	г	В первую фазу при панкреонекрозе происходит формирование очагов некроза в паренхиме поджелудочной железы или окружающей клетчатке различного объема и развитие эндотоксикоза. Эндотоксикоз проявляется легкими или глубокими системными нарушениями в виде органной (полиорганной) недостаточности. Максимальный срок формирования некроза в поджелудочной железе обычно составляет 3 сут, после этого срока он в дальнейшем не прогрессирует
37	а	Поздняя фаза (секвестрации) начинается, как правило, с 3-й недели заболевания, может длиться несколько месяцев. Секвестры в поджелудочной железе и в забрюшинной клетчатке обычно начинают формироваться с 14-х суток от начала заболевания. При отторжении крупных фрагментов некротизированной ткани поджелудочной железы может происходить разгерметизация ее протоковой системы и образование внутреннего панкреатического свища
38	б	Оптимальным видом лечения острого панкреатита в I фазе является интенсивная консервативная терапия. Хирургическое вмешательство — лишь при развитии осложнений хирургического профиля. Лапароскопия показана пациентам с перитонеальным синдромом, в

№ п/п	Вариант ответа	Пояснение к ответу
		том числе при наличии ультразвуковых признаков свободной жидкости в брюшной полости, а также при необходимости дифференциальной диагностики с другими заболеваниями органов брюшной полости
39	д	Острые неосложненные псевдокисты поджелудочной железы небольшого размера (менее 5 см) оперировать нецелесообразно, они подлежат консервативному лечению и динамическому наблюдению. Псевдокисты поджелудочной железы большого размера (более 5 см) подлежат оперативному лечению в плановом порядке при отсутствии осложнений. Операцией выбора незрелой (несформировавшейся) псевдокисты (менее 6 мес.) является наружное дренирование. Зрелая (сформировавшаяся) псевдокиста (более 6 мес.) подлежит оперативному лечению (внутреннее дренирование) в плановом порядке
40	г	Интенсивный болевой синдром, не купируемый наркотическими анальгетиками, быстро прогрессирующая желтуха, отсутствие желчи в двенадцатиперстной кишке при фиброгастроскопии, признаки билиарной гипертензии по данным ультразвукового исследования свидетельствуют о наличии вклиненного камня большого дуоденального сосочка. В этом случае пациент нуждается в срочном (12–24 ч) восстановлении пассажа желчи и панкреатического сока, оптимальным методом которого служит эндоскопическая папиллосфинктеротомия с литоэкстракцией, после которой, при наличии возможностей, желателен дренаж главного панкреатического протока.

## **ЗАДАНИЯ ПО ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ**

*Выберите один правильный вариант ответа*

**1. При острой кишечной непроходимости выслушивание «шума плеска» над петлями кишечника является симптомом:**

*Варианты ответа:*

- а) Кивуля;
- б) Склярлова;
- в) Валя;
- г) Кохера — Волковича;
- д) Образцова.

**2. Зонд для назоинтестинальной интубации при лечении острой кишечной непроходимости:**

*Варианты ответа:*

- а) зонд Сенгстакена — Блекмора;
- б) желудочный зонд;
- в) зонд Миллера — Эббота;
- г) пуговчатый зонд;
- д) желобоватый зонд.

**3. При подготовке к операции пациента с механической кишечной непроходимостью противопоказано:**

*Варианты ответа:*

- а) инфузионная терапия;
- б) аспирация желудочного содержимого;
- в) спазмолитическая терапия;
- г) введение препаратов, усиливающих перистальтику кишечника;
- д) проведение сифонной клизмы.

**4. Постановка сифонной клизмы технически невозможна при:**

*Варианты ответа:*

- а) спаечной тонкокишечной непроходимости;
- б) дивертикулите;
- в) обтурации слепой кишки;
- г) завороте тонкой кишки;
- д) завороте сигмовидной кишки.

**5. Симптомом заворота сигмовидной кишки в начале заболевания является:**

*Варианты ответа:*

- а) симметричное вздутие живота;

- б) асимметричное вздутие живота;
- в) схваткообразные боли;
- г) напряжение мышц передней брюшной стенки;
- д) частый жидкий стул.

**6. Показанием для консервативного лечения острой кишечной непроходимости является:**

*Варианты ответа:*

- а) динамическая непроходимость;
- б) ущемленная грыжа;
- в) узлообразование;
- г) заворот тонкой кишки;
- д) обтурационная непроходимость кишечника с явлениями перитонита.

**7. Заворот кишечника является разновидностью:**

*Варианты ответа:*

- а) спастической кишечной непроходимости;
- б) паралитической кишечной непроходимости;
- в) обтурационной кишечной непроходимости;
- г) странгуляционной кишечной непроходимости;
- д) смешанной кишечной непроходимости.

**8. При хирургическом лечении странгуляционной кишечной непроходимости резекцию приводящего отдела кишки проводят на расстоянии:**

*Варианты ответа:*

- а) 10–15 см.;
- б) 15–20 см.;
- в) 20–30 см.;
- г) 30–35 см.;
- д) не менее 40 см.

**9. Симптомом острой кишечной непроходимости является:**

*Варианты ответа:*

- а) изжога;
- б) многократная рвота;
- в) бурное отхождение газов;
- г) диарея;
- д) икота.

**10. Латинский эквивалент кишечной непроходимости:**

*Варианты ответа:*

- а) fistula;

- б) ileus;
- в) ileum;
- г) sulcus;
- д) ulcus.

**11. Обязательными методами подтверждения спаечной кишечной непроходимости являются:**

*Варианты ответа:*

- а) обзорная рентгенография брюшной полости, биохимический анализ крови, лапароскопия;
- б) исследование пассажа бария по кишечнику, биохимический анализ крови, лапароскопия;
- в) исследование пассажа бария по кишечнику, эзофагогастродуоденоскопия;
- г) обзорная рентгенография брюшной полости, исследование пассажа бария по кишечнику, эзофагогастродуоденоскопия;
- д) обзорная рентгеноскопия брюшной полости, исследование пассажа бария по кишечнику.

**12. Паралитическая кишечная непроходимость чаще возникает на фоне:**

*Варианты ответа:*

- а) тонко-толстокишечной инвагинации;
- б) перитонита;
- в) калового завала;
- г) калового ущемления грыжи;
- д) заворота сигмовидной кишки.

**13. Показаниями для консервативного лечения острой кишечной непроходимости являются:**

*Варианты ответа:*

- а) заворот, спастическая непроходимость, копростаз;
- б) узлообразование, паралитическая непроходимость, копростаз;
- в) узлообразование, спастическая непроходимость, копростаз;
- г) заворот, паралитическая непроходимость, копростаз;
- д) паралитическая непроходимость, спастическая непроходимость, копростаз.

**14. В первые часы окклюзии брыжеечных сосудов передняя брюшная стенка:**

*Варианты ответа:*

- а) напряжена;
- б) болезненна;

- в) мягкая;
- г) асимметричная;
- д) запавшая.

**15. При острой кишечной непроходимости, вызванной опухолью в области баугиниевой заслонки без метастазов показана:**

*Варианты ответа:*

- а) резекция баугиниевой заслонки;
- б) цекостомия;
- в) операция Гартмана;
- г) правосторонняя гемиколэктомия;
- д) резекция слепой кишки.

**16. Спастическое нарушение кишечной проходимости возникает при:**

*Варианты ответа:*

- а) пневмонии;
- б) панкреатите;
- в) гастрите;
- г) порфирии;
- д) перитоните.

**17. Инвагинация относится к следующему виду кишечной непроходимости:**

*Варианты ответа:*

- а) спастическая;
- б) паралитическая;
- в) обтурационная;
- г) странгуляционная;
- д) смешанная.

**18. Симптомом, характерным для высокой тонкокишечной непроходимости, является:**

*Варианты ответа:*

- а) изжога;
- б) диарея;
- в) выраженное вздутие живота;
- г) отсутствие рвоты;
- д) быстрое обезвоживание.

**19. Спастическое нарушение кишечной проходимости развивается при:**

*Варианты ответа:*

- а) перитоните;

- б) свинцовом отравлении;
- в) остром холецистите;
- г) остром панкреатите;
- д) уремии.

**20. При остром артериальном нарушении мезентериального кровообращения необратимая ишемия кишечной стенки наступает через:**

*Варианты ответа:*

- а) 1–2 ч;
- б) 4–6 ч;
- в) 2–3 ч;
- г) 6–8 ч;
- д) 12 ч.

**21. Проба Шварца при острой кишечной непроходимости служит для:**

*Варианты ответа:*

- а) выявления крови в кале;
- б) определения билирубина-глюкуронида в моче;
- в) исследования пассажа бария по кишечнику;
- г) выявления тонкокишечного содержимого в желудке;
- д) выявления непереносимости антибиотиков.

**22. Быстрее всего некроз стенки кишки возникает при:**

*Варианты ответа:*

- а) сдавлении кишки спайкой;
- б) обтурации просвета тощей кишки желчным камнем;
- в) обтурации просвета толстой кишки опухолью;
- г) завороте кишки;
- д) обтурации просвета толстой кишки каловым камнем.

**23. При непроходимости слепой кишки, вызванной злокачественным новообразованием, в ранние сроки показана:**

*Варианты ответа:*

- а) правосторонняя гемиколэктомия с илеотрансверзоанастомозом;
- б) операция Микулича;
- в) операция Гартмана;
- г) цекостомия;
- д) илеостомия.

**24. Странгуляционная кишечная непроходимость является показанием к:**

*Варианты ответа:*

- а) экстренной операции;
- б) срочной операции;



- в) плановой операции;
- г) консервативному лечению и динамическому наблюдению;
- д) операции при отсутствии эффекта от консервативного лечения в течение 6 ч.

**25. Основным симптомом обтурационной кишечной непроходимости:**  
*Варианты ответа:*

- а) локальная болезненность и напряжение мышц живота над местом обструкции;
- б) схваткообразные боли в животе;
- в) постоянные интенсивные боли в животе;
- г) рвота цвета «кофейной гущи»;
- д) мелена.

**26. Основным инструментальным методом диагностики острой кишечной непроходимости является:**

*Варианты ответа:*

- а) обзорная рентгенография брюшной полости;
- б) фиброгастродуоденоскопия
- в) колоноскопия;
- г) лапароскопия;
- д) ультразвуковое исследование.

**27. Симптомом обтурационной толстокишечной непроходимости является:**

*Варианты ответа:*

- а) неустойчивый стул;
- б) быстро нарастающая гиповолемия;
- в) симметричное вздутие живота;
- г) выраженная тахикардия;
- д) интенсивные схваткообразные боли в животе.

**28. Одной из причин спастического нарушения кишечной проходимости может являться:**

*Варианты ответа:*

- а) острый панкреатит;
- б) глистная инвазия;
- в) гипокальциемия;
- г) острый аппендицит;
- д) мезотромбоз.

**29. Для острой механической кишечной непроходимости характерно наличие симптома:**

*Варианты ответа:*

- а) баллотирования;

- б) крепитации;
- в) поколачивания;
- г) кашлевого толчка;
- д) «шума плеска».

**30. Во время хирургического лечения острой кишечной непроходимости для профилактики послеоперационного пареза необходимо выполнить:**

*Варианты ответа:*

- а) дренирование забрюшинного пространства;
- б) дренирование брюшной полости;
- в) перитонеальный лаваж;
- г) декомпрессию тонкой кишки;
- д) паранефральную блокаду.

**31. Толстокишечная непроходимость чаще всего возникает при:**

*Варианты ответа:*

- а) раке правой половины ободочной кишки;
- б) раке левой половины толстой кишки;
- в) копростазе;
- г) спаечной болезни;
- д) ущемленной грыже.

**32. При острой кишечной непроходимости с симптомами перитонита показано:**

*Варианты ответа:*

- а) консервативное лечение и динамическое наблюдение;
- б) срочная операция;
- в) экстренная операция;
- г) плановая операция после дообследования пациента;
- д) сифонная клизма.

**33. Наиболее частой причиной смешанной кишечной непроходимости является:**

*Варианты ответа:*

- а) спаечная болезнь;
- б) острое нарушение мезентериального кровообращения;
- в) ущемление внутренних грыж живота;
- г) заворот сигмовидной кишки;
- д) отравление свинцом.

**34. Рентгенологическим признаком тонкокишечной непроходимости является:**

*Варианты ответа:*

- а) преобладание горизонтальных размеров чаш Клойбера над вертикальными;

- б) преобладание вертикальных размеров чаш Клойбера над горизонтальными;
- в) наличие гаустр на фоне газа на рентгенограмме;
- г) неровная поверхность уровней жидкости в чашах Клойбера;
- д) расположение чаш Клойбера в нижних отделах живота.

**35. Лечение спастического нарушения кишечной проходимости включает:**

*Варианты ответа:*

- а) гипотермию живота;
- б) антибактериальную и антисекреторную терапию;
- в) хирургическое лечение при неэффективности консервативного;
- г) постановку желудочного зонда и сифонной клизмы;
- д) введение спазмолитиков.

**36. Наиболее частый вид острой тонкокишечной непроходимости:**

*Варианты ответа:*

- а) спастическая;
- б) паралитическая;
- в) обтурационная;
- г) странгуляционная;
- д) смешанная.

**37. Симптом Цеге-Мантейфеля характерен для:**

*Варианты ответа:*

- а) илеоцекальной инвагинации;
- б) заворота слепой кишки;
- в) артериомезентериальной кишечной непроходимости;
- г) заворота сигмовидной кишки;
- д) острой спаечной тонкокишечной непроходимости.

**38. Для низкой толстокишечной непроходимости характерно:**

*Варианты ответа:*

- а) быстрое нарастание симптомов;
- б) быстрое обезвоживание;
- в) неукротимая рвота;
- г) асимметричное вздутие живота;
- д) задержка стула.

**39. Наиболее частой причиной механической тонкокишечной непроходимости являются:**

*Варианты ответа:*

- а) злокачественные опухоли;

- б) доброкачественные опухоли;
- в) желчные камни;
- г) спайки брюшной полости;
- д) каловые камни.

**40. При острой кишечной непроходимости кал в виде «малинового желе» возникает при:**

*Варианты ответа:*

- а) спастической непроходимости;
- б) инвагинации;
- в) глистной инвазии;
- г) ущемленной грыже;
- д) злообразовании.

**41. Для заворота сигмовидной кишки в начале заболевания характерно:**

*Варианты ответа:*

- а) неукротимая рвота;
- б) асимметричное вздутие живота;
- в) равномерное симметричное вздутие живота;
- г) симптом Склярова;
- д) локальное напряжение мышц передней брюшной стенки.

**42. Причиной обтурационной кишечной непроходимости может быть:**

*Варианты ответа:*

- а) рак толстой кишки;
- б) заворот сигмовидной кишки;
- в) ущемление грыжи;
- г) злообразование;
- д) забрюшинная гематома.

**43. «Шум плеска» при острой кишечной непроходимости возникает из-за:**

*Варианты ответа:*

- а) скопления жидкости и газов в брюшной полости;
- б) скопления жидкости и газов в приводящей петле кишечника;
- в) скопления жидкости и газов в отводящей петле кишечника;
- г) скопления жидкости и газов в желудке;
- д) скопления жидкости и газов в забрюшинном пространстве.

**44. Дегидратация организма быстрее всего наступает при:**

*Варианты ответа:*

- а) завороте тонкой кишки;
- б) завороте сигмовидной кишки;
- в) спаечной тонкокишечной непроходимости;
- г) обтурации толстой кишки опухолью;
- д) илеоцекальной инвагинации.

**45. При обтурационной толстокишечной непроходимости показано:**

*Варианты ответа:*

- а) хирургическое лечение в плановом порядке;
- б) хирургическое лечение в экстренном порядке;
- в) оперативное лечение при неэффективности консервативных мероприятий.
- г) только консервативное лечение;
- д) динамическое наблюдение.

**46. При острой кишечной непроходимости громкие перистальтические шумы характерны для:**

*Варианты ответа:*

- а) тромбоза мезентериальных сосудов;
- б) паралитической кишечной непроходимости;
- в) механической кишечной непроходимости;
- г) разлитого перитонита в токсической стадии;
- д) разлитого перитонита в реактивной стадии.

## ОТВЕТЫ С ПОЯСНЕНИЯМИ

№ п/п	Вариант ответа	Пояснение к ответу
1	б	Симптом Склярова: при толчкообразных движениях передней брюшной стенки над растянутыми жидкостью петлями кишечника выявляется «шум плеска»
2	в	Зонд Миллера — Эббота длиной до 180–200 см используется для аспирации кишечного содержимого и представляет собой двухпросветную трубку с двумя резиновыми баллончиками на конце для удобства проведения во время операции
3	г	Введение препаратов, усиливающих перистальтику кишечника, противопоказано при неустранимой механической кишечной непроходимости, так как это усилит болевой синдром и усугубит состояние пациента. На этом фоне возможна перфорация кишки
4	д	При завороте сигмовидной кишки, равно как и при низкой опухолевой непроходимости, отсутствует достаточное свободное пространство в толстой кишке для выполнения сифонной клизмы
5	б	Для заворота сигмовидной кишки характерно асимметричное вздутие живота, особенно в начале заболевания
6	а	Динамическая кишечная непроходимость без явлений перитонита является показанием к консервативному лечению
7	г	К разновидностям странгуляционной кишечной непроходимости относят ущемленные грыжи, заворот и узлообразование
8	д	Так как при ущемлении кишки страдает в большей степени кровоснабжение стенок ее приводящего отдела, объем его резекции составляет не менее 40 см
9	б	Множественная рвота является ранним симптомом тонкокишечной непроходимости, а также поздним симптомом толстокишечной непроходимости. Рвота также может быть признаком поздней стадии любого вида острой кишечной непроходимости при развитии перитонита
10	б	На латинском языке под термином ileus подразумевают острую кишечную непроходимость
11	д	Обязательными инструментальными методами диагностики острой спаечной кишечной непроходимости являются обзорная рентгеноскопия брюшной полости и

№ п/п	Вариант ответа	Пояснение к ответу
		исследование пассажа бария по кишечнику. Эти методы позволяют не только установить факт наличия, но и уровень непроходимости
12	б	Паралитическая кишечная непроходимость развивается в исходе любого перитонита
13	д	Консервативное лечение острой кишечной непроходимости возможно при отсутствии показаний к хирургическому лечению: странгуляционная кишечная непроходимость, обтурационная при невозможности устранить причину консервативными методами, а также развитие перитонита
14	в	В первые часы тромбоза брыжеечных сосудов отсутствует реакция со стороны брюшины как висцеральной, так и париетальной, поэтому передняя брюшная стенка остается мягкой
15	г	При операбельной опухоли правой половины ободочной кишки и отсутствии метастазов показана правосторонняя гемиколэктомия
16	г	Одним из проявлений печеночной порфирии является спастическое нарушение кишечной непроходимости
17	д	Так как при инвагинации имеется и механическое препятствие продвижению кишечного содержимого, и сдавление брыжеечных сосудов, она относится к смешанной кишечной непроходимости
18	д	Высокая тонкокишечная непроходимость характеризуется обильной частой рвотой, вследствие чего быстро наступает обезвоживание
19	б	Отравление свинцом — одна из причин спастического нарушения кишечной проходимости
20	б	При остром артериальном нарушении мезентериального кровообращения полная ишемия кишечной стенки наступает через 4–6 часов и заканчивается некрозом тканей. Следует помнить, что в эксперименте при полном отсутствии кровотока некроз развивается всего через 60–70 мин
21	в	Проба Шварца — это рентгенологическое исследование пассажа сульфата бария, принятого через рот в объеме 200 мл, через каждые 2–3 ч. В норме через 6 ч контраст должен обнаруживаться в толстой кишке

№ п/п	Вариант ответа	Пояснение к ответу
22	г	Быстрее некроз кишки возникает при развитии странгуляционной непроходимости, к которой относится заворот, когда происходит нарушение кровотока по брыжеечным сосудам
23	а	При операбельной опухоли правой половины ободочной кишки в отсутствие перитонита показана правосторонняя гемиколэктомия с наложением илеотрансверзоанастомоза. При развитии перитонита выполняется правосторонняя гемиколэктомия с выведением илеостомы
24	а	Странгуляционная кишечная непроходимость является показанием к экстренной операции, при необходимости проводится предоперационная подготовка, длительность которой не должна превышать 2 ч
25	б	При обтурационной кишечной непроходимости характерны схваткообразные боли, возникающие во время перистальтических волн
26	а	К основному инструментальному методу диагностики острой кишечной непроходимости относят обзорную рентгенографию брюшной полости
27	в	При толстокишечной непроходимости жидкость и газ равномерно скапливается в проксимальных отделах кишечника, вызывая равномерное вздутие живота
28	б	Глистная инвазия может быть причиной как обтурационной, так и спастической кишечной непроходимости
29	д	«Шум плеска» (симптом Склярова) характерен для острой механической кишечной непроходимости, так как выше уровня препятствия пассажу кишечного содержимого скапливается жидкость и газ
30	г	Во время хирургического лечения острой кишечной непроходимости необходимо выполнить декомпрессию тонкой кишки для снижения интоксикации и профилактики послеоперационной паралитической непроходимости кишечника
31	б	Толстокишечная непроходимость чаще всего возникает при раке левой половины толстой кишки, в частности сигмовидной ободочной кишки
32	в	Перитонит на фоне толстокишечной непроходимости является показанием к экстренному оперативному лечению



№ п/п	Вариант ответа	Пояснение к ответу
33	а	Наиболее частой причиной смешанной кишечной непроходимости является спаечная болезнь
34	а	При тонкокишечной непроходимости горизонтальный размер чаши преобладает над вертикальным, так как в тонкой кишке жидкости больше, чем газа
35	д	Спастическая кишечная непроходимость лечится консервативно, применяют спазмолитики
36	д	Наиболее частым видом острой тонкокишечной непроходимости является спаечная кишечная непроходимость, которая относится к смешанной кишечной непроходимости
37	г	Симптом Цеге — Мантейфеля заключается в невозможности ввести в прямую кишку более 500 мл жидкости и встречается при низкой механической непроходимости, например, при завороте сигмовидной кишки
38	д	Задержка стула характерна для всех видов кишечной непроходимости, однако при низкой толстокишечной непроходимости этот симптом преобладающий
39	г	Спайки в брюшной полости являются наиболее частой причиной тонкокишечной непроходимости
40	б	При инвагинационной кишечной непроходимости возможно появление кровянистых выделений из заднего прохода в виде «малинового желе»
41	б	Для заворота сигмовидной кишки характерно асимметричное вздутие живота в начале заболевания
42	а	Рак толстой кишки может обтурировать ее просвет и вызывать обтурационную кишечную непроходимость
43	б	Шум плеска возникает при толчкообразных движениях передней брюшной стенки из-за скопления жидкости и газов в приводящей петле кишечника
44	а	Дегидратация организма наиболее быстро развивается при высокой тонкокишечной непроходимости
45	в	Обтурационная кишечная непроходимость лечится дифференцированно: в начальной стадии возможно проведение консервативной терапии и динамическое наблюдение, при неэффективности консервативного показано хирургическое лечение
46	в	Звучные перистальтические шумы возникают при гиперперистальтике, характерной для механической непроходимости

## **ЗАДАНИЯ ПО ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ И ЕЕ ОСЛОЖНЕНИЯМ**

*Выберите один правильный вариант ответа*

**1. Характерное осложнение язвы передней стенки луковицы двенадцатиперстной кишки:**

*Варианты ответа:*

- а) перфорация;
- б) профузное кровотечение;
- в) пенетрация в головку поджелудочной железы;
- г) перфорация в забрюшинную клетчатку;
- д) малигнизация.

**2. Вынужденное положение пациента с приведенными к животу ногами и доскообразное напряжение брюшных мышц характерно для:**

*Варианты ответа:*

- а) пенетрации язвы в малый сальник;
- б) прикрытой перфорации;
- в) язвенного кровотечения;
- г) перфорации в свободную брюшную полость;
- д) декомпенсированного стеноза.

**3. Исчезновение печеночной тупости при перфорации полого органа вызвано:**

*Варианты ответа:*

- а) вздутием кишечника;
- б) высоким стоянием купола диафрагмы;
- в) кровотечением в брюшную полость;
- г) наличием жидкости в поддиафрагмальном пространстве;
- д) наличием свободного газа в брюшной полости.

**4. Основой консервативного лечения язвенной болезни являются:**

*Варианты ответа:*

- а) цитостатики;
- б) прокинетики;
- в) антисекреторные препараты;
- г) гормональные препараты;
- д) седативные средства.

**5. Абсолютное показание к операции при дуоденальной язве:**

*Варианты ответа:*

- а) дуоденальный стеноз;

- б) больших размеров язва;
- в) сочетание язв желудка и двенадцатиперстной кишки;
- г) пенетрация в головку поджелудочной железы;
- д) дуоденогастральный рефлюкс.

**6. Относительное показание к операции при дуоденальной язве:**

*Варианты ответа:*

- а) стеноз;
- б) рецидив кровотечения после эндоскопической остановки;
- в) постбульбарная язва;
- г) профузное кровотечение из язвы;
- д) атипичная перфорация язвы.

**7. Наименьшим числом пострезекционных расстройств обладает:**

*Варианты ответа:*

- а) резекция по Гофмейстеру — Финстереру;
- б) резекция в модификации Ру;
- в) резекция по Бильрот-1;
- г) резекция по Бальфуру;
- д) резекция по Райхель — Полия.

**8. Ведущее значение в развитии нарушения сознания при дуоденальном стенозе имеет:**

*Варианты ответа:*

- а) гипокалиемия;
- б) гипокальциемия;
- в) гипохлоремия;
- г) гипонатриемия;
- д) гипоальбуминемия.

**9. При кровоточащей хронической язве тела желудка показано:**

*Варианты ответа:*

- а) иссечение кровоточащей язвы с пилоропластикой;
- б) резекция желудка;
- в) иссечение кровоточащей язвы с селективной проксимальной ваготомией;
- г) прошивание кровоточащей язвы;
- д) иссечение язвы.

**10. Наиболее частое осложнение дуоденальной язвы:**

*Варианты ответа:*

- а) кровотечение;
- б) стеноз;

- в) пенетрация в головку поджелудочной железы;
- г) пенетрация в стенку желчного пузыря;
- д) малигнизация.

**11. Признак перфорации гастродуоденальной язвы на обзорной рентгенографии:**

*Варианты ответа:*

- а) высокое стояние левого купола диафрагмы;
- б) наличие свободного газа в брюшной полости;
- в) пневматизация кишечника;
- г) «чаши» Клойбера;
- д) увеличенный газовый пузырь желудка.

**12. Перкуторно для перфоративной гастродуоденальной язвы характерно:**

*Варианты ответа:*

- а) притупление в эпигастрии;
- б) притупление в правом подреберье;
- в) тимпанит в параумбикальной области;
- г) исчезновение печеночной тупости;
- д) притупление в гипогастрии.

**13. При подозрении на перфоративную язву показана:**

*Варианты ответа:*

- а) рентгеноскопия желудка;
- б) обзорная рентгенография брюшной полости;
- в) компьютерная томография;
- г) ангиография;
- д) лапароскопия.

**14. Для установления источника кровотечения из верхних отделов пищеварительного тракта показана:**

*Варианты ответа:*

- а) рентгенография желудка;
- б) лапароскопия;
- в) компьютерная томография;
- г) фиброгастродуоденоскопия;
- д) определение гемоглобина и гематокрита.

**15. Синдром Меллори — Вейсса представляет собой:**

*Варианты ответа:*

- а) кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода и кардии;
- б) кровоточащий дивертикул Меккеля;

- в) кровотечение из телеангиоэктазии;
- г) разрывы слизистой в кардиальном отделе желудка с кровотечением;
- д) геморрагический гастрит.

**16. Наиболее вероятное осложнение пенетрирующей желудочной язвы:**

*Варианты ответа:*

- а) стеноз;
- б) малигнизация;
- в) образование межорганного свища;
- г) кровотечение;
- д) перфорация.

**17. Ушивание или иссечение перфоративной язвы желудка производят:**

*Варианты ответа:*

- а) при локализации в кардиальном отделе;
- б) при локализации в антральном отделе;
- в) при локализации теле желудка;
- г) при давности перфорации менее 6 ч;
- д) при фибринозно-гнойном перитоните.

**18. Консервативное лечение при перфоративной язве возможно при:**

*Варианты ответа:*

- а) отсутствии у пациента язвенного анамнеза;
- б) пожилом возрасте;
- в) отсутствии условий для выполнения экстренной операции;
- г) высокой степени операционного риска;
- д) сочетании язвы желудка и двенадцатиперстной кишки.

**19. При рецидиве гастродуоденального язвенного кровотечения в стационаре показана:**

*Варианты ответа:*

- а) экстренная операция;
- б) срочная операция;
- в) эндоваскулярная гемостатическая терапия;
- г) повторная эндоскопическая остановка кровотечения;
- д) консервативная терапия.

**20. Высокий риск рецидива язвенного гастродуоденального кровотечения является показанием к:**

*Варианты ответа:*

- а) консервативной терапии;
- б) эндоскопическому гемостазу;
- в) оперативному лечению;

- г) эндоскопическому контролю;
- д) постановке назогастрального зонда.

**21. При перфоративной язве желудка с гнойным перитонитом показана:**

*Варианты ответа:*

- а) резекция желудка;
- б) антрумэктомия;
- в) иссечение язвы со стволовой ваготомией;
- г) ушивание перфоративной язвы;
- д) селективная проксимальная ваготомия с ушиванием язвы.

**22. При тяжелом течении дуоденальной язвы показана:**

*Варианты ответа:*

- а) резекция желудка по Бильрот-1;
- б) резекция желудка по Бильрот-2;
- в) селективная ваготомия;
- г) стволовая ваготомия с антрумэктомией;
- д) селективная проксимальная ваготомия.

**23. Типичное осложнение для язвы задней стенки двенадцатиперстной кишки:**

*Варианты ответа:*

- а) малигнизация;
- б) перфорация;
- в) кровотечение;
- г) стеноз;
- д) пенетрация.

**24. Секретию соляной кислоты стимулирует:**

*Варианты ответа:*

- а) соматостатин;
- б) брадикинин;
- в) простагландины;
- г) гликопротеин;
- д) гистамин.

**25. Для уточнения диагноза кровоточащей язвы в первую очередь необходимо сделать:**

*Варианты ответа:*

- а) анализ кала на скрытую кровь;
- б) рентгеноскопию желудка;
- в) анализ желудочного сока;

- г) фиброгастроскопию;
- д) определение гемоглобина.

**26. Симптом желудочного кровотечения:**

*Варианты ответа:*

- а) рвота желчью;
- б) рвота «кофейной гущей»;
- в) напряжение мышц;
- г) вздутие живота;
- д) кал в виде «малинового желе».

**27. При кровоточащей дуоденальной язве производят:**

*Варианты ответа:*

- а) пилоропластику;
- б) дуоденостомию;
- в) гастроеюностомию;
- г) проксимальную резекцию желудка;
- д) селективную проксимальную ваготомию с иссечением язвы.

**28. После резекции желудка слабость после приема сладкой или молочной пищи свидетельствуют о:**

*Варианты ответа:*

- а) дисфагии;
- б) синдроме приводящей петли;
- в) пептической язве анастомоза;
- г) демпинг-синдроме;
- д) синдроме малого желудка.

**29. К постваготомическим синдромам относится:**

*Варианты ответа:*

- а) синдром малого желудка;
- б) пептическая язва анастомоза;
- в) функциональный синдром приводящей петли;
- г) рефлюкс-гастрит;
- д) «каскадный» желудок.

**30. Секретию соляной кислоты вызывает:**

*Варианты ответа:*

- а) миоглобин;
- б) эластаза;
- в) гипопротеинемия;
- г) гиперкалиемия;
- д) воздействие блуждающего нерва.

**31. Симптом перфоративной язвы:**

*Варианты ответа:*

- а) рвота;
- б) «шум плеска» в эпигастрии;
- в) напряжение мышц;
- г) отрыжка;
- д) изжога.

**32. Оптимальная операция при дуоденальной язве без явлений стеноза:**

*Варианты ответа:*

- а) резекция желудка;
- б) селективная ваготомия с;
- в) изолированная ваготомия;
- г) пилоропластика;
- д) гастроэнтеростомия.

**33. Резекция желудка по Бильрот-1 показана при:**

*Варианты ответа:*

- а) острой язве;
- б) малигнизации;
- в) язве кардиального отдела;
- г) язве дна желудка;
- д) медиогастральной язве.

**34. Метод дифференциальной диагностики язвы и рака желудка:**

*Варианты ответа:*

- а) анализ желудочного сока;
- б) анализ кала на скрытую кровь;
- в) гистаминовая проба;
- г) ультрасонография;
- д) биопсия.

**35. Признак перфоративной язвы желудка:**

*Варианты ответа:*

- а) рвота;
- б) кровотечение;
- в) напряжение мышц передней брюшной стенки;
- г) жидкий стул;
- д) изжога.

**36. Малигнизации наиболее часто подвержены:**

*Варианты ответа:*

- а) язвы луковицы двенадцатиперстной кишки;



- б) постбульбарные язвы;
- в) язвы малой кривизны желудка;
- г) язвы большой кривизны желудка;
- д) язвы пилорического отдела.

**37. Абсолютное показание к плановой операции при язвенной болезни желудка:**

*Варианты ответа:*

- а) пенетрация;
- б) состоявшееся кровотечение;
- в) кровотечение в анамнезе;
- г) малигнизация;
- д) перфорация.

**38. Напряжение мышц в правой подвздошной области при перфоративной язве объясняется:**

*Варианты ответа:*

- а) затеканием содержимого по правому боковому каналу;
- б) нейрорефлекторными связями;
- в) скоплением газа в брюшной полости;
- г) скоплением газа в толстой кишке;
- д) парасимпатическим рефлексом с аппендикса.

**39. Резекция менее 2/3 желудка при дуоденальной язве чаще приводит к:**

*Варианты ответа:*

- а) хроническому панкреатиту;
- б) дисфагии;
- в) синдрому «малого желудка»;
- г) пептической язве анастомоза;
- д) синдрому приводящей петли.

**40. Признак рубцовой формы дуоденального стеноза:**

*Варианты ответа:*

- а) «шум плеска» натошак;
- б) желтуха;
- в) напряжение мышц;
- г) изжога;
- д) интенсивные боли в эпигастрии.

**41. Признак дуоденальной язвы:**

*Варианты ответа:*

- а) горечь во рту;

- б) «голодные» и ночные боли;
- в) боли в поясничной области;
- г) вздутие живота;
- д) желтуха.

**42. Признак демпинг-синдрома:**

*Варианты ответа:*

- а) изжога;
- б) вздутие живота;
- в) напряжение мышц;
- г) боль в околопупочной области;
- д) слабость, одышка, потливость.

**43. В момент перфорации язвы характерна:**

*Варианты ответа:*

- а) рвота;
- б) схваткообразная боль;
- в) локальная болезненность;
- г) внезапно возникшая интенсивная боль;
- д) задержка стула.

**44. При кровоточащей язве показано:**

*Варианты ответа:*

- а) изучение функции поджелудочной железы;
- б) исследование желудочной секреции;
- в) эндоскопическое исследование верхних отделов пищеварительного тракта;
- г) рентгенологическое исследование;
- д) ультразвуковое исследование.

**45. Возникновение гастродуоденальной язвы связано с:**

*Варианты ответа:*

- а) недостаточной функцией поджелудочной железы;
- б) нарушением моторики;
- в) нарушением кислотонейтрализующей функции;
- г) дисбалансом между факторами защиты и агрессии гастродуоденальной зоны;
- д) снижением секреторной функции.

**46. Оптимальная операция при дуоденальной язве со стенозом:**

*Варианты ответа:*

- а) стволовая ваготомия;
- б) селективная проксимальная ваготомия с дуоденопластикой;

- в) селективная ваготомия;
- г) селективная проксимальная ваготомия с пилоропластикой;
- д) изолированная селективная проксимальная ваготомия.

**47. Признак инфильтративной формы дуоденального стеноза:**

*Варианты ответа:*

- а) длительный язвенный анамнез;
- б) неустойчивый стул;
- в) напряжение мышц;
- г) вздутие живота;
- д) частая рвота на фоне клиники обострения язвы.

**48. Оптимальный метод операции при неосложненной дуоденальной язве:**

*Варианты ответа:*

- а) селективная проксимальная ваготомия;
- б) антрумэктомия;
- в) дуоденопластика;
- г) резекция желудка;
- д) селективная ваготомия с пилоропластикой.

**49. Наиболее точный интраоперационный контроль за полнотой ваготомии:**

*Варианты ответа:*

- а) внутрижелудочная рН-метрия;
- б) забор желудочного сока;
- в) хромогастроскопия;
- г) проба с гистамином;
- д) трансиллюминация.

**50. Рубцовый дуоденальный стеноз в стадии компенсации:**

*Варианты ответа:*

- а) не подлежит лечению;
- б) подлежит операции в случае обострения язвы;
- в) подлежит операции в случае прогрессирования;
- г) подлежит обязательной операции;
- д) подлежит операции после курса противоязвенной терапии.

**51. Наиболее высокая кислотность наблюдаются при язве:**

*Варианты ответа:*

- а) дна желудка;
- б) малой кривизны;
- в) пилорического канала;

- г) тела желудка;
- д) кардиального отдела желудка.

**52. При подозрении на дуоденальную язву в первую очередь необходимо сделать:**

*Варианты ответа:*

- а) исследование желудочной секреции;
- б) ультрасонографию;
- в) рентгенографию желудка;
- г) обзорную рентгенографию;
- д) фиброгастродуоденоскопию.

**53. Экстренная фиброгастродуоденоскопия показана при:**

*Варианты ответа:*

- а) острым гастрите;
- б) хроническом дуодените;
- в) раке фатерова соска;
- г) синдроме Меллори — Вейсса;
- д) дуоденальном стенозе.

**54. Доскообразное напряжение мышц передней брюшной стенки характерно для:**

*Варианты ответа:*

- а) панкреонекроза;
- б) заворота тонкой кишки;
- в) перфоративной язвы;
- г) почечной колики;
- д) мезентериального тромбоза.

**55. Через час после перфорации язвы желудка показана:**

*Варианты ответа:*

- а) пилоропластика;
- б) резекция 2/3 желудка;
- в) ушивание язвы;
- г) стволовая ваготомия с пилоропластикой;
- д) селективная проксимальная ваготомия.

**56. Признак компенсированного рубцового дуоденального стеноза:**

*Варианты ответа:*

- а) напряжение мышц;
- б) тяжесть в эпигастрии;
- в) кахексия;
- г) анемия;
- д) задержка бария в желудке более 24 ч.

**57. Признак язвенного стеноза:**

*Варианты ответа:*

- а) рвота «кофейной гущей»;
- б) «шум плеска»;
- в) задержка стула;
- г) мелена;
- д) снижение объема циркулирующей крови.

**58. Срыгивание ярко-красной пенистой кровью характерно для:**

*Варианты ответа:*

- а) кровоточащей язвы;
- б) опухоли пищевода;
- в) синдрома Мэллори — Вейсса;
- г) легочного кровотечения;
- д) кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода.

**59. Появление мелены при язвенной болезни характерно для:**

*Варианты ответа:*

- а) стеноза;
- б) перфорации;
- в) малигнизации;
- г) кровотечения;
- д) пенетрации.

**60. Диета Мейленграхта имеет целью:**

*Варианты ответа:*

- а) раздражение слизистой оболочки желудка;
- б) усиление секреции соляной кислоты;
- в) обеспечение низкокалорийного питания;
- г) механическое щажение и подавление секреции желудочного сока;
- д) подавление секреции поджелудочной железы.

**61. Реже всего встречается рецидив язвы после:**

*Варианты ответа:*

- а) селективной проксимальной ваготомии;
- б) селективной проксимальной ваготомии с пилоропластикой;
- в) антрумэктомии;
- г) резекции желудка;
- д) ушивания язвы.

**62. Ваготомия не показана при:**

*Варианты ответа:*

- а) дуоденальной язве со стенозом;

- б) прободной дуоденальной язве;
- в) неосложненной дуоденальной язве;
- г) язве желудка;
- д) дуоденальной язве, осложненной кровотечением.

**63. Характерное осложнение пенетрирующей язвы задней стенки желудка:**

*Варианты ответа:*

- а) перфорация;
- б) стеноз;
- в) свищ;
- г) оментит;
- д) панкреатит.

**64. При перфорации язвы желудка с местным серозно-фибринозным перитонитом показана:**

*Варианты ответа:*

- а) селективная проксимальная ваготомия;
- б) резекция желудка;
- в) стволовая ваготомия;
- г) стволовая ваготомия с пилоропластикой;
- д) ушивание язвы.

**65. При стабильном гемостазе больному с тяжелым течением дуоденальной язвы показано:**

*Варианты ответа:*

- а) срочная операция;
- б) амбулаторное лечение;
- в) плановая операция;
- г) перевод в терапевтическое отделение;
- д) санаторно-курортное лечение.

**66. Операция выбора при язве желудка с кровотечением:**

*Варианты ответа:*

- а) иссечение язвы с ваготомией;
- б) иссечение язвы;
- в) прошивание язвы;
- г) прошивание язвы с ваготомией;
- д) резекция желудка.

**67. Оптимальный способ операции при язве желудка в плановом порядке:**

*Варианты ответа:*

- а) стволовая ваготомия;

- б) антрумэктомия;
- в) селективная проксимальная ваготомия;
- г) резекция желудка;
- д) иссечение язвы.

**68. Оптимальная операция при кровоточащей медиогастральной язве:**

*Варианты ответа:*

- а) гастроеюностомия;
- б) стволовая ваготомия;
- в) пилоропластика;
- г) резекция желудка;
- д) прошивание язвы.

**69. Последовательность клинических периодов течения прободной язвы:**

*Варианты ответа:*

- а) мнимого благополучия, шока, терминальный;
- б) мнимого благополучия, терминальный, шока;
- в) шока, мнимого благополучия, терминальный;
- г) терминальный, шока, мнимого благополучия;
- д) шока, терминальный, мнимого благополучия.

**70. Угол Гиса образуется между:**

*Варианты ответа:*

- а) стенкой пищевода и дном желудка;
- б) стенкой желудка и трахеей;
- в) долями печени;
- г) диафрагмой и пищеводом;
- д) стенкой пищевода и большой кривизной желудка.

**71. Тактика врача общей практики при прикрытой перфорации язвы:**

*Варианты ответа:*

- а) экстренная госпитализация в хирургическое отделение;
- б) плановая госпитализация в хирургическое отделение;
- в) лечение в поликлинике;
- г) госпитализация в терапевтическое отделение.
- д) госпитализация в гастроэнтерологическое отделение.

**72. Возникновение на фоне многолетнего язвенного анамнеза нарушения сознания и судорог характерно для:**

*Варианты ответа:*

- а) панкреатита;

- б) рубцового дуоденального стеноза;
- в) кишечной непроходимости;
- г) нарушения мезентериального кровообращения;
- д) острого холецистита.

**73. Дуоденальный стеноз это осложнение:**

*Варианты ответа:*

- а) острой язвы;
- б) синдрома Мэллори — Вейсса;
- в) хронического гастрита;
- г) язвенной болезни двенадцатиперстной кишки;
- д) язвенной болезни желудка.

**74. Ночные и «голодные» боли это признак ...**

*Варианты ответа:*

- а) аппендицита;
- б) холецистита;
- в) панкреатита;
- г) дуоденальной язвы;
- д) гастрита.

**75. Типичный объективный признак обострения дуоденальной язвы:**

*Варианты ответа:*

- а) болезненность в эпигастрии;
- б) вздутие живота;
- в) напряжение мышц передней брюшной стенки;
- г) отсутствие перистальтики;
- д) положительный симптом Щеткина — Блюмберга.

**76. При синдроме Золлингера — Эллисона определяется высокий уровень:**

*Варианты ответа:*

- а) гастрина;
- б) секретина;
- в) гликопептида;
- г) инсулина;
- д) глюкагона.

**77. Оптимальный метод лечения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки без нарушения проходимости:**

*Варианты ответа:*

- а) резекция луковицы двенадцатиперстной кишки;



- б) селективная проксимальная ваготомия;
- в) резекция желудка;
- г) гастроэнтероанастомоз;
- д) стволовая ваготомия с пилоропластикой.

**78. Оптимальный метод лечения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки с нарушением проходимости луковицы:**

*Варианты ответа:*

- а) селективная проксимальная ваготомия с дуоденопластикой;
- б) изолированная селективная проксимальная ваготомия;
- в) резекция 2/3 желудка;
- г) пилоропластика;
- д) гастроеюностомия.

**79. Характерный признак перфорации язвы:**

*Варианты ответа:*

- а) изжога;
- б) вздутие живота;
- в) доскообразное напряжение мышц живота;
- г) неустойчивый стул;
- д) рвота.

**80. В первые сутки прикрытой перфорации язвы показано:**

*Варианты ответа:*

- а) экстренная операция;
- б) лечение по Тейлору;
- в) операция при неэффективности консервативного лечения;
- г) операция при нарастании явлений перитонита;
- д) дренирование брюшной полости.

## ОТВЕТЫ С ПОЯСНЕНИЯМИ

№ п/п	Вариант ответа	Пояснение к ответу
1	а	Типичным осложнением язвы передней стенки двенадцатиперстной кишки является перфорация в свободную брюшную полость
2	г	Вынужденное положение пациента с приведенными к животу ногами и доскообразное напряжение брюшных мышц являются классическими признаками перфорации в свободную брюшную полость
3	д	Исчезновение или значительное уменьшение печеночной тупости (симптом Спигарного) выявляется в 70 % случаев прободной язвы
4	в	Антисекреторная терапия включает применение Н2-блокаторов и ингибиторов протонной помпы и является основой противоязвенного лечения
5	а	Учитывая то, что процесс рубцевания дуоденальной зоны носит прогрессирующий и необратимый характер, стеноз язвенной этиологии является абсолютным показанием к плановому оперативному лечению
6	в	Постбульбарные язвы имеют особенности: при них наблюдаются низкая эффективность консервативной терапии и длительные сроки рубцевания, упорное, тяжелое течение, частое развитие осложнений, а также одновременное развитие нескольких осложнений
7	в	Резекция желудка по Бильрот-1 благодаря гастродуоденоанастомозу сохраняет естественный пассаж пищи
8	в	Самым тяжелым проявлением стенозов является гипохлоремическая, или ахлоргидрическая кома, что указывает на определяющее состояние в патогенезе этого осложнения
9	б	Исходя из патогенеза и возможных осложнений желудочной язвы, резекция желудка является обоснованным выбором
10	а	Кровотечение является наиболее частым осложнением и язв желудка, и двенадцатиперстной кишки
11	б	Обзорная рентгенография брюшной полости при перфорации язвы позволяет выявить свободный газ под куполом диафрагмы в 70–75 % случаев
12	г	Исчезновение печеночной тупости (симптом Спигарного) выявляется в 70 % случаев прободной язвы
13	б	Обзорная рентгенография брюшной полости позволяет выявить свободный газ под куполом диафрагмы, что является патогномичным признаком перфорации язвы

№ п/п	Вариант ответа	Пояснение к ответу
14	г	Основной метод диагностики любого кровотечения из верхних отделов пищеварительного тракта — экстренная фиброгастродуоденоскопия.
15	г	В 1929 г. Mallory и Weiss описали 4 случая желудочно-кишечного кровотечения, когда на вскрытии в области пищеводно-желудочного соустья обнаружили линейные трещины слизистой оболочки. Они же дали описание клинической картины заболевания, которое впоследствии получило название — синдром Меллори — Вейсса (син.: кардиоэзофагеальный разрывно-геморрагический синдром)
16	г	При пенетрации язвы могут развиваться различные осложнения, но наиболее часто наблюдаются язвенные кровотечения, в том числе и профузные
17	д	Показания к иссечению (ушиванию) язвы: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Распространенный фибринозно-гнойный перитонит.</li> <li>• Перфорация симптоматической (острой) язвы.</li> <li>• Необходимость завершить операцию в кратчайший срок (тяжелое соматическое состояние, преклонный возраст).</li> <li>• Отсутствие технических условий и достаточного опыта операционной бригады</li> </ul>
18	в	В редких случаях при отсутствии условий для выполнения операции проводят консервативное лечение по Тейлору. При этом осуществляют постоянную зондовую аспирацию желудочного содержимого, назначают блокаторы секреции, массивные дозы антибиотиков, инфузии, парентеральное питание
19	а	Рецидив кровотечения в стационаре является показанием к экстренной операции
20	в	Остановленное кровотечение при высоком риске рецидива и при адекватной подготовке пациента является показанием к экстренной операции. Остановленное кровотечение при высоком риске рецидива и при неадекватной подготовке пациента является показанием к интенсивной терапии и срочной операции
21	г	В условиях гнойного перитонита радикальные операции не показаны, и производится иссечение (ушивание) прободной язвы
22	д	При неосложненной дуоденальной язве операцией выбора является селективная проксимальная ваготомия, как наиболее патогенетически обоснованная, малотравматичная и физиологичная

№ п/п	Вариант ответа	Пояснение к ответу
23	в	Типичным для язвы задней стенки двенадцатиперстной кишки является кровотечение. Это обусловлено обширным кровоснабжением указанной области
24	д	Гистамин оказывает выраженное стимулирующее влияние на желудочную секрецию
25	г	Основным методом диагностики источника и характера кровотечения, прогноза его рецидива является экстренная фиброгастроэнтероуденоскопия
26	б	Рвота «кофейной гущей» является классическим признаком кровотечения из верхних отделов пищеварительного тракта. Характерный черный цвет имеет солянокислый гематин
27	д	Селективная проксимальная ваготомия с иссечением язвы является операцией выбора при кровоточащей дуоденальной язве
28	г	Демпинг-синдром представляет приступ слабости, обусловленный вазомоторными и нейровегетативными расстройствами, который наблюдается после приема пищи у оперированных на желудке пациентов. Приступ этот имеет различную продолжительность по времени и обычно купируется за 30–60 мин. Манифестирует демпинг-синдром в ближайшее время после операции, характеризуется упорным и длительным течением и четко связан с расширением диеты
29	д	Каскадная деформация желудка может возникнуть после ваготомии в результате мобилизации фиксирующего аппарата желудка. При этом свод желудка перегибается кзади, образуя своеобразную камеру в кардиальном отделе. При глотании пища сначала задерживается в этой камере, вызывая при небольшом объеме принятой пищи боли в эпигастрии и чувство переполнения. При наклоне вперед или в положении лежа на животе указанные симптомы проходят, пища поступает в тело желудка
30	д	Вагусное воздействие является основным стимулятором желудочной секреции
31	в	Напряжение мышц брюшной стенки при прободной язве носит название «доскообразного»
32	в	Под изолированной ваготомией понимают ваготомию без дренирующего пособия
33	д	Медиогастральная язва (язва малой кривизны) — наиболее

№ п/п	Вариант ответа	Пояснение к ответу
		типичная среди всех желудочных язв
34	д	Основой диагностики при желудочной язве является фиброгастроскопия с полипозиционной биопсией и последующим гистологическим исследованием. Гастробиопсия проводится также из постязвенного рубца. 3–5 % доброкачественных по данным рентгеноскопии язв являются малигнизированными
35	в	Напряжение мышц брюшной стенки при прободной язве имеет «доскообразный» характер
36	г	Риск развития малигнизации составляет 10 %. Повышенную склонность к малигнизации имеют каллезные язвы больших размеров, а также язвы, расположенные в кардиальном отделе желудка и на большой кривизне
37	г	Малигнизация язвы является абсолютным показанием к плановой операции. Минимально радикальной операцией является субтотальная резекция желудка
38	а	Напряжение мышц развивается ввиду раздражения брюшины излившимся по правому боковому каналу содержимым желудка и двенадцатиперстной кишки
39	г	Недостаточный объем резекции (менее 2/3) ведет к сохранению части париетальных клеток и возникновению пептической язвы анастомоза
40	а	При рубцовом стенозе нет активного язвенного процесса, в связи с чем клиника представлена только нарушением эвакуации из желудка, что проявляется «шумом плеска»
41	б	«Голодные» и ночные боли являются патогномичным признаком дуоденальной язвы
42	д	Для демпинг-синдрома характерно необычно быстрое поступление пищевых масс из желудка в тощую кишку, вызывающее неадекватный рефлекторный и гиперосмотический эффект. Пациентов беспокоят слабость, одышка, обильное потоотделение, сердцебиение, головокружение, шум в ушах, тремор, ощущение жара, парестезии
43	г	Перфорация сопровождается классической триадой признаков: предшествующий язвенный анамнез (80–90 %), кинжальная боль (95 %), доскообразное напряжение мышц живота (95–98 %)
44	в	Основным методом диагностики источника и характера кровотечения, а также прогноза его рецидива является экстренная фиброгастроуденоскопия

№ п/п	Вариант ответа	Пояснение к ответу
45	г	По современным представлениям патогенез язвы обусловлен дисбалансом факторов агрессии и защиты
46	б	Наиболее физиологичной и малотравматичной операцией при стенозе является селективная проксимальная ваготомия с дуоденопластикой
47	д	При инфильтративных стенозах клиника более яркая, нежели при рубцовых и обусловлена не только симптомами гастростаза, но и картиной обострения язвы
48	а	При неосложненной дуоденальной язве наиболее патогенетически обоснована, малотравматична и физиологична селективная проксимальная ваготомия
49	а	Наиболее точна интраоперационная внутрижелудочная рН-метрия специальным назогастральным рН-зондом
50	г	Ввиду прогрессирующего и необратимого характера рубцевания дуоденальной зоны стеноз любой степени является абсолютным показанием к плановому оперативному лечению
51	в	Чем ближе язва локализуется к выходу из желудка, тем, как правило, выше кислотность желудочного сока
52	д	Фиброгастродуоденоскопия имеет первоочередное значение в диагностике эрозивно-язвенных поражений верхних отделов пищеварительного тракта
53	г	Синдром Меллори — Вейсса является одной из причин кровотечений из верхних отделов пищеварительного тракта и требует для диагностики экстренной фиброгастродуоденоскопии
54	в	«Доскообразный» характер имеет напряжение мышц брюшной стенки только при перфорации верхних отделов пищеварительного тракта и связано с раздражением брюшины соляной кислотой
55	б	Классическая резекция 2/3 желудка с анастомозом по Бильрот-1 будет операцией выбора в указанной ситуации.
56	б	При рубцовых стенозах в стадии компенсации и субкомпенсации в клинике преобладает чувство переполнения в эпигастральной области после приема пищи, эпизодическая рвота, приносящая облегчение.
57	б	«Шум плеска» (симптом Склярова) возникает ввиду наличия при стенозе в увеличенном, растянутом желудке жидкостного содержимого и газа
58	г	Для кровотечений из верхних отделов пищеварительного

№ п/п	Вариант ответа	Пояснение к ответу
		тракта не характерен пенистый характер крови. Также кровь ввиду реакции с соляной кислотой обычно имеет измененный цвет
59	г	После начала кровотечения наблюдается исчезновение болей, так как кровь нейтрализует соляную кислоту
60	г	Диета Мейленграхта применяется при язвенных кровотечениях и направлена на механическое и термическое щажение слизистой оболочки желудка и подавление секреции желудочного сока
61	г	Рецидив язвы после классической резекции желудка (2/3) наблюдается в 2–5 % случаев, но при этом пептические язвы имеют более агрессивное течение, чем первичные дуоденальные язвы, чаще осложняются кровотечениями, в том числе массивными и многократными, пенетрацией, формированием межорганных свищей, перфорацией
62	г	Ваготомия направлена на снижение кислотопродукции и сохранение органа. При язве желудка редко наблюдается гиперацидность, а из-за возможности малигнизации ваготомия недопустима
63	д	Из-за анатомических предпосылок язва задней стенки желудка пенетрирует в поджелудочную железу
64	б	Серозно-фибринозный перитонит не является противопоказанием к первично-радикальным операциям
65	в	Пациенту с тяжелым течением дуоденальной язвы показана превентивная органосохраняющая операция с целью снижения риска возможных осложнений
66	д	Классическая резекция 2/3 желудка с анастомозом по Бильрот-1 является в этом случае операцией выбора.
67	г	Резекция желудка при желудочной язве патогенетически обоснована, а в плановом порядке имеет невысокий риск неблагоприятных исходов
68	г	Операцией выбора будет резекция 2/3 желудка с анастомозом по Бильрот-1
69	в	В течении перфоративной язвы различают три периода: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Период шока («кинжальной» боли) — до 6 ч.</li> <li>• Период мнимого благополучия (6–12 ч).</li> <li>• Период прогрессирующего перитонита (12–24 ч).</li> </ul>
70	а	Угол Гиса образован стенкой пищевода и дном желудка. В норме острый. При увеличении угла Гиса наблюдается недостаточность кардиального сфинктера и рефлюкс-эзофагит

№ п/п	Вариант ответа	Пояснение к ответу
71	а	Перфоративная язва является показанием к экстренному оперативному лечению. При прикрытой перфорации в течение первых 2 сут также показано экстренное оперативное лечение. Если прошло более 2 сут с момента прикрытия и отсутствуют местные воспалительные явления целесообразно консервативное лечение и динамическое наблюдение в условиях хирургического стационара
72	б	Самым тяжелым проявлением дуоденальных стенозов язвенной этиологии является гипохлоремия (ахлоргидрия) с последующим развитием гипохлоремической комы. Без срочной коррекции гипохлоремическая кома приводит к гибели всех пациентов. Средняя частота встречаемости этого осложнения составляет около 2 % среди всех пациентов с дуоденальным стенозом
73	г	Стеноз осложняет течение только язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и наблюдается у 5 % пациентов. При язвенной болезни желудка стенозы не встречаются
74	г	Ночные и «голодные» боли патогномоничны для дуоденальной язвы
75	а	При объективном исследовании живота в случае обострения дуоденальной язвы определяется зона болезненности в эпигастрии без перитонеальных симптомов
76	а	Синдром был описан Zollinger и Ellison в 1956 г при выявлении ульцерогенных опухолей островков Лангерганса поджелудочной железы. Опухоли эти секретируют гастрин, что и является причиной гиперплазии обкладочных клеток и упорного течения и рецидивирования язв
77	б	Оптимальной операцией при дуоденальной язве без стеноза является изолированная селективная проксимальная ваготомия
78	а	Наиболее физиологичной и малотравматичной операцией при язвенном дуоденальном стенозе является селективная проксимальная ваготомия с дуоденопластикой
79	в	Перфоративная язва развивается в среднем у 2–3 % больных язвенной болезнью. У мужчин встречается в 7 раз чаще, чем у женщин. Перфорация сопровождается классической триадой признаков: предшествующий язвенный анамнез (80–90 %), кинжальная боль (95 %), доскообразное напряжение мышц живота (95–98 %). Такого напряжения мышц живота не возникает больше ни при каком другом остром хирургическом заболевании органов брюшной полости
80	а	При прикрытой перфорации в течение первых 2 сут также показано экстренное оперативное лечение.



## **ЗАДАНИЯ ПО ЗАБОЛЕВАНИЯМ ПЕЧЕНИ И ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ**

*Выберите один правильный вариант ответа*

**1. Давление в системе воротной вены в норме составляет:**

*Варианты ответа:*

- а) 1–2 мм рт. ст.;
- б) 10–15 мм рт. ст.;
- в) 20–30 мм рт. ст.;
- г) 5–10 мм рт. ст.;
- д) 40–50 мм рт. ст.

**2. Зонд Блекмора применяют для:**

*Варианты ответа:*

- а) остановки кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода;
- б) остановки легочного кровотечения;
- в) остановки носового кровотечения;
- г) остановки кровотечения из язвы желудка;
- д) гемостаза при геморроидальном кровотечении.

**3. Формула Мура используется для:**

*Варианты ответа:*

- а) оценки класса тяжести цирроза печени;
- б) оценки риска развития кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода;
- в) определения величины портального давления;
- г) определения процента 5-летней выживаемости при циррозе печени;
- д) определения объема кровопотери при желудочно-кишечном кровотечении.

**4. При неэффективности консервативного лечения для остановки кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода применяют:**

*Варианты ответа:*

- а) портокавальный анастомоз бок в бок;
- б) спленоренальный анастомоз;
- в) гастротомию, прошивание варикозных вен пищевода;
- г) портокавальный анастомоз конец в бок;
- д) спленэктомию.

**5. Для остановки кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода применяют:**

*Варианты ответа:*

- а) введение зонда Блекмора;

- б) повторное введение желудочного зонда и промывание раствором аминокaproновой кислоты;
- в) введение наркотических анальгетиков;
- г) инфузионную терапию;
- д) введение гепарина.

**6. При кровотечении из варикозно расширенных вен пищевода первым диагностическим мероприятием является:**

*Варианты ответа:*

- а) измерение портального давления;
- б) спленопортография;
- в) эзофагогастроскопия;
- г) пассаж бария;
- д) целиакография.

**7. Препаратом, эффективно снижающим портальное давление является:**

*Варианты ответа:*

- а) квамател;
- б) детралекс;
- в) аспирин;
- г) папаверин;
- д) питуитрин.

**8. Осложнением портальной гипертензии может быть:**

*Варианты ответа:*

- а) кровотечение из варикозных вен пищевода и кардии;
- б) носовое кровотечение;
- в) кровотечение из острой язвы желудка;
- г) кишечное кровотечение;
- д) внутрибрюшное кровотечение.

**9. Наиболее часто причиной портальной гипертензии у взрослых является:**

*Варианты ответа:*

- а) первичный рак печени;
- б) вторичный рак печени;
- в) цирроз печени;
- г) тромбоз селезеночной или воротной вены;
- д) синдром Бадда — Киари.

**10. Варикозное расширение вен пищевода и желудка диагностируют при помощи:**

*Варианты ответа:*

- а) лапароскопии;

- б) пневмомедиастинографии;
- в) ангиографии печени;
- г) фиброгастроскопии;
- д) динамической гепатобилиосцинтиграфии.

**11. К осложнениям портальной гипертензии относят:**

*Варианты ответа:*

- а) язвенную болезнь желудка;
- б) язвенную болезнь 12-перстной кишки;
- в) анальную трещину;
- г) анурию;
- д) асцит.

**12. При развитии внутрипеченочной портальной гипертензии в анамнезе у пациента чаще всего имеется:**

*Варианты ответа:*

- а) черепно-мозговая травма;
- б) язвенная болезнь;
- в) панкреатит;
- г) мезотромбоз;
- д) гепатит.

**13. В качестве скринингового метода диагностики портальной гипертензии используют:**

*Варианты ответа:*

- а) фиброгастроскопию;
- б) пассаж бария;
- в) биопсию печени;
- г) ангиографическое исследование портальной системы;
- д) ультрасонографию.

**14. Основным мероприятием в лечении портального кровотечения является:**

*Варианты ответа:*

- а) коррекция гипопротеинемии;
- б) назогастральная интубация;
- в) лапароцентез;
- г) лапаротомия;
- д) снижение портального давления.

**15. Основная причина летального исхода у пациентов с поздней стадией цирроза печени:**

*Варианты ответа:*

- а) гиперспленизм;

- б) спленомегалия;
- в) кровотечение из расширенных вен передней брюшной стенки;
- г) напряженный асцит;
- д) кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода.

**16. У пациента с циррозом печени о быстро нарастающем ухудшении состояния свидетельствует:**

*Варианты ответа:*

- а) температура;
- б) запоры;
- в) тошнота, рвота;
- г) желтуха и появление асцита;
- д) головокружение.

**17. Заподозрить наличие внепеченочной портальной гипертензии можно:**

*Варианты ответа:*

- а) при наличии в анамнезе язвенной болезни;
- б) при частых простудах;
- в) при наличии у пациента болезни Крона;
- г) при наличии в анамнезе частых нагноительных процессов;
- д) при увеличении селезенки с раннего детского возраста.

**18. Показанием к плановой операции при портальной гипертензии является:**

*Варианты ответа:*

- а) желтуха;
- б) стойкий выраженный болевой синдром;
- в) кровоточивость слизистой оболочки носа;
- г) энцефалопатия;
- д) рецидивные кровотечения из варикозных вен.

**19. Показанием к экстренной операции при портальной гипертензии при неэффективности консервативного лечения является:**

*Варианты ответа:*

- а) асцит;
- б) гиперспленизм;
- в) энцефалопатия;
- г) спленомегалия;
- д) кровотечение из варикозных вен.

**20. Основной причиной летального исхода после наложения неселективного портокавального анастомоза является:**

*Варианты ответа:*

- а) гипопропротеинемия;

- б) острая дыхательная недостаточность;
- в) тромбоцитопения;
- г) острая сердечная недостаточность;
- д) энцефалопатия.

**21. При извлечении зонда Блекмора может развиваться:**

*Варианты ответа:*

- а) перфорация;
- б) пролежень;
- в) гастрит;
- г) пневмония;
- д) рецидив кровотечения.

**22. Зонд Блекмора можно оставлять:**

*Варианты ответа:*

- а) на 12 ч;
- б) на 48 ч;
- в) на 2–3 сут;
- г) на 5–7 сут;
- д) на 30–40 мин.

**23. Основной причиной летального исхода в раннем послеоперационном периоде после наложения портокавального шунта является:**

*Варианты ответа:*

- а) острая сердечная недостаточность;
- б) острая дыхательная недостаточность;
- в) асцит;
- г) перитонит;
- д) острая печеночная недостаточность.

**24. Наиболее эффективно портальное давление при кровотечениях снижает:**

*Варианты ответа:*

- а) нитроглицерин;
- б) питуитрин;
- в) пропранолол;
- г) анаприлин;
- д) соматостатин.

**25. Внутрипеченочная форма портальной гипертензии является следствием:**

*Варианты ответа:*

- а) цирроза печени;

- б) поддиафрагмального абсцесса;
- в) внутривенного холелитиаза;
- г) хронического холецистита;
- д) хронического панкреатита.

**26. Спленомегалия, «голова медузы» и асцит являются симптомами:**

*Варианты ответа:*

- а) вирусного гепатита А;
- б) мезотромбоза;
- в) портальной гипертензии;
- г) болезни Жильбера;
- д) хронического панкреатита.

**27. Печеночная энцефалопатия, возникающая после наложения портокавального анастомоза, обусловлена:**

*Варианты ответа:*

- а) гипоальбуминемией;
- б) гиперспленизмом;
- в) спленомегалией;
- г) тромбоцитопенией;
- д) сбросом неочищенной в печени крови в общий кровоток.

**28. Оптимальным вариантом шунтирующей операция при портальной гипертензии является:**

*Варианты ответа:*

- а) непрямо портосистемное шунтирование;
- б) портокавальный анастомоз бок в бок;
- в) мезентерико-кавальный анастомоз;
- г) портокавальный анастомоз конец в бок;
- д) дистальный спленоренальный анастомоз.

**29. При внепеченочной портальной гипертензии постоянным симптомом является:**

*Варианты ответа:*

- а) лихорадка;
- б) общая слабость;
- в) спленомегалия;
- г) кровоточивость слизистых;
- д) желтуха.

**30. Печеночные вены впадают в:**

*Варианты ответа:*

- а) воротную вену;

- б) селезеночную вену;
- в) верхнюю брыжеечную вену;
- г) нижнюю брыжеечную вену;
- д) нижнюю полую вену.

**31. Обильная рвота темной кровью характерна для:**

*Варианты ответа:*

- а) кардиоспазма;
- б) разрыва варикозных вен пищевода;
- в) ожога пищевода;
- г) карциномы пищевода;
- д) синдрома Меллори — Вейса.

**32. Причиной надпеченочной портальной гипертензии может являться:**

*Варианты ответа:*

- а) алкогольный цирроз печени;
- б) гемохроматоз;
- в) шистосомоз;
- г) синдром Бадда — Киари;
- д) вирусный гепатит.

**33. Зонд Блекмора применяется для:**

*Варианты ответа:*

- а) лечения ахалазии кардии;
- б) лечения кардиоспазма;
- в) гемостаза при язвенных кровотечениях;
- г) остановки кровотечения из варикозных вен пищевода;
- д) лечения перфорации пищевода.

**34. При хирургическом лечении поликистоза печени применяют:**

*Варианты ответа:*

- а) фенестрацию кист;
- б) вылушивание кист;
- в) цистоэнтероанастомоз;
- г) лучевую терапию;
- д) химиотерапию.

**35. Минимальный объем радикальной операции при эхинококкозе печени включает:**

*Варианты ответа:*

- а) марсупиализацию;
- б) удаление хитиновой оболочки кисты;

- в) пункцию и аспирацию содержимого паразитарной кисты без удаления ее оболочек;
- г) удаление паразита с фиброзной капсулой;
- д) резекцию печени в пределах здоровых тканей.

**36. Портальное давление в покое в норме составляет:**

*Варианты ответа:*

- а) 50–150 мм вод. ст.;
- б) 150–200 мм вод. ст.;
- в) 200–250 мм вод. ст.;
- г) 250–300 мм вод. ст.;
- д) 300–350 мм вод. ст.

**37. Артериальный «вклад» в общий печеночный кровоток в норме:**

*Варианты ответа:*

- а) равен портальному;
- б) больше портального;
- в) меньше портального;
- г) у женщин — больше портального, у мужчин — меньше портального;
- д) уменьшается с возрастом.

**38. Тактика лечения длительно кровоточащих геморроидальных узлов на фоне портальной гипертензии:**

*Варианты ответа:*

- а) консервативное лечение;
- б) геморроидэктомия по Миллиган — Моргану;
- в) геморроидэктомия при безуспешности консервативного лечения;
- г) лигирование узлов;
- д) склерозирующая терапия.

**39. Осложнением эхинококкоза печени, проявляющимся желтухой, потрясающим ознобом и высокой температурой тела является:**

*Варианты ответа:*

- а) септический шок;
- б) нагноение эхинококковой кисты;
- в) прорыв кисты в желчные протоки;
- г) прорыв кисты в свободную брюшную полость;
- д) малигнизация кисты.

**40. Наиболее часто встречающейся доброкачественной опухолью печени является:**

*Варианты ответа:*

- а) гамартома;



- б) гемангиома;
- в) липома;
- г) аденома;
- д) фиброма.

**41. Заболеванием поджелудочной железы, которое может приводить к развитию внепеченочной формы портальной гипертензии, является:**

*Варианты ответа:*

- а) доброкачественная опухоль хвоста поджелудочной железы;
- б) злокачественная опухоль хвоста поджелудочной железы;
- в) псевдотуморозный панкреатит;
- г) киста тела поджелудочной железы;
- д) панкреатиколитиаз.

**42. В качестве доступа для операций на печени применяется:**

*Варианты ответа:*

- а) тораколапаротомия;
- б) медиастинотомия;
- в) стернотомия;
- г) люмботомия;
- д) перинеотомия.

**43. Артериальное кровоснабжение печени осуществляет:**

*Варианты ответа:*

- а) верхняя брыжеечная артерия;
- б) печеночная артерия;
- в) нижняя брыжеечная артерия;
- г) правая желудочная артерия;
- д) правая почечная артерия.

**44. Приток венозной крови к печени обеспечивает:**

*Варианты ответа:*

- а) нижняя полая вена;
- б) верхняя полая вена;
- в) яремная вена;
- г) воротная вена;
- д) печеночная вена.

**45. Наиболее распространенной операцией для остановки кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода является:**

*Варианты ответа:*

- а) мезентерико-кавальный анастомоз;

- б) спленоренальный анастомоз;
- в) гастротомия, прошивание варикозных вен пищевода;
- г) портокавальный анастомоз конец в бок;
- д) туннелирование печени.

**46. Уровень блока воротного русла наиболее достоверно определяется при помощи:**

*Варианты ответа:*

- а) эхографии печени;
- б) сцинтиграфии печени и селезенки;
- в) спленопортографии;
- г) илеомезентерикографии;
- д) портографии через пупочную вену.

## ОТВЕТЫ С ПОЯСНЕНИЯМИ

№ п/п	Вариант ответа	Пояснение к ответу
1	г	В норме давление в системе воротной вены составляет 5–10 мм рт. ст. Критическое давление — 20 мм рт. ст., при нем повышается риск кровотечений
2	а	Зонд-обтуратор Блекмора используется для остановки кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода
3	д	Формула Мура используется для определения объема кровопотери при желудочно-кишечном кровотечении
4	в	При неэффективности консервативного гемостаза прибегают к хирургическим способам остановки кровотечения из вен пищевода, наиболее распространенным методом из которых является гастротомия с прошиванием варикозных вен пищевода
5	а	Для консервативной остановки кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода используют постановку зонда Блэкмора
6	в	При кровотечении из верхних отделов желудочно-кишечного тракта, в том числе при кровотечении из варикозно расширенных вен пищевода, в первую очередь необходимо установить источник кровотечения методом эзофагогастроскопии
7	д	Питуитрин сужает артериолы органов брюшной полости, что вызывает снижение печеночного кровотока и уменьшение портального давления на 40–60 %
8	а	На фоне портальной гипертензии происходит варикозное расширение вен пищевода и кардии, являющихся портокавальными анастомозами
9	в	У взрослых чаще всего встречается внутрипеченочная форма портальной гипертензии на фоне цирроза печени
10	г	Диагноз варикозного расширения вен пищевода и желудка можно установить при фиброгастроскопии. Также при этом возможно определить степень варикозного расширения вен пищевода и кардии и наличие «красных знаков» на слизистой оболочке, что необходимо для определения тактики лечения пациента
11	д	Асцит является одним из характерных осложнений портальной гипертензии
12	д	Причиной внутрипеченочной портальной гипертензии является препятствие кровотоку из системы воротной вены непосредственно в печени. Гепатит с дальнейшим исходом в цирроз является основной причиной внутрипеченочной гипертензии

№ п/п	Вариант ответа	Пояснение к ответу
13	д	Ультразвуковое исследование является наиболее простым и информативным методом диагностики портальной гипертензии, а потому используется для скрининга заболевания. При этом оценивают размеры печени и селезенки, увеличение в размерах вен портальной системы, скорость кровотока, выявление варикозных вен в брюшинном пространстве, малом тазу
14	д	Так как кровотечение на фоне портальной гипертензии провоцируется повышением давления в системе воротной вены, основным в лечении данной патологии является снижение портального давления
15	д	Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода и желудка является основной причиной летального исхода у пациентов с поздней стадией цирроза печени
16	г	Желтуха и асцит являются проявлениями печеночной недостаточности, свидетельствуя о прогрессирующем ухудшении состояния пациентов с циррозом печени
17	д	Увеличение селезенки при портальной гипертензии происходит из-за нарушения оттока крови по селезеночной вене, поэтому такой симптом может свидетельствовать о наличии внепеченочной портальной гипертензии
18	д	Кровотечения из варикозных вен при портальной гипертензии представляют угрозу для жизни пациента. При наличии условий пациенту может быть предложено плановое хирургическое лечение
19	д	В случае неэффективности консервативного лечения кровотечения из варикозно расширенных вен при портальной гипертензии прибегают к экстренному хирургическому лечению — гастротомии и прошиванию вен
20	д	При наложении неселективных портокавальных анастомозов происходит снижение портального кровотока в печени, сброс неочищенной в печени крови в общий кровоток, что приводит к развитию печеночной энцефалопатии и летальному исходу
21	д	Гемостаз зондом Блекмора достигается за счет компрессии кровоточащих сосудов. При его извлечении компрессионное действие прекращается и возможен рецидив кровотечения
22	б	Для профилактики образования пролежней продолжительность применения зонда не более 48 ч. Баллоны каждые 5-6ч освобождают от воздуха на 5–10 мин

№ п/п	Вариант ответа	Пояснение к ответу
23	д	При наложении прямых портокавальных анастомозов происходит резкое снижение портального кровотока, что может привести к острой печеночной недостаточности
24	б	Питуитрин снижает портальное давление за счет сужения артериол органов брюшной полости
25	а	Внутрипеченочная форма портальной гипертензии возникает при наличии препятствия портальному кровотоку в печени, причиной которого может быть цирроз печени.
26	в	Спленомегалия, «голова медузы» и асцит являются клиническими проявлениями портальной гипертензии
27	д	При наложении портокавальных шунтов происходит снижение портального кровотока в печени, а также сброс неочищенной в печени крови в общий кровоток, что может привести к развитию печеночной энцефалопатии
28	д	Дистальный спленоренальный анастомоз обеспечивает адекватную декомпрессию варикозных вен пищевода при портальной гипертензии и эффективен для профилактики кровотечений при портальной гипертензии внутрипеченочного и подпеченочного генеза
29	в	Спленомегалия является постоянным, а иногда первым симптомом внепеченочной портальной гипертензии
30	д	Печеночные вены собирают кровь от печени и впадают в нижнюю полую вену
31	б	Обильная рвота темной кровью со сгустками характерна для разрыва варикозных вен пищевода на фоне портальной гипертензии
32	г	Синдром Бадда-Киари (тромбоз нижней полой вены на уровне печеночных вен, стеноз или облитерация ее выше печеночных вен, сдавление опухолью, рубцами) является одной из причин надпеченочной портальной гипертензии
33	г	Зонд Блекмора применяют для остановки кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода
34	а	Для хирургического лечения поликистоза печени применяют фенестрацию кист — вскрытие их просвета и дренирование
35	б	Радикальным лечением эхинококковой кисты печени является как минимум удаление кисты вместе с хитиновой оболочкой
36	а	Портальное давление в покое в норме составляет 50–150 мм водного столба

№ п/п	Вариант ответа	Пояснение к ответу
37	в	Большая часть крови поступает в общий печеночный кровоток из системы воротной вены, меньшая — по печеночным артериям
38	а	Так как геморрой на фоне портальной гипертензии является вторичным, то его хирургическое лечение не может быть эффективным, поскольку не устраняет причину заболевания. Поэтому лечение длительно кровоточащих геморроидальных узлов в данном случае будет консервативным
39	в	Прорыв эхинококковой кисты в желчные протоки проявляется желтухой, потрясающим ознобом и высокой температурой тела
40	б	Гемангиома является наиболее часто встречающейся доброкачественной опухолью печени
41	в	Псевдотуморозный панкреатит за счет сдавления и тромбоза селезеночной вены может приводить к образованию внепеченочной формы портальной гипертензии
42	а	Для операции на печени широко применяется тораколапаротомия
43	б	Артериальный кровоток печени обеспечивается печеночной артерией. По ней в печень поступает 20 % всего крови и 40 % всего кислорода. Остальное доставляется по воротной вене
44	г	Приток венозной крови к печени обеспечивает воротная вена
45	в	Наиболее распространенной операцией при кровотечении из варикозно расширенных вен пищевода является гастротомия с прошиванием вен пищевода
46	в	Уровень блока воротного русла наиболее достоверно определяется при помощи спленопортографии.

## ЗАДАНИЯ ПО ЗАБОЛЕВАНИЯМ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

*Выберите один правильный вариант ответа*

**1. При неспецифическом язвенном колите внезапное прекращение поноса на фоне тяжелой интоксикации говорит:**

*Варианты ответа:*

- а) об эффективности консервативной терапии;
- б) о токсической дилатации ободочной кишки;
- в) о малигнизации;
- г) о перфорации ободочной кишки;
- д) об ошибочном диагнозе.

**2. Хирургическим методом лечения неспецифического язвенного колита является:**

*Варианты ответа:*

- а) колостомия;
- б) илеостомия;
- в) ваготомиия;
- г) тотальная или субтотальная колэктомия или колопроктэктомия;
- д) илеотрансверзоанастомоз.

**3. Фактором, способствующим развитию дивертикулов толстой кишки, является:**

*Варианты ответа:*

- а) хронический понос;
- б) злоупотребление алкоголем;
- в) глистная инвазия;
- г) возрастная дегенерация тканей;
- д) большое количество каловых масс.

**4. Осложнением неспецифического язвенного колита, которое лечится консервативно, является:**

*Варианты ответа:*

- а) нарушение водно-электролитного баланса;
- б) профузное кровотечение;
- в) токсический мегаколон;
- г) малигнизация;
- д) перфорация.

**5. Радикальной операцией при неспецифическом язвенном является:**

*Варианты ответа:*

- а) еюностомия;

- б) деторсия сигмовидной кишки;
- в) передняя резекция прямой кишки;
- г) колпроктэктомия;
- д) брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки.

**6. Показанием к плановой операции при неспецифическом язвенном колите является:**

*Варианты ответа:*

- а) кровотечение;
- б) малигнизация;
- в) перфорация;
- г) токсический мегаколон;
- д) острая кишечная непроходимость.

**7. Показанием к экстренной операции при неспецифическом язвенном колите является:**

*Варианты ответа:*

- а) кровотечение;
- б) артрит;
- в) интоксикация;
- г) неэффективность консервативного лечения;
- д) перфорация.

**8. Дивертикулез обычно поражает:**

*Варианты ответа:*

- а) пищевод;
- б) желудок;
- в) двенадцатиперстную кишку;
- г) подвздошную кишку;
- д) ободочную кишку.

**9. Чаще всего дивертикулез локализуется в:**

*Варианты ответа:*

- а) восходящей ободочной кишке;
- б) поперечноободочной кишке;
- в) слепой кишке;
- г) сигмовидной кишке;
- д) прямой кишке.

**10. Самое частое осложнение дивертикулов ободочной кишки:**

*Варианты ответа:*

- а) кровотечение;



- б) псевдообструкция кишки;
- в) свищи;
- г) перитонит;
- д) дивертикулит.

**11. Токсический мегаколон является характерным осложнением:**

*Варианты ответа:*

- а) рака толстой кишки;
- б) полипоза толстой кишки;
- в) сигмоидита;
- г) язвенной болезни двенадцатиперстной кишки;
- д) неспецифического язвенного колита.

**12. Наиболее достоверный метод диагностики полипов ободочной кишки:**

*Варианты ответа:*

- а) пассаж бария;
- б) ирригоскопия;
- в) фиброколоноскопия;
- г) исследование кала на скрытую кровь;
- д) ультрасонография.

**13. Полипами толстой кишки, имеющими большую склонность к малигнизации, являются:**

*Варианты ответа:*

- а) гиперпластические;
- б) аденоматозные;
- в) гамартомные;
- г) воспалительные;
- д) ювенильные.

**14. Наиболее информативный метод диагностики дивертикулеза толстой кишки:**

*Варианты ответа:*

- а) ректороманоскопия;
- б) аноскопия;
- в) ирригоскопия;
- г) пассаж бария;
- д) ультразвуковое исследование.

**15. Возникновению дивертикулеза ободочной кишки способствует:**

*Варианты ответа:*

- а) повышение внутрибрюшного давления;

- б) повышение внутрикишечного давления и пищевой фактор;
- в) употребление большого количества жидкости;
- г) употребление большого количества углеводов;
- д) женский пол.

**16. К наиболее частому осложнению дивертикулеза сигмовидной кишки относят:**

*Варианты ответа:*

- а) дивертикулит;
- б) кровотечение;
- в) пенетрация дивертикула в брыжейку кишки;
- г) перфорация сигмовидной кишки;
- д) кишечная непроходимость.

**17. В качестве хирургического лечения перфорации дивертикула сигмовидной кишки в условиях перитонита применяют:**

*Варианты ответа:*

- а) наложение обходного анастомоза и дренирование брюшной полости;
- б) резекция сигмовидной кишки с анастомозом конец в конец;
- в) операция Гартмана;
- г) дренирование брюшной полости, трансверзостомия;
- д) лапаротомия, дренирование брюшной полости.

**18. Наиболее часто встречающимся осложнением рака сигмовидной кишки является:**

*Варианты ответа:*

- а) прорастание опухоли в брыжейку;
- б) сигмоидит;
- в) кишечная непроходимость;
- г) перфорация опухоли;
- д) профузное кишечное кровотечение.

**19. Приобретенный дивертикулез ободочной кишки обычно локализуется:**

*Варианты ответа:*

- а) в правой половине ободочной кишки;
- б) в левой половине ободочной кишки;
- в) в поперечноободочной кишке;
- г) в слепой кишке;
- д) в прямой кишке.

**20. Наименьшую склонность к малигнизации имеют:**

*Варианты ответа:*

- а) аденоматозные ворсинчатые полипы;

- б) гиперпластические полипы;
- в) аденоматозные смешанные полипы;
- г) аденоматозные тубулярные полипы;
- д) опухоли при диффузном семейном полипозе.

**21. Токсическая дилатация толстой кишки может осложняться:**

*Варианты ответа:*

- а) тонко-толстокишечную инвагинацию;
- б) дивертикулез ободочной кишки;
- в) полипоз ободочной кишки;
- г) неспецифический язвенный колит;
- д) рак ободочной кишки.

**22. Наиболее редким осложнением дивертикулеза ободочной кишки является:**

*Варианты ответа:*

- а) абсцесс;
- б) перитонит;
- в) дивертикулит;
- г) кровотечение;
- д) псевдообструкция кишки.

**23. Диагноз болезни Крона толстой кишки верифицируют при:**

*Варианты ответа:*

- а) лапароскопии с биопсией лимфоузлов брыжейки;
- б) обзорной рентгенографии органов брюшной полости;
- в) проктографии;
- г) пневмоперитонеографии;
- д) ирригоскопии и колоноскопии с биопсией.

**24. Обязательным предраком ободочной кишки является:**

*Варианты ответа:*

- а) дивертикулез;
- б) болезнь Крона;
- в) гиперпластический полип;
- г) ювенильный полип;
- д) диффузный семейный полипоз.

**25. Тубулярные, ворсинчатые и смешанные полипы являются разновидностью:**

*Варианты ответа:*

- а) диффузного семейного полипоза;

- б) аденоматозных полипов;
- в) гиперпластических полипов;
- г) ювенильных полипов;
- д) гамартомных полипов.

**26. Болезнь Крона отличается от неспецифического язвенного колита тем, что:**

*Варианты ответа:*

- а) поражает только слизистый слой стенки кишки;
- б) поражает только мышечный слой стенки кишки;
- в) поражает все слои стенки кишки;
- г) поражает серозный и мышечный слои кишки;
- д) поражает слизистый и подслизистый слои стенки кишки.

**27. Ступенчатая терапия воспалительных заболеваний кишечника подразумевает:**

*Варианты ответа:*

- а) консервативное, малоинвазивное и хирургическое лечение;
- б) назначение поэтапно противовоспалительных, антибактериальных и иммуномодулирующих препаратов;
- в) поэтапное назначение диетотерапии, медикаментозного и хирургического лечения;
- г) поэтапное лечение, включающее лечение на амбулаторном уровне, лечение в условиях стационара городского или областного уровня и в случае неэффективности, лечение в условиях республиканского стационара;
- д) поэтапное назначение сульфасалазина, глюкокортикостероидов и цитостатиков.

**28. Болезнь Крона поражает:**

*Варианты ответа:*

- а) только тонкую кишку;
- б) только тонкую и ободочную кишку;
- в) тонкую, ободочную и прямую кишку;
- г) любые отделы желудочно-кишечного тракта;
- д) любые отделы желудочно-кишечного тракта кроме пищевода.

**29. Обязательным предраком толстой кишки считают:**

*Варианты ответа:*

- а) геморрой с частыми обострениями;
- б) семейный полипоз;
- в) энтероколит;
- г) анальную трещину;
- д) псевдотуберкулез мезентериальных лимфоузлов.

**30. Наиболее часто первоначально болезнь Крона локализуется в:**

*Варианты ответа:*

- а) тонкой кишке;
- б) восходящей ободочной кишке;
- в) нисходящей ободочной кишке;
- г) прямой кишке;
- д) в перианальной области.

**31. Для болезни Крона характерно:**

*Варианты ответа:*

- а) сплошное поражение желудочно-кишечного тракта;
- б) сегментарное поражение желудочно-кишечного тракта;
- в) распространение патологического процесса от прямой кишки в проксимальном направлении;
- г) поражение только слизистого, подслизистого и мышечного слоя стенки кишки;
- д) обязательное вовлечение в воспалительный процесс ободочной кишки.

**32. Боль и напряжение мышц в левой подвздошной области характерны для:**

*Варианты ответа:*

- а) рака сигмовидной кишки;
- б) дивертикулита сигмовидной кишки;
- в) сигмоидита;
- г) полипоза сигмовидной кишки;
- д) язвенного колита.

**33. При малигнизации в области верхушки аденоматозного полипа толстой кишки показана:**

*Варианты ответа:*

- а) резекция кишки;
- б) химиотерапия;
- в) лучевая терапия;
- г) полипэктомия с динамической колоноскопией через каждые 6 мес.;
- д) наблюдение в поликлинике по месту жительства.

**34. Для неспецифического язвенного колита характерно:**

*Варианты ответа:*

- а) более частое поражение левых отделов ободочной кишки;
- б) появление запоров;
- в) сегментарное поражение;

- г) отсутствие склонности к малигнизации;
- д) поражение тонкой кишки наряду с поражением толстой кишки.

**35. Лечение аденоматозных полипов толстой кишки включает:**

*Варианты ответа:*

- а) диету;
- б) динамическое наблюдение;
- в) микроклизмы;
- г) антибиотикотерапия;
- д) полипэктомия.

**36. Диарея с кровью в сочетании с тенезмами характерны для:**

*Варианты ответа:*

- а) неспецифического язвенного колита;
- б) болезни Крона;
- в) ишемического колита;
- г) трещины прямой кишки;
- д) полипоза.

**37. При подозрении на язвенный колит в первую очередь надо выполнить:**

*Варианты ответа:*

- а) эндоскопию верхних отделов пищеварительного тракта;
- б) биопсию слизистой оболочки тонкой кишки;
- в) мезентерикографию;
- г) колоноскопию;
- д) компьютерную томографию.

**38. Наиболее частой причиной кровотечения из нижних отделов желудочно-кишечного тракта является:**

*Варианты ответа:*

- а) илеоцекальная инвагинация;
- б) тифлит;
- в) дивертикулез;
- г) парапроктит;
- д) свищ прямой кишки.

## ОТВЕТЫ С ПОЯСНЕНИЯМИ

№ п/п	Вариант ответа	Пояснение к ответу
1	б	Внезапное прекращение поноса при неспецифическом язвенном колите на фоне тяжелой интоксикации говорит о развитии токсической дилатации ободочной кишки
2	г	Целью хирургического лечения неспецифического язвенного колита является удаление всех пораженных участков кишечника, такой операцией в зависимости от объема и локализации поражения толстой кишки является тотальная или субтотальная колэктомия или колопроктэктомия
3	г	Фактором, способствующим развитию дивертикулов толстой кишки, является возрастная дегенерация тканей, так как способствует возникновению слабых мест в стенке кишки
4	а	Водно-электролитные нарушения являются осложнением неспецифического язвенного колита, которое не требует оперативного вмешательства и лечится консервативно
5	г	Колпроктэктомия является радикальной операцией при неспецифическом язвенном колите, так как заболевание поражает прямую и ободочную кишку
6	б	Показанием к плановой операции при неспецифическом язвенном колите является малигнизация процесса
7	д	Показанием к экстренной операции при неспецифическом язвенном колите является перфорация толстой кишки в виду развития перитонита
8	д	Дивертикулез обычно поражает сигмовидную ободочную кишку
9	г	Чаще всего дивертикулез локализуется в сигмовидной кишке. В других отделах ободочной кишки данная патология также возможна, но встречается реже
10	д	Дивертикулит является самым частым осложнением дивертикулов ободочной кишки.
11	д	Токсический мегаколон является осложнением, характерным для воспалительных заболеваний ободочной кишки, к которым, в частности, относится неспецифический язвенный колит
12	в	Наиболее достоверным методом диагностики полипов ободочной кишки, при котором возможна не только визуализация образований, но также и биопсия, является фиброколоноскопия
13	б	Аденоматозные полипы толстой кишки имеют склонность к малигнизации

№ п/п	Вариант ответа	Пояснение к ответу
14	в	Ирригоскопия наряду с колоноскопией является наиболее информативным методом диагностики дивертикулеза толстой кишки
15	б	Возникновению дивертикулеза ободочной кишки способствует повышение внутрикишечного давления и пищевой фактор (употребление рафинированной пищи)
16	а	Дивертикулит является самым частым осложнением дивертикулеза сигмовидной кишки. Кровотечение, перфорация кишки, пенетрация дивертикула в брыжейку кишки и кишечная непроходимость более тяжелые осложнения данного заболевания, но встречаются значительно реже.
17	в	При перфорации дивертикула сигмовидной кишки в условиях перитонита безоговорочно показана операция Гартмана
18	в	Кишечная непроходимость — патогномичное осложнение рака сигмовидной кишки. Этому способствует небольшой диаметр сигмовидной кишки, плотные каловые массы, циркулярный характер опухоли
19	б	Приобретенный дивертикулез ободочной кишки обычно локализуется в левой половине ободочной кишки
20	б	Гиперпластические полипы ободочной кишки относятся к псевдополипам и имеют наименьшую склонность к малигнизации
21	г	Токсический мегаколон наблюдается при неспецифическом язвенном колите и без лечения заканчивается летальным исходом
22	д	Синдром псевдообструкции — нечасто встречающееся осложнение дивертикулеза ободочной кишки. Развивается при выраженных размерах инфильтрата при дивертикулите, что способствует сдавлению просвета кишки
23	д	Ирригоскопия и колоноскопия с биопсией являются основными методами подтверждения диагноза болезни Крона толстой кишки. Обзорная рентгенография органов брюшной полости и проктография неинформативны, а пневмоперитонеография и лапароскопия с биопсией лимфоузлов брыжейки неинформативны и потому нецелесообразны
24	д	Диффузный семейный полипоз является облигатным предраком ободочной кишки. К возрасту 40 лет у всех пациентов наблюдается малигнизация
25	б	Тубулярные, ворсинчатые и смешанные полипы являются гистологическими вариантами аденоматозных



№ п/п	Вариант ответа	Пояснение к ответу
26	в	При болезни Крона патологический процесс вовлекает все слои кишечной стенки
27	д	Ступенчатая терапия воспалительных заболеваний кишечника подразумевает поэтапное назначение препаратов сульфасалазина, глюкокортикостероидов и цитостатиков в случае неэффективности каждого из предыдущих этапов
28	г	Болезнь Крона может поражать любой отдел желудочно-кишечного тракта
29	б	Семейный полипоз является облигатным предраком толстой кишки
30	а	Наиболее частая первоначальная локализация болезни Крона тонкая кишка (другое название данного заболевания — терминальный илеит). В свою очередь в различных отделах толстой кишки данная патология встречается, однако реже и в процессе прогрессирования заболевания
31	б	Для болезни Крона патогномонично сегментарное поражение желудочно-кишечного тракта
32	б	Боли и напряжение мышц в левой подвздошной области характерны для дивертикулита сигмовидной кишки. При ограничении процесса напряжение мышц исчезает, появляется пальпируемый инфильтрат.
33	г	При выявлении малигнизации в области верхушки полипа толстой кишки показана полипэктомия с динамической колоноскопией через каждые 6 мес. Резекция кишки выполняется при наличии малигнизации в основании полипа
34	а	Неспецифический язвенный колит поражает левые отделы ободочной кишки. Прямая кишка при этом поражена в 100 % случаев
35	д	Так как аденоматозные полипы склонны к малигнизации способом их лечения является хирургический. Объем оперативного вмешательства определяют в зависимости от вида, количества и локализации полипов
36	а	Диарея с кровью и тенезмы являются классическим признаком язвенного колита
37	г	Наиболее информативным методом диагностики неспецифического язвенного колита является колоноскопия. Ирригография также может быть применена в диагностике
38	в	Дивертикулез — частая причина кровотечения из нижних отделов пищеварительного тракта. Обычно кровотечение возникает без болей на фоне благополучия, редко бывает профузным и обычно останавливается самостоятельно.

## **ЗАДАНИЯ ПО ЗАБОЛЕВАНИЯМ ПРЯМОЙ КИШКИ**

*Выберите один правильный вариант ответа*

**1. Чаще встречается следующая форма парапроктита:**

*Варианты ответа:*

- а) седалищно-прямокишечный;
- б) подслизистый;
- в) тазово-прямокишечный;
- г) подкожный;
- д) межмышечковый.

**2. Эпителиальный копчиковый ход анатомически:**

*Варианты ответа:*

- а) связан с копчиком;
- б) оканчивается слепо в подкожной клетчатке межягодичной области;
- в) сообщается с глубокими клетчаточными пространствами таза;
- г) связан с крестцом;
- д) сообщается с просветом прямой кишки.

**3. Гнойно-воспалительный процесс в пространстве, ограниченном мышцами тазового дна, костями таза и кожей ягодич это ...**

*Варианты ответа:*

- а) подкожный парапроктит;
- б) подслизистый парапроктит;
- в) пельвиоректальный парапроктит;
- г) ишиоректальный парапроктит;
- д) ретроректальный парапроктит.

**4. Наиболее частое осложнение в раннем периоде после геморроидэктомии:**

*Варианты ответа:*

- а) задержка мочеиспускания;
- б) кровотечение;
- в) выраженный болевой синдром;
- г) перианальный зуд;
- д) острый парапроктит.

**5. перевязки после геморроидэктомии выполняют:**

*Варианты ответа:*

- а) через день;
- б) ежедневно;
- в) при необходимости;

- г) перед выпиской;
- д) на следующий день после операции.

**6. Тактика ведения пациентов при остром седалищно-прямокишечном парапроктите:**

*Варианты ответа:*

- а) вскрытие гнойника через промежность;
- б) вскрытие гнойника через просвет кишки;
- в) консервативное лечение;
- г) вскрытие и дренирование абсцесса, иссечение анальной крипты;
- д) пункция абсцесса.

**7. Лигатурный метод применяется в проктологии в лечении:**

*Варианты ответа:*

- а) подкожного свища;
- б) интрасфинктерного свища;
- в) трансфинктерного свища;
- г) экстрасфинктерного свища;
- д) подслизистого свища.

**8. Источником инфекции при развитии острого парапроктита является:**

*Варианты ответа:*

- а) воспаление подкожной клетчатки промежности вокруг заднепроходного отверстия;
- б) гематогенный занос из другого очага инфекции;
- в) воспаление анальной крипты;
- г) пельвиоперитонит;
- д) травма прямой кишки.

**9. Диагностику анальной трещины необходимо начинать с:**

*Варианты ответа:*

- а) ирригоскопии;
- б) пальцевого исследования прямой кишки;
- в) колоноскопии;
- г) ультразвукового исследования органов брюшной полости;
- д) осмотра заднего прохода.

**10. Оптимальный метод лечения острой анальной трещины:**

*Варианты ответа:*

- а) антибиотикотерапия;
- б) иссечение трещины;
- в) местное лечение;

- г) диатермокоагуляция трещины;
- д) рассечение наружного сфинктера.

**11. Морганиева крипта имеет наибольшее значение в патогенезе:**

*Варианты ответа:*

- а) рака прямой кишки;
- б) солитарной язвы прямой кишки;
- в) анальной трещины;
- г) парапроктита;
- д) геморроя.

**12. В случае развития после ректороманоскопии подкожной эмфиземы брюшной стенки можно предположить:**

*Варианты ответа:*

- а) повреждение внебрюшинного отдела прямой кишки;
- б) повреждение наружного сфинктера;
- в) повреждение внутрибрюшинного отдела прямой кишки;
- г) избыточное нагнетание воздуха в просвет прямой кишки;
- д) повреждение слизистой кишки прямой кишки.

**13. Место расположения внутреннего отверстия параректального свища чаще соответствует:**

*Варианты ответа:*

- а) ректосигмоидному отделу;
- б) среднеампулярному отделу прямой кишки;
- в) верхнеампулярному отделу прямой кишки;
- г) области морганиевых крипт;
- д) нижнеампулярному отделу прямой кишки.

**14. Методом дифференциальной диагностики рака прямой кишки и болезни Крона является:**

*Варианты ответа:*

- а) гистологическое исследование биопсийного материала;
- б) ирригоскопия;
- в) лабораторная диагностика;
- г) ректороманоскопия;
- д) пальцевое исследование прямой кишки.

**15. Среди разновидностей острого парапроктита наиболее тяжело протекает:**

*Варианты ответа:*

- а) ишиоректальный;
- б) анаэробный;

- в) подслизистый;
- г) подкожный;
- д) пельвиоректальный.

**16. К наиболее характерным осложнениям геморроя относят:**

*Варианты ответа:*

- а) солитарную язву прямой кишки, анальную трещину, кровотечение;
- б) кровотечение, тромбоз геморроидальных узлов, малигнизацию;
- в) анальную трещину, кровотечение, тромбоз геморроидальных узлов;
- г) ущемление геморроидальных узлов, кровотечение, тромбоз узлов,
- д) тромбоз геморроидальных узлов, малигнизация, ущемление узлов.

**17. Оптимальным методом оперативного лечения неэпителиальных опухолей прямой кишки является:**

*Варианты ответа:*

- а) трансанальное иссечение;
- б) внутрибрюшная резекция прямой кишки;
- в) брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки;
- г) брюшно-анальная резекция прямой кишки;
- д) электрокоагуляция опухоли.

**18. Предрасполагающим фактором развития анальной трещины является:**

*Варианты ответа:*

- а) солитарная язва;
- б) длительный запор;
- в) хронический парапроктит;
- г) геморрой;
- д) полип прямой кишки.

**19. Наиболее частой локализацией анальной трещины является:**

*Варианты ответа:*

- а) передняя полуокружность анального канала;
- б) правая полуокружность анального канала;
- в) левая полуокружность анального канала;
- г) задняя полуокружность анального канала;
- д) частота развития одинакова.

**20. Достоверным методом диагностики анальной трещины является:**

*Варианты ответа:*

- а) пальцевое исследование прямой кишки;
- б) аноскопия;
- в) ирригоскопия;

- г) пассаж бария;
- д) колоноскопия.

**21. Наиболее характерным симптомом острой анальной трещины является:**

*Варианты ответа:*

- а) тенезмы;
- б) задержка стула и газов;
- в) спазм сфинктера;
- г) боль во время дефекации;
- д) обильное кровотечение.

**22. Основным методом лечения острой анальной трещины является:**

*Варианты ответа:*

- а) коагуляция трещины;
- б) иссечение трещины;
- в) ушивание трещины;
- г) снятие боли и спазма, нормализация стула;
- д) электроэксцизия трещины.

**23. Оптимальным методом лечения хронической анальной трещины является:**

*Варианты ответа:*

- а) иссечение трещины;
- б) дивульсия по Рекамье;
- в) пресакральная блокада раствором новокаина;
- г) введение новокаина со спиртом под трещину;
- д) ушивание трещины.

**24. Возможное осложнение хронического геморроя:**

*Варианты ответа:*

- а) запор;
- б) солитарная язва прямой кишки;
- в) малигнизация;
- г) анальная трещина;
- д) недостаточность анального сфинктера.

**25. Скрининговым методом диагностики геморроя является:**

*Варианты ответа:*

- а) ирригоскопия;
- б) осмотр в зеркалах;
- в) ультразвуковое исследование;

- г) компьютерная томография;
- д) колоноскопия.

**26. Для первой стадии развития геморроя характерно:**

*Варианты ответа:*

- а) затруднение во время дефекации;
- б) боли в заднем проходе после дефекации;
- в) периодическое выделение алой крови при дефекации;
- г) анальный зуд;
- д) выпадение узлов.

**27. Оптимальный метод лечения геморроя:**

*Варианты ответа:*

- а) оперативный;
- б) консервативный;
- в) инъекционный;
- г) фотокоагуляционный;
- д) лигатурный.

**28. Суть операции геморроидэктомии по Миллигану — Моргану состоит в:**

*Варианты ответа:*

- а) циркулярном иссечении слизистой анального канала;
- б) лазер-коагуляции узлов;
- в) склеротерапии геморроидальных узлов;
- г) иссечении «снаружи внутрь» геморроидальных узлов;
- д) аппаратной геморроидэктомии.

**29. Противопоказанием для оперативного лечения геморроя является:**

*Варианты ответа:*

- а) паховая грыжа;
- б) артериальная гипертензия;
- в) синдром портальной гипертензии;
- г) хронический обструктивный бронхит;
- д) анальный зуд.

**30. Основным симптомом геморроя является:**

*Варианты ответа:*

- а) анальная бахромка;
- б) диарея;
- в) тенезмы;

- г) спазм сфинктера;
- д) выделение алой крови после дефекации.

**31. Поздним осложнением после геморроидэктомии является:**

*Варианты ответа:*

- а) выпадение прямой кишки;
- б) стриктура ануса;
- в) анальный зуд;
- г) рак прямой кишки;
- д) анальная бахромка.

**32. Единственным патогенетически обоснованным методом лечения острого парапроктита является:**

*Варианты ответа:*

- а) вскрытие и дренирование;
- б) антибиотикотерапия;
- в) инфузионная терапия;
- г) физиолечение;
- д) пункция.

**33. Главным этиологическим фактором развития парапроктита следует считать:**

*Варианты ответа:*

- а) погрешность в питании;
- б) геморрой;
- в) воспаление анальных желез;
- г) выпадение прямой кишки;
- д) травму слизистой прямой кишки.

**34. Основным этапом в оперативном лечении анальной трещине является:**

*Варианты ответа:*

- а) коагуляция;
- б) дренирование;
- в) вскрытие;
- г) ушивание;
- д) иссечение.

**35. Радикальное лечение острого парапроктита включает в себя:**

*Варианты ответа:*

- а) вскрытие гнойника с иссечением воспаленной анальной крипты;
- б) физиолечение;
- в) антибиотикотерапию;



- г) систематические пункции абсцесса;
- д) вскрытие и дренирование полости абсцесса.

**36. Из всех методов лечения свищей прямой кишки оптимальным является:**

*Варианты ответа:*

- а) физиотерапевтический;
- б) хирургический;
- в) консервативный;
- г) склерозирующий;
- д) санаторно-курортный.

**37. Основной фактор в патогенезе геморроя:**

*Варианты ответа:*

- а) инфекционный.
- б) воспалительный;
- в) гемодинамический;
- г) механический;
- д) аутоиммунный.

**38. Появление после акта дефекации кровотечения в виде струйки или брызг характерно для:**

*Варианты ответа:*

- а) полипа прямой кишки;
- б) параректального свища;
- в) рака прямой кишки;
- г) геморроя;
- д) анальной трещины.

**39. Предрасполагающим фактором развития геморроя можно считать:**

*Варианты ответа:*

- а) хронические запоры;
- б) хронические очаги инфекции;
- в) трещины анального канала;
- г) полипы прямой кишки;
- д) параректальные свищи.

**40. Методом хирургического лечения геморроя является:**

*Варианты ответа:*

- а) метод Рекамье;
- б) операция Габриэля;

- в) операция Миллигана — Моргана;
- г) операция Гартмана;
- д) операция Кеню — Майлса.

***41. Радикальное хирургическое лечение экстрасфинктерных свищей прямой кишки включает:***

*Варианты ответа:*

- а) рассечения свища в просвет прямой кишки;
- б) иссечения свища в просвет прямой кишки (по Габриэлю);
- в) иссечения свища в просвет прямой кишки со вскрытием гнойных полостей;
- г) дренирование гнойной полости;
- д) лигатурный метод.

## ОТВЕТЫ С ПОЯСНЕНИЯМИ

№ п/п	Вариант ответа	Пояснение к ответу
1	г	Самой частой формой парапроктита является подкожный вариант. Подслизистый, седалищно-прямокишечный, тазово-прямокишечный, межмышечковый встречаются реже
2	б	Эпителиальный копчиковый ход оканчивается слепо в подкожной клетчатке межягодичной области. Данное образование не связано с крестцом или копчиком, а также с прямой кишкой и глубокими клетчаточными пространствами таза
3	г	При ишиоректальном парапроктите гнойное воспаление отмечается в так называемой подвздошно-прямокишечной ямке, ограниченной мышцами тазового дна, тазовыми костями и кожей ягодиц
4	а	После геморроидэктомии в раннем периоде наиболее частым осложнением является задержка мочеиспускания, которая является острой рефлекторной реакцией. Выраженный болевой синдром, перианальный зуд, кровотечение и острый парапроктит также возможные осложнения после данного хирургического вмешательства, однако встречаются не так часто
5	б	После геморроидэктомии перевязки производят ежедневно в течение 6–8 дней с целью соблюдения оптимальных условий заживления послеоперационной раны
6	г	При остром седалищно-прямокишечном парапроктите следует выполнить вскрытие и дренирование абсцесса с иссечением воспаленной крипты в анальном канале. Последняя выявляется при зондировании и введения красителя в полость абсцесса. В противном случае операция будет нерадикальной
7	г	Лигатурный метод лечения применяется при экстрасфинктерном расположении свища. Лигатура поэтапно затягивается для исключения несостоятельности анального сфинктера
8	в	Острый парапроктит — острое воспаление околопрямокишечной клетчатки, вызванное инфицированием из просвета прямой кишки вследствие воспаления анальных крипт и анальных желез.
9	д	При анальной трещине исследование следует начинать с первичного осмотра заднего прохода. Другие перечисленные варианты обследования пациента проводятся по мере необходимости

№ п/п	Вариант ответа	Пояснение к ответу
10	в	<p>Лечение острой трещины преимущественно местное:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Теплые сидячие ванночки со слабым раствором перманганата калия</li> <li>• Свечи с метилурацилом, проктоседиловые, ультрапрокт.</li> <li>• Микроклизмы с облепиховым маслом.</li> <li>• Диета кисломолочно — растительного характера с исключением острых, соленых, горьких блюд, алкогольных напитков</li> <li>• Неэффективность в течение 12–15 дней является показанием к операции.</li> </ul>
11	г	<p>Морганиева крипта играет важную роль в патогенезе парапроктита. В морганиевы крипты открываются протоки анальных желез. При нарушении функции анальных желез, например, закупорке их просвета воспаление может перейти на более глубокие слои стенки прямой кишки, что и является причиной развития парапроктита</p>
12	а	<p>Подкожная эмфизема в области брюшной стенки, возникшая после ректороманоскопии, обусловлена разрывом внебрюшинного отдела прямой кишки, что обусловлено попаданием кишечной (газообразующей) флоры в параректальную клетчатку и развитием воспаления в мягких тканях таза</p>
13	г	<p>Внутреннее отверстие параректального свища чаще локализуется в области морганиевых крипт, которые являются причиной развития острого парапроктита, приводящего к формированию свищей</p>
14	а	<p>Болезнь Крона и рак прямой кишки можно дифференцировать при гистологическом исследовании биопсийных материалов. При ирригоскопии, ректороманоскопии, аноскопии или пальцевом исследовании прямой кишки нельзя однозначно исключить или подтвердить наличие онкопатологии</p>
15	б	<p>Анаэробный парапроктит является наиболее тяжелой формой заболевания так как имеет крайне агрессивное течение с рядом местных и системных осложнений. Остальные перечисленные варианты отражают лишь локализацию очага инфекции, что мало влияет на прогноз заболевания при адекватном лечении</p>
16	г	<p>Кровотечение, тромбоз геморроидальных узлов и ущемление узлов являются наиболее типичными осложнениями геморроя</p>

№ п/п	Вариант ответа	Пояснение к ответу
17	а	Оптимальным вариантом хирургического лечения неэпителиальных опухолей прямой кишки является их трансанальное иссечение. Операция производится обычно под спинномозговой анестезией после дивульсии сфинктера
18	б	Возникновению анальной трещины в первую очередь способствует длительные запоры, как фактор постоянной травматизации слизистой при нарушении дефекации. Также среди причин выделяют сосудистые нарушения, изменения перианального эпителия (паракератоз), хроническое воспаление в области анальных крипт (потеря эластичности слизистой оболочки анального канала), нейрогенные расстройства с длительным спазмом внутреннего, а особенно наружного анальных сфинктеров
19	г	Задняя полуокружность анального канала — область наиболее частой локализации анальной трещины ввиду имеющейся там задней комиссуры, которая кровоснабжается несколько хуже других отделов
20	б	Для установления диагноза анальной трещины достаточно проведения аноскопии как наиболее доступного визуального метода исследования анального канала
21	в	Признаком острой анальной трещины является спазм анального сфинктера. Тенезмы и задержка стула не характерны для данной патологии, а боль наблюдается обычно после дефекации. Кровотечение обильным не бывает
22	г	Лечение острой анальной трещины проводится путем снятия боли и спазма с нормализация стула. Хирургические варианты лечения при остром течении заболевания малоприменимы
23	а	Наиболее эффективным лечением хронической анальной трещины следует считать ее иссечение. Введение новокаина со спиртом под трещину, пресакральная блокада раствором новокаина являются симптоматическими обезболивающими видами лечения, пальцевое растяжение сфинктера по Рекамье применимо в основном для острого течения процесса с целью снятия спазма сфинктера, а только ушивание трещины является малоэффективным в виду хронизации процесса и высокого риска рецидива заболевания
24	д	Характерным осложнением поздних стадий геморроя является недостаточность анального сфинктера

№ п/п	Вариант ответа	Пояснение к ответу
25	б	Из приведенных методов скрининговым методом является осмотр с помощью ректального зеркала. Позволяет диагностировать наружные и внутренние узлы. Проводят его после наружного осмотра и аноскопии, так как эти методы не всегда позволяют визуализировать внутренние узлы. При нехватке данных показана ректороманоскопия или колоноскопия (сигмоскопия)
26	в	Периодическое выделение алой крови при дефекации — признак первой стадии геморроя. Боли в заднем проходе после дефекации, затруднения во время дефекации, анальный зуд или выпадение узлов являются симптомами более поздних стадий заболевания либо его осложнений
27	а	Наиболее эффективный метод лечения геморроя оперативный, как устраняющий причину заболевания. Остальные варианты лечения применимы на начальных стадиях заболевания либо у лиц с противопоказаниями для операции
28	г	Геморроидэктомия по Миллигану-Моргану подразумевает иссечение геморроидальных узлов на 3,7,11 часах по циферблату. Первая операция по удалению геморроидальных узлов была проведена авторами в 1937 г.
29	в	Хирургическое лечение геморроя противопоказано при синдроме портальной гипертензии, так как геморроидальные вены являются путем оттока крови из портальной системы
30	д	Основное проявление геморроя — выделение алой крови после дефекации. Также характерны постоянные тупые боли в области заднего прохода, выпадение геморроидальных узлов из заднего прохода, анальный зуд
31	б	Стриктура ануса наиболее вероятное осложнение в отдаленные сроки после геморроидэктомии, особенно при лечении запущенных стадий заболевания
32	а	Вскрытие и дренирование гнойной полости единственный верный вариант лечения острого парапроктита. Другие варианты лечения носят вспомогательный характер, а пункция малоприменима с лечебной целью при данной патологии
33	в	Воспаление анальных желез является основным фактором в этиологии парапроктита

№ п/п	Вариант ответа	Пояснение к ответу
34	д	Техника операции при анальной трещине заключается в иссечении трещины по плоскости вместе с проксимальным гипертрофическим сосочком и дистальным кожным разрастанием, иногда с частичным ушиванием верхнего угла. При выраженном спазме выполняют переднюю или заднюю открытую (трансанальную) или боковую подкожную сфинктеротомию (Паркса)
35	а	Вскрытие гнойника с иссечением воспаленной анальной крипты является радикальным методом лечения острого парапроктита, так как устраняет не только гнойный процесс, но и этиологический фактор заболевания (анальную крипту)
36	б	Хирургический метод — наиболее эффективен при свищах прямой кишки. Другими методами устранить свищи не представляется возможным
37	г	Гемодинамический фактор — дисфункция сосудов, что приводит к их переполнению. Также при геморрое имеет важное значение дистрофический фактор — дистрофические процессы в мышцах подслизистого слоя прямой кишки и связке Паркса (удерживает кавернозные тельца в анальном канале)
38	г	Кровотечение в виде струйки или брызг после акта дефекации характерно для геморроя
39	а	Хронические запоры способствуют развитию геморроя.
40	в	Операция Миллигана — Моргана используется при лечении геморроя и заключается в иссечении геморроидальных узлов на 3,7,11 часах по циферблату
41	д	Радикальное хирургическое лечение свища подразумевает его ликвидацию. При экстрасфинктерных свищах вскрытие их в просвет прямой кишки невыполнимо из-за необходимости пересечения анального сфинктера. С целью предотвращения несостоятельности сфинктера используют лигатурный метод

## ЗАДАНИЯ ПО ПЕРИТОНИТУ

*Выберите один правильный вариант ответа*

**1. Показанием для проведения назоинтестинальной интубации является:**

Варианты ответа:

- а) внебрюшинное вскрытие абсцесса брюшной полости;
- б) выраженный парез кишечника на фоне распространенного перитонита;
- в) тромбозе мезентериальных артерий;
- г) асцит;
- д) желудочное кровотечение.

**2. Микроиригатор устанавливается в брюшную полость при перитоните с целью:**

Варианты ответа:

- а) эвакуации экссудата из брюшной полости;
- б) отведения крови при капиллярном кровотечении;
- в) контроля за состоянием межкишечного анастомоза;
- г) местного введения антибиотиков;
- д) контроля за накоплением экссудата в брюшной полости.

**3. Нижней стенкой сальниковой сумки является:**

Варианты ответа:

- а) задняя стенка желудка;
- б) брыжейка поперечно-ободочной кишки;
- в) передняя брюшная стенка;
- г) большой сальник;
- д) печеночно-двенадцатиперстная связка.

**4. К местному ограниченному перитониту можно отнести:**

Варианты ответа:

- а) воспаление висцеральной брюшины тонкой кишки;
- б) воспаление большого сальника;
- в) воспаление брюшины по ходу правого латерального канала;
- г) воспаление диафрагмы;
- д) абсцесс брюшной полости.

**5. При местном перитоните поражение брюшины распространяется на:**

Варианты ответа:

- а) одну анатомическую область живота;



- б) один отдел брюшной полости;
- в) от двух до пяти областей брюшной полости;
- г) один этаж брюшной полости;
- д) только париетальную брюшину.

**6. Оптимальным методом пролонгированной декомпрессии кишечника при перитоните является:**

*Варианты ответа:*

- а) введение парентерально антихолинэстеразных препаратов;
- б) введение новокаина в корень брыжейки тонкой кишки;
- в) назоинтестинальная интубация;
- г) еюностомия;
- д) энтеросорбция.

**7. По характеру патологического содержимого в брюшной полости наиболее тяжелое течение имеет:**

*Варианты ответа:*

- а) серозный перитонит;
- б) каловый перитонит;
- в) серозно-фибринозный перитонит;
- г) гнойный перитонит;
- д) желчный перитонит.

**8. Хроническое течение характерно для перитонита:**

*Варианты ответа:*

- а) ферментативного;
- б) калового;
- в) туберкулезного;
- г) гнилостного;
- д) желчного.

**9. К первичному перитониту относят:**

*Варианты ответа:*

- а) послеоперационный перитонит;
- б) перитонит при кишечной непроходимости;
- в) перитонит при лимфо- и гематогенном инфицировании брюшины;
- г) перитонит вследствие проникающих ранений живота;
- д) перитонит вследствие перфорации полого органа.

**10. К третичному перитониту относится:**

*Варианты ответа:*

- а) перитонит вследствие перфорации полого органа;

- б) перитонит вследствие проникающих ранений живота;
- в) ферментативный перитонит;
- г) послеоперационный перитонит при несостоятельности межкишечного анастомоза;
- д) вялотекущий послеоперационный перитонит при отсутствии источника в брюшной полости.

**11. Стадиями клинического течения перитонита являются:**

*Варианты ответа:*

- а) реактивная, токсическая, терминальная;
- б) ферментативная, реактивная;
- в) острая, подострая, хроническая;
- г) латентная, интоксикации, реконвалесценции;
- д) продромальная, острая, терминальная

**12. При кишечной непроходимости на развитие перитонита указывает:**

*Варианты ответа:*

- а) высокое стояние диафрагмы;
- б) вздутие кишечных петель;
- в) наложения фибрина на петлях кишки и брюшине;
- г) появление выпота;
- д) отек париетальной и висцеральной брюшины.

**13. Реактивная фаза перфоративного перитонита в среднем длится:**

*Варианты ответа:*

- а) 6 ч;
- б) 48 ч;
- в) 12 ч;
- г) 24 ч;
- д) 72 ч.

**14. Терминальная стадия неперфоративного перитонита наступает от начала заболевания через:**

*Варианты ответа:*

- а) 48 часов
- б) 72 часа
- в) 7 суток
- г) 1 месяц
- д) 12 ч.

**15. К перитонеальным относят симптом:**

*Варианты ответа:*

- а) Кохера — Волковича;

- б) Курвуазье;
- в) Ортнера;
- г) Керта;
- д) Щеткина — Блюмберга.

**16. Иррадиация болей в правое надплечье характерна для:**

*Варианты ответа:*

- а) перфорации язвы желудка;
- б) ферментативного перитонита;
- в) местного аппендикулярного перитонита;
- г) гонококкового пельвиоперитонита;
- д) кишечной непроходимости.

**17. Иррадиация болей в правое надплечье при перитоните обусловлена:**

*Варианты ответа:*

- а) дыхательной недостаточностью;
- б) высоким стоянием купола диафрагмы;
- в) наличием свободного газа под правым куполом диафрагмы;
- г) вздутием петель кишечника;
- д) наличием межкишечного абсцесса.

**18. Иррадиация болей в левое надплечье может наблюдаться при:**

*Варианты ответа:*

- а) гнилостном перитоните;
- б) каловом перитоните;
- в) мочевоом перитоните;
- г) ферментативном перитоните;
- д) разрыве селезенки.

**19. Симптом Спизжарного характеризуется:**

*Варианты ответа:*

- а) иррадиацией болей в правое надплечье;
- б) болезненностью при пальпации в околопупочной области;
- в) исчезновением печеночной тупости при перкуссии;
- г) отсутствием кишечных шумов;
- д) проведением дыхательных и сердечных шумов в брюшную полость.

**20. Для терминальной стадии перитонита характерно:**

*Варианты ответа:*

- а) уменьшение болевого синдрома;
- б) брадикардия;
- в) учащенный стул и мочеиспускание;

- г) усиление болей в животе;
- д) усиление перистальтики кишечника.

**21. Симптом «ваньки-встаньки» характерен для:**

*Варианты ответа:*

- а) острой кишечной непроходимости;
- б) перитонита аппендикулярного происхождения;
- в) разрыва селезенки;
- г) пельвиоперитонита;
- д) острого панкреатита.

**22. Местным неотграниченным перитонитом часто осложняется:**

*Варианты ответа:*

- а) острая кишечная непроходимость;
- б) подпеченочный абсцесс;
- в) перфоративная язва желудка;
- г) деструктивный аппендицит;
- д) канцероматоз брюшины.

**23. Перитонит у детей характеризуется:**

*Варианты ответа:*

- а) преобладанием общих симптомов над местными
- б) подострым течением;
- в) отсутствием выраженных изменений в анализе крови;
- г) преобладанием местных симптомов над общими;
- д) гипотермия.

**24. Для перитонита у лиц пожилого и старческого возраста характерно:**

*Варианты ответа:*

- а) притупление местной реакции брюшины на воспалительный процесс;
- б) преобладание общих симптомов над местными;
- в) нормо и брадикардия;
- г) выраженная гипертермия;
- д) быстро прогрессирующее течение.

**25. Консервативное лечение проводится при:**

*Варианты ответа:*

- а) абсцессе дугласова пространства;
- б) перфоративном перитоните;
- в) странгуляционной кишечной непроходимости;
- г) внематочной беременности;
- д) инфильтрате брюшной полости.

**26. Локальная санация брюшной полости показана при:**

*Варианты ответа:*

- а) каловом перитоните;
- б) перитоните вследствие перфорации язвы желудка;
- в) распространенном гнойно-фибринозном перитоните;
- г) перитоните на фоне травматического разрыва тонкой кишки;
- д) местном перитоните на фоне деструктивного аппендицита.

**27. Гемоперитонеум имеет место при:**

*Варианты ответа:*

- а) геморрагическом цистите;
- б) серозно-геморрагическом выпоте в брюшной полости;
- в) геморрагическом панкреонекрозе;
- г) внутрибрюшном кровотечении;
- д) желудочно-кишечное кровотечение.

**28. Показанием к тампонированию брюшной полости является:**

*Варианты ответа:*

- а) местный неотграниченный перитонит;
- б) внутрибрюшное кровотечение при визуализации сосуда;
- в) острый холецистит;
- г) невозможность полного удаления некротических тканей;
- д) ущемленная грыжа.

**29. При перитоните на фоне перфоративной язвы желудка показана:**

*Варианты ответа:*

- а) экстренная операция;
- б) срочная операция после коррекции белкового и минерального обмена;
- в) консервативная терапия с последующей плановой операцией через 3–6 недель;
- г) рентгенологическое контрастное исследование желудка;
- д) ФГДС.

**30. Наиболее достоверным клиническим проявлением перитонита при перфоративной язве желудка является:**

*Варианты ответа:*

- а) частый жидкий стул;
- б) желудочное кровотечение;
- в) разлитое напряжение передней брюшной стенки, отсутствие печеночной тупости при перкуссии;
- г) боль в животе;
- д) рвота.

**31. Симптомы перитонита (напряжение мышц, раздражение брюшины) в правой подвздошной области, нередко возникающие при перфоративной язве двенадцатиперстной кишки, можно объяснить:**

*Варианты ответа:*

- а) затеканием содержимого кишки по правому боковому каналу;
- б) висцеро-висцеральным рефлексом с червеобразного отростка;
- в) скоплением воздуха в брюшной полости;
- г) симптомом Кохера — Волковича;
- д) нарушением мезентериального кровообращения.

**32. Осложнение язвенной болезни, при котором развивается перитонит и требуется экстренное хирургическое вмешательство:**

*Варианты ответа:*

- а) кровотечение;
- б) перфорация;
- в) пенетрация;
- г) дуоденальный стеноз;
- д) малигнизация.

**33. Характерный клинический симптом перитонита при прободении язвы желудка:**

*Варианты ответа:*

- а) жидкий стул;
- б) локализованная, умеренная боль в животе;
- в) тахикардия;
- г) внезапно возникшая интенсивная боль в животе;
- д) схваткообразная боль в животе.

**34. Тактика хирурга при самопроизвольном вправлении ущемленной грыжи:**

*Варианты ответа:*

- а) отпустить пациента домой с амбулаторным наблюдением;
- б) динамическое наблюдение за пациентом в условиях стационара;
- в) лапаротомия с ревизией органов брюшной полости;
- г) постановка очистительной клизмы;
- д) постановка назогастрального зонда.

**35. В лечении пациентов с перитонитом центральное место занимает:**

*Варианты ответа:*

- а) хирургическое вмешательство;
- б) рациональная антибиотикотерапия;

- в) борьба с парезом кишечника;
- г) кислородная поддержка;
- д) дезинтоксикационная терапия.

**36. Перфорация полого органа характеризуется:**

*Варианты ответа:*

- а) симптомом Мейо — Робсона;
- б) появлением ноющих болей в животе;
- в) желтухой;
- г) симптомом Ортнера;
- д) напряжением мышц передней брюшной стенки.

**37. При посевах перитонеального экссудата чаще всего отмечается рост:**

*Варианты ответа:*

- а) анаэробной микрофлоры.
- б) стафилококка;
- в) кишечной палочки;
- г) протей;
- д) гемолитического стрептококка.

**38. Для ранней стадии перитонита характерно:**

*Варианты ответа:*

- а) вздутие живота;
- б) гиповолемия;
- в) усиление перистальтики кишки;
- г) гипопроотеинемии;
- д) напряжение мышц брюшной стенки.

**39. Диагноз перитонита до операции устанавливается:**

*Варианты ответа:*

- а) по уровню секреции желудочного сока;
- б) анамнестически;
- в) по лабораторным признакам воспалительной реакции;
- г) по клиническим признакам;
- д) рентгенологически.

**40. При абсцессе Дугласова пространства целесообразно:**

*Варианты ответа:*

- а) консервативное лечение;
- б) вскрытие через срединную лапаротомию;
- в) пункция через брюшную стенку;
- г) пункция, вскрытие и дренирование абсцесса через прямую кишку;
- д) лечебные клизмы.

**41. Для перитонита характерно:**

*Варианты ответа:*

- а) усиление перистальтики;
- б) ослабление кишечных шумов;
- в) симптом Курвуазье;
- г) мелена;
- д) кровавая рвота.

**42. Для тазового абсцесса характерно:**

*Варианты ответа:*

- а) снижение дыхательной экскурсии легких;
- б) высокого стояния купола диафрагмы;
- в) содружественного выпота в плевральную полость;
- г) болей, иррадиирующих в надключичную область;
- д) тенезмы, дизурические расстройства.

**43. Срединная лапаротомии в качестве операционного доступа показана при:**

*Варианты ответа:*

- а) разлитом перитоните;
- б) аппендикулярном инфильтрате;
- в) абсцессе дугласова пространства;
- г) местном неотграниченном перитоните;
- д) остром холецистите.

**44. Признак, отсутствующий при гнойном перитоните, — это ...**

*Варианты ответа:*

- а) тахикардия;
- б) усиление перистальтики;
- в) вздутие живота;
- г) напряжение мышц живота;
- д) сухость языка.

**45. Во время операции по поводу разлитого перитонита устанавливают назоинтестинальный зонд с целью:**

*Варианты ответа:*

- а) создания каркаса для кишечника;
- б) остановки кровотечения из варикозных вен пищевода;
- в) назобилиарного дренирования;
- г) декомпрессии кишечника и раннего энтерального питания;
- д) дренирования брюшной полости.



**46. Самой частой причиной перитонита является:**

*Варианты ответа:*

- а) странгуляция тонкой кишки;
- б) острый аппендицит;
- в) прободная язва желудка;
- г) рак желудка;
- д) острый сальпингит.

**47. При первичном перитоните инфицирование брюшины происходит в результате:**

*Варианты ответа:*

- а) перфорации язвы желудка;
- б) острого аппендицита;
- в) несостоятельности межкишечного анастомоза;
- г) гематогенной транслокации микроорганизмов;
- д) ранения кишечника.

**48. Основным симптомом перитонита является:**

*Варианты ответа:*

- а) рвота;
- б) боль в животе;
- в) мелена;
- г) задержка стула и газов;
- д) рефлекторное напряжение мышц передней брюшной стенки.

**49. Заболевание, при котором перитонит является крайне редким осложнением, — это ...**

*Варианты ответа:*

- а) острая кишечная непроходимость;
- б) перфорация дивертикула Меккеля;
- в) стеноз большого дуоденального соска;
- г) болезнь Крона;
- д) острый аппендицит.

**50. «Сверхпризнаком» перитонита называют:**

*Варианты ответа:*

- а) желтуху;
- б) кровавый стул;
- в) боль в мезогастррии;
- г) вздутие живота;
- д) напряжение мышц брюшной стенки.

**51. Основной доступ, выполняемый при разлитом гнойном перитоните, — это ...**

*Варианты ответа:*

- а) срединная лапаротомия;
- б) по Пфаненштилю;
- в) по Федорову;
- г) по Волковичу — Дьяконову;
- д) параректальный.

**52. Простой и информативный диагностический прием при абсцессе дугласова пространства — это ...**

*Варианты ответа:*

- а) общий анализ крови;
- б) пальцевое ректальное исследование;
- в) пальпация живота;
- г) обзорная рентгенография брюшной полости;
- д) ректороманоскопия.

**53. Характер боли в животе при разлитом перитоните — ...**

*Варианты ответа:*

- а) схваткообразная;
- б) ноющая;
- в) опоясывающая;
- г) колющая;
- д) постоянная, разлитая.

**54. Лишним в хирургическом лечении распространенного перитонита является:**

*Варианты ответа:*

- а) срединная лапаротомия;
- б) ликвидация источника перитонита;
- в) санация и дренирование брюшной полости;
- г) декомпрессия желудочно-кишечного тракта при парезе;
- д) постановка зонда Блекмора.

**55. Адекватный метод лечения абсцесса дугласова пространства — ...**

*Варианты ответа:*

- а) грелка на живот;
- б) срединная лапаротомия и дренирование абсцесса;
- в) антибиотикотерапия;
- г) вскрытие и дренирование абсцесса через прямую кишку или свод влагалища;
- д) гемотрансфузия.

## ОТВЕТЫ С ПОЯСНЕНИЯМИ

№ п/п	Вариант ответа	Пояснение к ответу
1	б	Назоинтестинальная интубация показана при распространенном перитоните, сопровождающимся парезом кишечника, так как позволяет выполнять декомпрессию кишки, энтеральный лаваж, а также раннее энтеральное питание
2	г	Постановка микроиригатора при перитоните производится с целью местного введения антибиотиков к источнику перитонита, что позволяет повысить локальную концентрацию антибактериального средства в очаге инфекции. Однако это не исключает обязательного парентерального назначения антибиотиков при перитоните
3	б	Нижней стенкой сальниковой сумки является брыжейка поперечно-ободочной кишки.
4	д	К местному отграниченному перитониту согласно классификации (В. Д. Федоров, 1974) относят абсцесс брюшной полости или инфильтрат любой локализации.
5	а	Согласно классификации (В. Д. Федоров, 1974) при местном перитоните поражена брюшина в одной анатомической области живота или в одном из карманов брюшины
6	в	Оптимальным методом пролонгированной декомпрессии желудочно-кишечного тракта при перитонит на фоне выраженного пареза кишечника является назоинтестинальная интубация, которая позволяет кроме декомпрессии кишки проводить энтеральный лаваж и раннее энтеральное питание
7	б	В зависимости от характера патологического содержимого в брюшной полости наиболее тяжело протекает каловый перитонит, при котором происходит выраженное загрязнение экссудата содержимым ободочной или подвздошной кишки, что приводит к обильному поступлению анаэробной и грамотрицательной микрофлоры в экссудат, представляющий собой питательную белковую среду
8	в	Хроническое течение типично для туберкулезного перитонита, который является следствием гематогенного инфицирования брюшины при специфических поражениях кишечника, а также при туберкулезных сальпингите и нефрите
9	в	К первичному перитониту согласно классификации (В. С. Савельев, 2000) относят перитонит при лимфо- и гематогенном инфицировании брюшины

№ п/п	Вариант ответа	Пояснение к ответу
10	д	К третичному перитониту согласно классификации (В. С. Савельев, 2000) относится вялотекущий послеоперационный перитонит при отсутствии источника в брюшной полости. Эта форма перитонита рассматривается как неспособность защитных сил организма пациента сформировать адекватную реакцию на системном и локальном уровне на развивающийся инфекционный процесс в брюшной полости
11	а	Согласно классификации К. С. Симоняна (1971) клинически выделяют следующие стадии перитонита: реактивная, токсическая, терминальная
12	в	Признаками развития перитонита при кишечной непроходимости являются наложения фибрина на петлях кишки и брюшине, а также гиперемия париетальной и висцеральной брюшины с появлением воспалительного экссудата в брюшной полости
13	в	Реактивная фаза перфоративного перитонита в среднем длится до 12 ч. Продолжительность первой фазы при перфоративном перитоните в два раза меньше, чем при неперфоративном (воспалительном) перитоните. Таким образом, токсическая фаза с развитием органной дисфункции наступает раньше
14	б	Терминальная стадия неперфоративного перитонита в среднем наступает через 72 ч от начала заболевания, при которой развивается полиорганная недостаточность и инфекционно-токсический шок
15	д	К перитонеальным симптомам относят симптом Щеткина — Блюмберга — симптом раздражения брюшины, является положительным, если при надавливании на живот возникает боль, которая резко усиливается при отдергивании руки пальпирующего
16	а	Иррадиация болей в правое надплечье характерно для перитонита вследствие перфорации язвы желудка. Она обусловлена раздражением диафрагмального нерва свободным газом, находящимся под правым куполом диафрагмы вследствие перфорации язвы
17	в	Иррадиация болей в правое надплечье при перитоните обусловлена наличием свободного газа под правым куполом диафрагмы и раздражением диафрагмального нерва (френикус-симптом)

№ п/п	Вариант ответа	Пояснение к ответу
18	д	Иррадиация болей в левое надплечье часто наблюдается при разрыве селезенки, при котором кровь скапливается в левом поддиафрагмальном пространстве и раздражает диафрагмальный нерв (френикус-симптом).
19	в	Симптом Спигарного (по имени российского хирурга И. К. Спигарного, 1857–1924) — выявляемый перкуторно высокий тимпанит над печенью (исчезновение печеночной тупости) при прободной язве желудка или двенадцатиперстной кишки.
20	а	Для терминальной стадии перитонита характерно уменьшение болевого синдрома в животе с нарастанием пареза кишечника и усиление общих явлений интоксикации и полиорганной недостаточности
21	в	Симптом «ваньки-встаньки» характерен для разрыва селезенки, при котором кровь скапливается в левом поддиафрагмальном пространстве при горизонтальном положении пациента и раздражает диафрагмальный нерв (френикус-симптом). Пациент стремится занять вертикальное положение, при котором боль уменьшается
22	г	Из перечисленных заболеваний местным неотграниченным перитонитом обычно осложняется острый деструктивный аппендицит
23	а	Для перитонита у детей характерно преобладание общих симптомов над местными вследствие неокончательной сформированной нервной и иммунной системы
24	а	Для перитонита у лиц пожилого и старческого возраста характерно притупленная местная реакция брюшины на воспалительный процесс вследствие развивающихся дегенеративных изменений в нервных окончаниях брюшины
25	д	Консервативное лечение применяется при наличии инфильтрата брюшной полости без признаков абсцедирования, так как образование инфильтрата является защитным механизмом брюшной полости, направленным на ограничение воспалительного процесса
26	д	Локальная санация брюшной полости показана при местном перитоните на фоне деструктивного аппендицита. Проведение при этом тотальной санации брюшной полости может привести к диссеминации микроорганизмов в непораженные отделы брюшной полости. Во всех остальных случаях имеет место распространенный перитонит, когда показана санация всех отделов брюшной полости

№ п/п	Вариант ответа	Пояснение к ответу
27	г	Гемоперитонеум (haemoperitoneum; гемо- + анат. peritoneum брюшина; син. лапарогеморрагия) — скопление крови в полости брюшины, имеет место при внутрибрюшном кровотечении
28	г	Показанием к тампонированию брюшной полости является невозможность полного удаления некротических тканей. Подведение тампона к очагу инфекции способствует образованию вокруг тампона ограничительного инфильтрата для последующего консервативного лечения по типу открытой гнойной раны
29	а	Перфоративная язва желудка с клиникой перитонита является абсолютным показанием к экстренной операции
30	в	Наиболее достоверным клиническим проявлением перфоративной язвы желудка является разлитое напряжение передней брюшной стенки (как проявление рефлекторной защитной реакции мышц на раздражение париетальной брюшины кислым желудочным содержимым), отсутствие печеночной тупости при перкуссии вследствие выхода газа из желудка в брюшную полость и скопления его в правом поддиафрагмальном пространстве
31	а	Напряжение мышц в правой подвздошной области, нередко возникающее при прободной язве двенадцатиперстной кишки, можно объяснить затеканием содержимого двенадцатиперстной кишки по правому боковому каналу с раздражением брюшины в правой подвздошной области
32	б	Экстренное хирургическое вмешательство требуется при перфоративной язве желудка или двенадцатиперстной кишки, при которой развивается перитонит
33	г	В момент прободения язвы желудка или двенадцатиперстной кишки наиболее часто встречается внезапно возникшая интенсивная боль в животе вследствие выхода содержимого желудка или двенадцатиперстной кишки в брюшную полость и раздражения париетальной брюшины
34	б	При самопроизвольном вправлении ущемленной грыжи тактика хирурга предусматривает динамическое наблюдение за пациентом в условиях стационара, так как ущемленная кишка может оказаться нежизнеспособной, и при динамическом наблюдении можно выявить признаки развивающегося перитонита

№ п/п	Вариант ответа	Пояснение к ответу
35	а	Наряду с другими мероприятиями в лечении пациентов с перитонитом центральное место принадлежит хирургическому вмешательству
36	д	Перфорация полого органа характеризуется напряжением мышц передней брюшной стенки вследствие рефлекторной защитной реакции мышц на раздражение париетальной брюшины кислым желудочным содержимым
37	в	При посевах перитонеального экссудата чаще всего отмечается рост кишечной палочки, как основного микроорганизма кишечной микрофлоры, попадающего в брюшную полость путем транслокации через стенку кишки или при перфорации полого органа
38	д	Для ранней стадии перитонита характерно напряжение мышц брюшной стенки как проявление рефлекторной защитной реакции мышц на раздражение и воспаление париетальной брюшины при перитоните
39	г	Диагноз перитонита до операции устанавливается по клиническим признакам: боль в животе, напряжение мышц брюшной стенки, положительные симптомы раздражения брюшины
40	г	При абсцессе дугласова пространства целесообразно пункция, вскрытие и дренирование абсцесса через прямую кишку. Этот доступ относится к внебрюшинным, при котором вскрытие гнойного очага осуществляется кратчайшим путем, и не происходит диссеминация инфекции по непораженной брюшной полости
41	б	Для перитонита характерно ослабление кишечных шумов, как проявление развивающегося пареза кишечника
42	д	Для тазового абсцесса характерны тенезмы и дизурические расстройства вследствие раздражения тазовой брюшины, стенки прямой кишки и мочевого пузыря гноем
43	а	Срединная лапаротомии в качестве операционного доступа показана при разлитом перитоните, позволяет выполнить полноценную ревизию органов брюшной полости, устранить источник перитонита, санировать и дренировать брюшную полость
44	б	Признак, отсутствующий при гнойном перитоните, — усиление перистальтики, так как при перитоните развивается парез кишечника с ослабление кишечных шумов

№ п/п	Вариант ответа	Пояснение к ответу
45	г	Во время операции по поводу разлитого перитонита устанавливают назоинтестинальный зонд с целью декомпрессии кишечника и раннего энтерального питания, так как на фоне разлитого перитонита часто развивается выраженный парез кишечника
46	б	Самой частой причиной перитонита является острый аппендицит, как самый частый острый деструктивный процесс в брюшной полости
47	г	При первичном перитоните процесс развивается без нарушения целостности полых органов, является результатом спонтанной гематогенной транслокации микроорганизмов в брюшинный покров или транссудацией специфической моноинфекции из других органов
48	д	Основным симптомом перитонита является рефлекторное напряжение мышц передней брюшной стенки как проявление рефлекторной защитной реакции мышц на раздражение и воспаление париетальной брюшины при перитоните
49	в	Перитонит может быть частым осложнением всех перечисленных заболеваний, кроме стеноза большого дуоденального соска, при котором, как правило, развивается развивается обтурационная желтуха и панкреатит
50	д	«Сверхпризнаком» перитонита по мнению Г. Мондора (1940) называют защитное напряжение мышц брюшной стенки, возникающее рефлекторно в ответ на раздражение и воспаление париетальной брюшины при перитоните
51	а	Основным доступом, выполняемым при разлитом гнойном перитоните, является срединная лапаротомия, которая позволяет выполнить полноценную ревизию органов брюшной полости, устранить источник перитонита, санировать и дренировать брюшную полость
52	б	Простым и информативным диагностическим приемом при абсцессе дугласова пространства является пальцевое ректальное исследование, позволяющее выявить болезненность, нависание, флюктуацию по передней стенке прямой кишки
53	д	Для разлитого перитонита характерна жалоба на постоянные и разлитые боли в животе вследствие раздражения висцеральной и париетальной брюшины патологическим содержимым и деструктивным в брюшной полости



№ п/п	Вариант ответа	Пояснение к ответу
54	д	Лишним в хирургическом лечении распространенного перитонита является постановка зонда Блекмора, который используется для остановки кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода при портальной гипертензии
55	г	Наиболее адекватный методом лечения абсцесса дугласова пространства является вскрытие и дренирование абсцесса через прямую кишку или свод влагалища. Этот доступ относится к внебрюшинным, при котором вскрытие гнойного очага осуществляется кратчайшим путем, и не происходит диссеминация инфекции по непораженной брюшной полости

## ЗАДАНИЯ ПО АБДОМИНАЛЬНОЙ ТРАВМЕ

*Выберите один правильный вариант ответа*

**1. При закрытой травме живота разрыв полого органа чаще происходит, если последний был:**

*Варианты ответа:*

- а) пустой;
- б) наполненный;
- в) спавшийся;
- г) подвижный;
- д) атоничный.

**2. В диагностике при разрыве печени наиболее информативным методом является:**

*Варианты ответа:*

- а) ирригоскопия;
- б) фиброгастродуоденоскопия;
- в) обзорная рентгенография брюшной полости;
- г) лапароскопия;
- д) пассаж бария.

**3. Симптом «ваньки-встаньки» может выявляться при:**

*Варианты ответа:*

- а) перфорации желудка;
- б) повреждении печени;
- в) ушибе передней брюшной стенки;
- г) опущении почек;
- д) завороте тонкой кишки.

**4. При закрытой травме живота с разрывом мочевого пузыря наиболее информативным методом исследования является:**

*Варианты ответа:*

- а) обзорная рентгенография брюшной полости;
- б) лапароскопия;
- в) цистография;
- г) ирригоскопия;
- д) общий анализ мочи.

**5. Ультразвуковое исследование наиболее информативно при:**

*Варианты ответа:*

- а) гематомах паренхиматозных органов;

- б) разрывах кишечника;
- в) разрывах мочевого пузыря;
- г) ранениях желудка;
- д) ранениях двенадцатиперстной кишки.

**6. При торакоабдоминальной травме всегда имеется повреждение:**

*Варианты ответа:*

- а) диафрагмы;
- б) плевры;
- в) органов брюшной полости;
- г) легких;
- д) пищевода.

**7. Наиболее часто повреждающийся при абдоминальной травме паренхиматозный орган:**

*Варианты ответа:*

- а) селезенка;
- б) мочевого пузыря;
- в) почки;
- г) печень;
- д) желудок.

**8. Временная остановка кровотечения из печени — прием ...**

*Варианты ответа:*

- а) Пирогова;
- б) Образцова;
- в) Ру;
- г) Спасокукоцкого;
- д) Прингла.

**9. Исчезновение печеночной тупости во время проведения перкуссии при повреждении полого органа — это симптом ...**

*Варианты ответа:*

- а) Спигарного;
- б) Ровзинга;
- в) Склярова;
- г) Воскресенского;
- д) Кера.

**10. Доступ Кохера может применяться при оперативном лечении повреждений:**

*Варианты ответа:*

- а) селезенки;

- б) печени;
- в) мочевого пузыря;
- г) почек;
- д) поджелудочной железы.

**11. Небольшие размеры повреждения кожи при значительной глубине раневого канала характерны для:**

*Варианты ответа:*

- а) колотого ранения;
- б) резаного ранения;
- в) рубленого ранения;
- г) рваного ранения;
- д) ушибленного ранения;

**12. Основным симптомом при абдоминальной травме:**

*Варианты ответа:*

- а) рвота;
- б) слабость, головокружение;
- в) боль в животе;
- г) стул с примесью крови;
- д) дизурические расстройства.

**13. Исследование при подозрении на повреждение почки или мочевого пузыря:**

*Варианты ответа:*

- а) обзорная рентгенография брюшной полости;
- б) фиброгастродуоденоскопия;
- в) диагностическая лапароскопия;
- г) экскреторная урография;
- д) ирригоскопия.

**14. Шов, используемый при ушивании разрывов печени:**

*Варианты ответа:*

- а) шов Шмидена;
- б) шов Ламбера;
- в) шов Кюнео;
- г) шов Кузнецова — Пенского;
- д) шов Мультиановского.

**15. Наиболее частым осложнением при травмах поджелудочной железы является:**

*Варианты ответа:*

- а) ретроперитонеальная гематома;

- б) острый панкреатит;
- в) гемоперитонеум;
- г) псевдокиста;
- д) диффузный перитонит.

**16. При повреждении поджелудочной железы с разрывом главного панкреатического протока наиболее информативным способом диагностики является:**

*Варианты ответа:*

- а) ретроградная холангиопанкреатикография;
- б) сцинтиграфия;
- в) ультразвуковое исследование;
- г) компьютерная томография;
- д) определение амилазы в моче.

**17. При открытой травме всегда имеется нарушение целостности:**

*Варианты ответа:*

- а) брюшины;
- б) апоневроза;
- в) внутренних органов;
- г) кожи;
- д) мышц передней брюшной стенки.

**18. Вульнерография — это ...**

*Варианты ответа:*

- а) обзорная рентгенография брюшной полости;
- б) рентгеноконтрастное исследование мочевыводящих путей;
- в) эндоскопическое исследование желудка;
- г) рентгеноконтрастное исследование желчевыводящих путей;
- д) рентгеноконтрастное исследование раневого канала.

**19. После операций по поводу травм двенадцатиперстной кишки оптимальным методом профилактики образования свища является:**

*Варианты ответа:*

- а) устранение водно-электролитных нарушений;
- б) декомпрессия;
- в) дренирование брюшной полости;
- г) антибактериальная терапия;
- д) парентеральное питание.

**20. Среди повреждений почки консервативно лечится:**

*Варианты ответа:*

- а) паранефральная урогематома;
- б) ушиб почки;

- в) размозжение почки;
- г) отрыв почки от сосудистой ножки;
- д) повреждение магистральных сосудов почки.

**21. Травма мочевого пузыря чаще сочетается:**

*Варианты ответа:*

- а) с переломом костей таза;
- б) с повреждением печени;
- в) с разрывом селезенки;
- г) с повреждением тонкой кишки;
- д) с черепно-мозговой травмой.

**22. При колотых ранениях живота чаще повреждается:**

*Варианты ответа:*

- а) тонкая кишка;
- б) желудок;
- в) печень;
- г) селезенка;
- д) поджелудочная железа.

**23. При интраоперационном выявлении субкапсулярной гематомы печени без разрыва паренхимы показана:**

*Варианты ответа:*

- а) пункция и аспирация гематомы;
- б) насечение капсулы и эвакуация гематомы;
- в) эвакуация гематомы и диатермокоагуляция зоны печеночной деструкции;
- г) дренирование брюшной полости;
- д) резекция печени в пределах здоровых тканей.

**24. Лучшим диагностическим методом при травмах печени является:**

*Варианты ответа:*

- а) компьютерная томография;
- б) ультразвуковое исследование;
- в) ангиография;
- г) лапароцентез;
- д) лаваж брюшной полости.

**25. При подозрении на повреждение мочеиспускательного канала оптимальным методом диагностики является:**

*Варианты ответа:*

- а) ультразвуковое исследование;
- б) компьютерная томография;
- в) уретрография;

- г) экскреторная урография;
- д) колоноскопия.

**26. Наиболее частым осложнением после операций по поводу травм печени является:**

*Варианты ответа:*

- а) печеночная недостаточность;
- б) внутрибрюшное кровотечение;
- в) интраперитонеальный абсцесс;
- г) гемобилия;
- д) желчный свищ.

**27. Хирургическая тактика при центральной гематоме печени:**

*Варианты ответа:*

- а) вскрытие и дренирование гематомы;
- б) лигирование общей печеночной артерии;
- в) пункционная эвакуация гематомы;
- г) динамическое наблюдение за больным;
- д) дренирование брюшной полости.

**28. Наибольшей травматичностью характеризуются:**

*Варианты ответа:*

- а) рубленые раны;
- б) колотые раны;
- в) огнестрельные раны;
- г) ушибленные раны;
- д) рваные раны.

**29. Операция выбора при лечении травматических повреждений желчного пузыря:**

*Варианты ответа:*

- а) холецистэктомия;
- б) ушивание дефекта стенки желчного пузыря;
- в) холецистостомия;
- г) холецистоеюностомия;
- д) холецистогастростомия.

**30. Для внутрибрюшного кровотечения характерен:**

*Варианты ответа:*

- а) симптом Бартомье — Михельсона;
- б) симптом обуховской больницы;
- в) симптом Спиджарного;
- г) симптом «ваньки-встаньки»;
- д) симптом Склярова.

**31. Методика «шарящего катетера» применяется при выполнении:**

*Варианты ответа:*

- а) катетеризации мочевого пузыря;
- б) лапароцентеза;
- в) диагностической лапароскопии;
- г) венепункции;
- д) ректороманоскопии.

**32. Наиболее часто применяемая операция при разрывах селезенки:**

*Варианты ответа:*

- а) ушивание разрыва селезенки;
- б) сегментарная резекция селезенки;
- в) тампонада разрыва селезенки сальником;
- г) лапароскопическая спленэктомия;
- д) лапаротомическая спленэктомия;

**33. Раны, характеризующиеся большой протяженностью, линейным направлением и ровными краями:**

*Варианты ответа:*

- а) резаные;
- б) колотые;
- в) рваные;
- г) рубленые;
- д) ушибленные.

**34. От сильного удара тупого предмета возникают раны:**

*Варианты ответа:*

- а) колотые;
- б) рваные;
- в) ушибленные;
- г) резаные;
- д) рубленые.

**35. Дистальная резекция поджелудочной железы показана при:**

*Варианты ответа:*

- а) повреждении головки поджелудочной железы;
- б) повреждении тела поджелудочной железы;
- в) повреждении вирсунгова протока;
- г) повреждении добавочного протока;
- д) повреждении хвоста поджелудочной железы.

**36. Наличие у пациента помимо травмы живота термического поражения свидетельствует о ...**

*Варианты ответа:*

- а) комбинированной травме;



- б) сочетанной травме;
- в) торакоабдоминальной травме;
- г) изолированной травме;
- д) закрытой травме.

**37. Симптом Джойса — укорочение перкуторного звука, границы которого не меняются при изменении положения тела — характерный признак ...**

*Варианты ответа:*

- а) разрыва полого органа;
- б) забрюшинной гематомы;
- в) травме селезенки;
- г) травме печени;
- д) разрыва мочевого пузыря.

**38. Проникающее ранение отличается от непроникающего наличием повреждения:**

*Варианты ответа:*

- а) кожных покровов;
- б) брюшины;
- в) внутренних органов;
- г) сальника;
- д) апоневроза.

**39. Игла Вереша используется при проведении:**

*Варианты ответа:*

- а) лапароцентеза;
- б) торакоцентеза;
- в) диагностической лапароскопии;
- г) лапаротомии;
- д) дренирования брюшной полости.

**40. Наиболее надежный способ определения наличия свободного газа в брюшной полости:**

*Варианты ответа:*

- а) ультразвуковое исследование;
- б) фиброгастроскопия;
- в) лапароцентез;
- г) обзорная рентгенография брюшной полости;
- д) экскреторная урография.

## ОТВЕТЫ С ПОЯСНЕНИЯМИ

№ п/п	Вариант ответа	Пояснение к ответу
1	б	Разрыв чаще наблюдается при наполненном полom органе за счет гидродинамического эффекта (удара)
2	г	Диагностическая лапароскопия является наиболее эффективным диагностическим мероприятием при разрыве печени, т.к. позволяет визуально оценить характер повреждений печени с возможностью детального осмотра органа путем изменения положения пациента на операционном столе или постановки дополнительного манипулятора
3	б	Симптом «ваньки-встаньки», возникающий при внутрибрюшном кровотечении, характерен для повреждения печени
4	в	Цистография (рентгенконтрастное исследование мочевого пузыря) — «золотой стандарт» диагностики повреждений мочевого пузыря, позволяющий выявить нарушение его целостности, провести дифференциальную диагностику между внутри- и внебрюшинным разрывами, установить наличие и локализацию затёков
5	а	Ультразвуковое исследование является информативным методом диагностики повреждений паренхиматозных органов, например печени (субкапсулярные или центральные гематомы)
6	а	Е. А. Вагнер в своей монографии «Хирургия повреждений груди» писал, что «к торакоабдоминальным ранениям относятся повреждения, при которых нарушается целостность диафрагмы и вскрываются две полости — плевральная и брюшная»
7	г	Из паренхиматозных органов наиболее часто наблюдаются повреждения печени, что связано с большими размерами органа, близким прилеганием к передней брюшной стенке, относительной «хрупкостью» глиссоновой капсулы и т. д.
8	д	Прием Прингла (временное пережатие печёчно-двенадцатиперстной связки), внедренный в 1908 г. ирландским хирургом Принглом, используется при операциях по поводу повреждений печени
9	а	Симптом Спижарного (названный по имени российского хирурга И. К. Спижарного) — исчезновение печеночной тупости во время проведения перкуссии — является признаком повреждения полого органа

№ п/п	Вариант ответа	Пояснение к ответу
10	б	Доступ Кохера (разрез в правом подреберье от верхушки мечевидного отростка на два пальца ниже реберной дуги и параллельно ей) может применяться при оперативном лечении травм печени
11	а	Колотые ранения, возникающие при воздействии длинного и острого предмета (шило, гвоздь и т. д.), отличаются небольшими размерами входного отверстия и длинным и узким раневым каналом
12	в	В ответ на любое повреждение (в т. ч. и абдоминальную травму) возникает боль как основной симптом и защитная сигнальная реакция организма
13	г	Экскреторная урография (рентгенконтрастный метод исследования почек и мочевыводящих путей) позволяет определить сторону повреждения, анатомическое и функциональное состояние травмированной и противоположной почек
14	г	При ушивании разрывов печени может использоваться шов Кузнецова-Пенского. Суть этого шва состоит в следующем: всю ткань печени прошивают двойной разноцветной рассасывающейся нитью П-образным (матрачным) швом, при этом с каждой стороны нить не затягивают, а оставляют длинные петли. После прошивания всей поверхности оставленные петли нитей рассекают: одну лигатуру светлую по верхней поверхности, другую темную — по нижней поверхности. После такого рассечения образуются П-образные швы с концами лигатур по верхней и нижней поверхности
15	б	В патогенезе развития посттравматического панкреатита основную роль занимает высвобождение цитокиназы, активирующей протеолитические ферменты. К этому добавляется токсическое действие алкоголя, если травма была получена в состоянии алкогольного опьянения. Сочетание этих факторов приводит к тому, что процесс аутолиза и некроза поджелудочной железы осуществляется особенно бурно и распространяется на окружающие ткани
16	а	Ретроградная холангиопанкреатикография (рентгенконтрастное эндоскопическое исследование желчных протоков и протоков поджелудочной железы) позволяет диагностировать повреждения главного панкреатического (вирсунгова) протока

№ п/п	Вариант ответа	Пояснение к ответу
17	г	Критерием различия открытой и закрытой травмы является целостность кожных покровов: если она нарушена, то травма называется открытой, если не нарушена — закрытой
18	д	Вульнерография (от лат. vulnus — рана) — введение водорастворимого контрастного вещества в раневую канал с последующей рентгенографией
19	б	Декомпрессия в послеоперационном периоде дает необходимый «функциональный покой» двенадцатиперстной кишке и является способом профилактики образования дуоденальных свищей
20	б	Ушиб почки не требует оперативного вмешательства и лечится консервативно ввиду отсутствия повреждения капсулы и магистральных сосудов почки
21	а	Травмы мочевого пузыря чаще сочетаются с переломом костей таза, что связано с их близким анатомическим расположением, и, как следствие, возможностью повреждения мочевого пузыря костными отломками при переломе костей таза
22	а	Большая протяженность тонкой кишки и равномерное распределение ее петель по брюшной полости обуславливают большую вероятность повреждения тонкой кишки при колотых ранениях живота
23	г	Наличие субкапсулярной гематомы печени без разрыва паренхимы, выявленной интраоперационно, не требует проведения каких-либо оперативных вмешательств на печени, поэтому органичиваются дренированием брюшной полости
24	а	Компьютерная томография является наиболее информативным и чувствительным методом в диагностике повреждений паренхиматозных органов, в т. ч. печени (по сравнению с ультразвуковым исследованием и другими методами)
25	в	Уретрография — контрастное рентгеновское исследование мочеиспускательного канала — является методом выбора в диагностике повреждений мочеиспускательного канала
26	б	Наиболее частым осложнением после операций по поводу травм печени является внутрибрюшное кровотечение, которое может быть обусловлено как неадекватным оперативным вмешательством непосредственно после травмы, так и дефицитом витамина К и нарушением протромбинообразовательной функции печени

№ п/п	Вариант ответа	Пояснение к ответу
27	г	Выявление у пациента с абдоминальной травмой центральной гематомы печени без признаков разрыва капсулы не является показанием для экстренного оперативного вмешательства, а требует динамического наблюдения
28	в	Наибольшей травматичностью обладают огнестрельные раны, потому что они характеризуются не только наличием зоны мертвых тканей вокруг раневого канала (первичный некроз), но и образованием в последующие часы и дни после ранения новых участков мертвых тканей в области, значительно большей области раневого канала (вторичный некроз)
29	а	Холецистэктомия является методом выбора при травматических повреждениях желчного пузыря, т. к. позволяет избежать послеоперационных осложнений при ушивании дефектов желчного пузыря (желчного перитонита и т. д.)
30	г	Для внутрибрюшного кровотечения характерно состояние пациента, характеризующееся резкими болями в животе, уменьшающимися в положении сидя. При изменении положения пациента из лежачего в сидячее положение развивается резкий приступ головокружения с возможной потерей сознания. Этот симптом носит название симптома «ваньки-встаньки»
31	б	Суть методики «шарящего катетера» сводится к следующему: через троакар после проведения лапароцентеза вводится трубка от системы переливания крови, на конце которой вырезаются несколько отверстий диаметром 3–4 мм. Катетер вводится по направлению к печени, к селезенке, в левый боковой канал, в малый таз, в правый боковой канал для того, чтобы определить наличие крови. Данную методику можно дополнить перитонеальным лаважем
32	д	Наиболее часто при разрывах селезенки проводится открытая (лапаротомная) спленэктомия, что связано с большой интенсивностью кровотечения и необходимостью его быстро остановить, труднодоступностью органа, высоким риском усиления кровотечения при попытке ушивания разрывов селезенки
33	а	Резаные раны характеризуются ровными и неосажденными краями, острыми концами, линейным направлением. Также для резаных ран характерно преобладание длины над глубиной, а также чаще значительным наружным кровотечением

№ п/п	Вариант ответа	Пояснение к ответу
34	в	Ушибленные раны возникают при воздействии тупого жесткого предмета с широкой повреждающей поверхностью. Эти раны характеризуются неправильной формой и неровными краями
35	д	Дистальная резекция поджелудочной железы — левосторонняя резекция хвоста и тела железы различного объема — показана при повреждении хвоста поджелудочной железы. Первое упоминание об операции дистальной резекции поджелудочной железы связано с именем Trendelenburg, выполнившим ее в 1882 г.
36	а	Комбинированная травма — повреждения, возникающие от воздействия механических и одного и более немеханических факторов — термических, химических, радиационных (например, перелом костей в сочетании с ожогами; раны, ожоги и радиоактивные поражения и др.)
37	б	Ограниченные участки притупления при перкуссии живота, не изменяющие своих границ при перемене положения тела больного (симптом Джойса) выявляются при забрюшинной гематоме. Это отличает забрюшинную гематому от свободной жидкости в брюшной полости, которая перемещается при перемене положения тела
38	б	Критерием различия проникающей и непроникающей раны является целостность брюшины: если она нарушена, то ранение называется проникающим, если не нарушена — непроникающим
39	в	Игла Вереша используется при проведении диагностической лапароскопии для создания пневмоперитонеума
40	г	Свободный газ в брюшной полости выявляется при рентгенологическом исследовании органов брюшной полости в виде серповидного просветления под правым куполом диафрагмы

## ЗАДАНИЯ ПО ХИРУРГИЧЕСКИМ ОСЛОЖНЕНИЯМ САХАРНОГО ДИАБЕТА

*Выберите один правильный вариант ответа*

**1. Уровень глюкозы в капиллярной крови в норме равен:**

*Варианты ответа:*

- а) 3,3–5,5 ммоль/л;
- б) 1,2–4,7 ммоль/л;
- в) 5,6–6,1 ммоль/л;
- г) 7,8–11,1 ммоль/л;
- д) 4,3–6,7 ммоль/л.

**2. При сахарном диабете особенностью раневого процесса является:**

*Варианты ответа:*

- а) постепенно развивающаяся деструкция тканей;
- б) неклостридиальная анаэробная инфекция может протекать с ареактивными местными признаками;
- в) быстрое заживление ран;
- г) характерны ограниченные гнойные процессы;
- д) при прогрессировании гнойного процесса развивается гипогликемия.

**3. Одной из форм синдрома диабетической стопы является:**

*Варианты ответа:*

- а) бессимптомная;
- б) латентная;
- в) рецидивирующая;
- г) нейроишемическая;
- д) хроническая.

**4. Одной из форм синдрома диабетической стопы является:**

*Варианты ответа:*

- а) бессимптомная;
- б) нейропатическая;
- в) латентная;
- г) острая;
- д) подострая.

**5. Фазой диабетической остеоартропатии является:**

*Варианты ответа:*

- а) нейропатическая;
- б) нейроишемическая;

- в) хроническая;
- г) бессимптомная;
- д) смешанная.

**6. Диабетическая остеоартропатия Шарко — это ...**

*Варианты ответа:*

- а) деструкция костей и суставов инфекционного характера преимущественно в области стопы, вызванная диабетической ангиопатией;
- б) деструкция костей и суставов инфекционного характера преимущественно в области стопы, вызванная диабетической полинейропатией;
- в) деструкция костей и суставов неинфекционного характера преимущественно в области стопы, вызванная диабетической полинейропатией;
- г) деструкция мягких тканей стопы инфекционного характера, вызванная диабетической ангиопатией;
- д) деструкция мягких тканей стопы неинфекционного характера, вызванная диабетической ангиопатией.

**7. Подострая фаза диабетической остеоартропатии Шарко в среднем длится:**

*Варианты ответа:*

- а) до 3-х мес.;
- б) 3–6 мес.;
- в) 6–12 мес.;
- г) 12–18 мес.;
- д) более 18 мес.

**8. Острая фаза диабетической остеоартропатии Шарко в среднем длится:**

*Варианты ответа:*

- а) до 3-х мес.;
- б) 3–6 мес.;
- в) 6–12 мес.;
- г) 12–18 мес.;
- д) более 18 мес.

**9. Для хронической фазы стопы Шарко характерны:**

*Варианты ответа:*

- а) деформация стопы по типу «стопы-качалки»;
- б) асимметричный отек стопы;
- в) локальная гипертермия на стороне поражения;
- г) покраснение стопы;
- д) формирование pes equinus.



**10. В зависимости от глубины поражения тканей при синдроме диабетической стопы выделяют следующую классификацию:**

*Варианты ответа:*

- а) по Fontaine;
- б) по Wagner;
- в) по Forrest;
- г) по Шарко;
- д) по Шарпу.

**11. Согласно классификации по глубине поражения тканей при синдроме диабетической стопы гангрена пальца, стопы, голени относится к следующей степени:**

*Варианты ответа:*

- а) 1;
- б) 2;
- в) 3;
- г) 4;
- д) 5.

**12. Согласно классификации по глубине поражения тканей при синдроме диабетической стопы глубокое поражение мягких тканей с вовлечением костей и развитием остеомиелитического процесса относится к следующей степени:**

*Варианты ответа:*

- а) 1;
- б) 2;
- в) 3;
- г) 4;
- д) 5.

**13. Показанием к «высокой» ампутации у пациентов с сахарным диабетом является:**

*Варианты ответа:*

- а) распространенный некроз тканей стопы, когда невозможно сохранить ее опороспособность;
- б) нежизнеспособность (гангрена) пальца стопы при нейропатической форме СДС;
- в) гнойный артрит нескольких пальцев стопы в отсутствие критической ишемии конечности;
- г) остеомиелит пальца стопы;
- д) нежизнеспособность части стопы при магистральном кровотоке.

**14. Показанием к «малой» ампутации у пациентов с сахарным диабетом является:**

*Варианты ответа:*

- а) прогрессирующая влажная гангрена стопы;
- б) нежизнеспособность части стопы при нейроишемической форме СДС;
- в) нежизнеспособность части стопы в отсутствие критической ишемии конечности;
- г) распространённый некроз тканей стопы с переходом на голеностопный сустав, когда невозможно сохранить ее опороспособность;
- д) остеомиелит пальца стопы при ишемической форме СДС и невозможности реваскуляризации.

**15. Повреждение магистральных артерий у пациентов, страдающих сахарным диабетом, носит название:**

*Варианты ответа:*

- а) хроническое облитерирующее заболевание артерий нижних конечностей;
- б) синдром диабетической стопы;
- в) диабетическая макроангиопатия;
- г) облитерирующий атеросклероз нижних конечностей;
- д) диабетическая микроангиопатия.

**16. Особенностью течения хирургической патологии при сахарном диабете является:**

*Варианты ответа:*

- а) нарушение процессов свертывания крови в сторону гипокоагуляции;
- б) понижение порога болевой чувствительности;
- в) низкая антибиотикорезистентность;
- г) быстрое развитие почечной недостаточности;
- д) сахарный диабет не влияет на течение хирургической патологии.

**17. Течение хирургической патологии при сахарном диабете имеет следующую особенность:**

*Варианты ответа:*

- а) сахарный диабет не влияет на течение хирургической патологии;
- б) нарушение болевой чувствительности является причиной раннего обращения за медицинской помощью;
- в) иммунологические нарушения проявляются удлинением течения раневого процесса;
- г) низкая антибиотикорезистентность;
- д) острая хирургическая патология органов брюшной полости реже осложняется перитонитом.

**18. Процесс формирования диабетической остеоартропатии включает следующую последовательность стадий:**

*Варианты ответа:*

- а) начальная, консолидации, реконструкции;
- б) острая, реконструктивная, хроническая;
- в) острая, хроническая;
- г) начальная, реконструкции, хроническая;
- д) начальная, консолидации, репарации.

**19. Клинически в развитии диабетической остеоартропатии выделяют следующие стадии:**

*Варианты ответа:*

- а) острая, подострая, хроническая;
- б) острая, хроническая;
- в) бессимптомная, острая, хроническая;
- г) острая, хроническая, рецидивирующая;
- д) латентная, молниеносная, острая, хроническая.

**20. Типичными для острой фазы синдрома диабетической стопы являются следующие клинические проявления:**

*Варианты ответа:*

- а) длительность 3–6 мес., асимметричный отек, покраснение стопы, локальная гипертермия;
- б) длительность 6–12 мес., асимметричный отек, покраснение стопы, локальная гипертермия;
- в) длительность 3–6 мес., деформация стопы по типу «стопы-качалки», наличие язвенных дефектов;
- г) длительность до 3-х мес., покраснение и локальная гипертермия на стороне поражения;
- д) длительность более 18 мес., деформация стопы по типу «стопы-качалки».

**21. При псевдоперитоните у пациентов, страдающих сахарным диабетом:**

*Варианты ответа:*

- а) показано экстренное оперативное лечение;
- б) причиной является раздражение узлов солнечного сплетения;
- в) возникает внезапно на фоне удовлетворительного состояния пациента;
- г) при осмотре отмечается доскообразный живот;
- д) протекает молниеносно, высокая летальность.

**22. Одной из наиболее частых причин острого желудочно-кишечного кровотечения у пациентов на фоне декомпенсации сахарного диабета является:**

*Варианты ответа:*

- а) острая язва желудка;
- б) острая язва двенадцатиперстной кишки;
- в) варикозное расширение вен пищевода;
- г) геморрагический гастрит;
- д) хроническая язва желудка.

**23. Верным для геморрагического гастрита у пациентов с сахарным диабетом является следующее утверждение:**

*Варианты ответа:*

- а) показано экстренное оперативное лечение;
- б) возникает на фоне компенсированного сахарного диабета;
- в) при ЭФГДС обнаруживается острая язва желудка;
- г) возникновение связано с эндотелиозом сосудов желудка и его атонией;
- д) основной причиной является острая язва двенадцатиперстной кишки.

**24. Лечение геморрагического гастрита у пациентов с сахарным диабетом включает следующее:**

*Варианты ответа:*

- а) экстренное оперативное лечение;
- б) гемостатическая терапия;
- в) голод;
- г) отмена инсулинотерапии;
- д) антихеликобактерная терапия.

**25. Для неклостридиальной анаэробной инфекции у пациентов с сахарным диабетом характерно:**

*Варианты ответа:*

- а) наибольшая болезненность определяется в центре очага;
- б) отделяемое из раны скудное;
- в) мышечная ткань и жировая клетчатка серого цвета;
- г) кожа над некротическим процессом гиперемирована, гипертермична;
- д) пунктируется характерный жидкий гной.

**26. Периоперационный период у пациентов с сахарным диабетом имеет следующие особенности:**

*Варианты ответа:*

- а) требуется более длительная фиксация раны швами;
- б) переход на пероральный прием сахароснижающих препаратов;
- в) осложнения со стороны послеоперационной раны протекают с выраженным болевым синдромом, гипертермией;

г) предпочтительно наложение первичных швов на рану;  
д) общее состояние пациентов при развитии осложнений ухудшается, развивается гипогликемия.

**27. Какова тактика лечения, если у пациента, страдающего сахарным диабетом 1 типа, возникает хирургическое осложнение, сопровождающееся лихорадкой:**

*Варианты ответа:*

- а) инсулин отменяется;
- б) назначаются сахароснижающие средства per os;
- в) суточная доза инсулина уменьшается;
- г) содержание углеводов в пище уменьшается;
- д) получаемая суточная доза инсулина увеличивается.

**28. Для нейропатической язвы характерно:**

*Варианты ответа:*

- а) чувствительность на стопе нарушена;
- б) пульсация на артерии тыла стопы не определяется;
- в) пальпаторно определяется резкая болезненность;
- г) кожные покровы гипертермичны;
- д) язва покрыта сухим черным некротическим струпом.

**29. При флегмоне стопы у пациента с синдромом диабетической стопы показано:**

*Варианты ответа:*

- а) пункция жидкостного скопления, парентеральная антибактериальная терапия;
- б) вскрытие флегмоны под местной анестезией, антибактериальная терапия препаратами per os;
- в) вскрытие флегмоны, некрэктомия в условиях операционной, парентеральная антибактериальная терапия, иммобилизация стопы;
- г) вскрытие флегмоны, некрэктомия под наркозом, парентеральная антибиотикотерапия;
- д) консервативное лечение.

**30. Операция по Шарпу — это ...**

*Варианты ответа:*

- а) трансметатарзальная ампутация стопы;
- б) ампутация в таранно-ладьевидном и пяточно-кубовидном суставах;
- в) ампутация через предплюсне - плюсневый сустав;
- г) экзартикуляция пальцев стопы;
- д) ампутация на уровне верхней трети голени.

**31. Ампутация стопы по Шопару — это ...**

*Варианты ответа:*

- а) ампутация в таранно-ладьевидном и пяточно-кубовидном суставах;

- б) ампутация на уровне верхней трети голени;
- в) ампутация через предплюсне-плюсневый сустав;
- г) трансметатарзальная ампутация стопы;
- д) экзартикуляция пальцев стопы.

**32. Ампутация стопы по Лисфранку — это ...**

*Варианты ответа:*

- а) ампутация в таранно-ладьевидном и пяточно-кубовидном суставах;
- б) трансметатарзальная ампутация стопы;
- в) экзартикуляция пальцев стопы;
- г) ампутация в плюсне-предплюсневом суставе;
- д) ампутация голени в верхней трети.

**33. При синдроме диабетической стопы наиболее оптимальным способом удаления распространенного некроза является ...**

*Варианты ответа:*

- а) химическая некрэктомия;
- б) применение специальных раневых покрытий;
- в) иссечение некроза в условиях перевязочной;
- г) хирургическая некрэктомия в условиях операционной;
- д) кератолитические мази.

**34. Профилактические мероприятия при нейропатической форме синдрома диабетической стопы включают:**

*Варианты ответа:*

- а) ношение свободной, спортивной обуви;
- б) ходьба босиком;
- в) паровые ванны для ног;
- г) ванночки с тонизирующими средствами;
- д) осмотр стоп перед сном.

**35. Наиболее частая локализация трофических язв при нейропатической форме синдрома диабетической стопы:**

*Варианты ответа:*

- а) пяточная область;
- б) подошвенная поверхность;
- в) тыл стопы;
- г) область лодыжек;
- д) кончики пальцев.

**36. Боли в стопах по ночам у пациента, страдающего сахарным диабетом, характерны для:**

*Варианты ответа:*

- а) остеохондроза поясничного отдела позвоночника;

- б) диабетической остеоартропатии;
- в) диабетической микроангиопатии;
- г) диабетической периферической полинейропатии;
- д) диабетической макроангиопатии.

**37. Наиболее информативным методом диагностики диабетической макроангиопатии является:**

*Варианты ответа:*

- а) термография;
- б) оксиметрия;
- в) ангиография;
- г) реовазография;
- д) ультразвуковая доплерография.

**38. Наиболее частая локализация язв при ишемической форме синдрома диабетической стопы:**

*Варианты ответа:*

- а) тыл стопы;
- б) кончики пальцев;
- в) область лодыжек;
- г) пяточная область;
- д) подошвенная поверхность.

**39. Консервативное лечение флегмоны при синдроме диабетической стопы включает:**

*Варианты ответа:*

- а) прием антибактериальных и сахароснижающих препаратов per os;
- б) парентеральная антибиотикотерапия, прием пероральных сахароснижающих препаратов per os;
- в) перевод на инсулинотерапию, парэнтеральная антибактериальная терапия;
- г) отмена приема сахароснижающих препаратов, парэнтеральная антибактериальная терапия;
- д) инсулинотерапия, антибактериальная терапия не показана.

**40. Уровень глюкозы в венозной крови в норме равен:**

*Варианты ответа:*

- а) 3,3–5,5 ммоль/л;
- б) 3,5–6,1 ммоль/л;
- в) 6,1–7,8 ммоль/л;
- г) 1,2–4,7 ммоль/л;
- д) 4,3–6,7 ммоль/л.

## ОТВЕТЫ С ПОЯСНЕНИЯМИ

№ п/п	Вариант ответа	Пояснение к ответу
1	а	Согласно сведениям ВОЗ нормальный уровень глюкозы в <u>капиллярной крови</u> натощак у пациентов от 14 лет и старше должен быть в следующих пределах: 3,3–5,5 ммоль/л
2	б	Анаэробная неклостридиальная инфекция у больных сахарным диабетом протекает ареактивно с гипергликемией, глюкозурией, ацетонурией, кетоацидозом и тромбообразованием. В центре очага инфекции болезненность отсутствует. Она определяется пальпаторно только по периферии очага
3	г	Исходя из преобладания в патогенезе нейропатических или перфузионных нарушений, выделяют 3 основные формы синдрома диабетической стопы (ВОЗ, 1991 г): нейропатическая, нейроишемическая (смешанная), ишемическая
4	б	Исходя из преобладания в патогенезе нейропатических или перфузионных нарушений, выделяют 3 основные формы синдрома диабетической стопы (ВОЗ, 1991 г): нейропатическая, нейроишемическая (смешанная), ишемическая
5	в	Согласно общепринятой классификации выделяют острую (до 6 месяцев), подострую (6–12 мес.) и хроническую (более 12 мес.) <u>фазы</u> стопы Шарко
6	в	Остеоартропатия Шарко представляет собой деструкцию костей и суставов <u>неинфекционного</u> характера преимущественно в области стопы, вызванную диабетической полинейропатией. В патогенезе выделяют 2 механизма: нейротравматический (дезинтеграции костно-суставной структуры стопы) и нейрососудистый (остеоартропатия как следствие патологически усиленного кровотока в костной ткани, обусловленного нарушением иннервации сосудов и неконтролируемой гиперактивацией остеокластов)
7	в	Согласно общепринятой классификации выделяют острую (до 6 месяцев), подострую (6–12 мес.) и хроническую (более 12 мес.) <u>фазы</u> стопы Шарко
8	б	Согласно общепринятой классификации выделяют острую (до 6 месяцев), подострую (6-12 месяцев) и хроническую (более 12 мес.) <u>фазы</u> стопы Шарко



№ п/п	Вариант ответа	Пояснение к ответу
9	а	Клиническим проявлением хронической фазы является характерная деформация стопы, чаще по типу «стопы-качалки» или «пресс-папье»
10	б	Классификация СДС по Wagner предусматривает выделение 5 степеней по глубине поражения мягких тканей
11	д	Согласно классификации СДС по Wagner обширная гангрена относится к 5 степени по глубине поражения
12	в	Согласно классификации СДС по Wagner глубокое поражение мягких тканей с вовлечением костей и развитием остеомиелитического процесса относится к 3 степени по глубине поражения
13	а	«Высокая» ампутация показана при: распространенном некрозе тканей стопы (с переходом на голеностопный сустав, голень и выше), когда невозможно сохранить ее опороспособность, нежизнеспособности части стопы при критической ишемии конечности и невозможности реваскуляризации, прогрессирующей влажной гангрене стопы, нарастающих явлениях полиорганной недостаточности с угрозой развития сепсиса на фоне сохраняющейся интоксикации
14	в	Показанием к «малой» ампутации относится нежизнеспособность одного или нескольких пальцев или части стопы (гангрена, остеомиелит, гнойный артрит) в отсутствие критической ишемии конечности.
15	в	Диабетическая макроангиопатия — генерализованные атеросклеротические изменения, развивающиеся в артериях среднего и крупного калибра на фоне длительного течения сахарного диабета
16	г	При хирургической патологии на фоне сахарного диабета быстрее развиваются сердечно-сосудистая, дыхательная, почечная недостаточность, как следствие уже имеющегося поражения этих систем при сахарном диабете
17	в	При гипергликемии аскорбат не поступает в фибробласты и лейкоциты, а недостаточное обеспечение их энергетических потребностей приводит к нарушению функций. Замедленная миграция лейкоцитов в область повреждения, низкая активность нейтрофилов и макрофагов замедляют очищение от нежизнеспособных и мертвых тканевых элементов. Нарушение пролиферации фибробластов и эндотелиальных клеток, снижение синтезирую-

№ п/п	Вариант ответа	Пояснение к ответу
		щей активности клеток приводит к уменьшению отложение коллагена и снижению его прочности, отмечается замедленная реорганизация соединительной ткани и формирование рубца, вялая эпителизация. Таким образом, изменения клеточного и гуморального иммунитета существенно влияют на течение раневого процесса, удлинняя обе его фазы
18	а	Процесс формирования остеоартропатии можно разделить на три стадии: 1-начальная. Характеризуется острой деструкцией сустава с остеохондральной фрагментацией, растяжением капсулы сустава, дисторсией связочного аппарата и подвывихами. 2-стадия консолидации-сопровождается резорбцией большинства костных фрагментов и их спаиванием с подлежащей костью. 3-стадия реконструкции-проявляется ремоделированием кости, уменьшается склероз, происходит частичное восстановление архитектоники сустава
19	а	Согласно общепринятой классификации выделяют острую (до 6 мес.), подострую (6–12 мес.) и хроническую (более 12 мес.) <u>фазы</u> стопы Шарко
20	а	Типичными клиническими проявлениями стопы Шарко в острую фазу являются: ассиметричный отек стопы; покраснение стопы; локальная гипертермия на стороне поражения. Острая фаза длится в среднем до 6 месяцев
21	б	Причины интенсивной боли в животе при диабетическом кетоацидозе до сих пор окончательно не установлены. Некоторые авторы связывают боль в животе с раздражением узлов солнечного сплетения и спазмом сосудов брюшины
22	г	Геморрагический гастрит связан с эндотелиозом сосудов желудка и его атонией на почве кетоацидоза с накоплением в крови избытка гистамина и гистаминоподобных веществ, вызывающих повышение проницаемости сосудов желудка. Возникновение эрозий слизистой оболочки желудка обусловлено гиперсекрецией желудочного сока в ответ на выброс глюкагона, ухудшением кровоснабжения атоничного желудка и уменьшением слизеобразования. Кровотечению из эрозий желудка способствует снижение свертываемости крови вследствие гиперацидности и инактивации тромбина в кислой среде

№ п/п	Вариант ответа	Пояснение к ответу
23	г	Геморрагический гастрит связан с эндотелиозом сосудов желудка и его атонией на почве кетоацидоза с накоплением в крови избытка гистамина и гистаминоподобных веществ, вызывающих повышение проницаемости сосудов желудка. Возникновение эрозий слизистой оболочки желудка обусловлено гиперсекрецией желудочного сока в ответ на выброс глюкагона, ухудшением кровоснабжения атоничного желудка и уменьшением слизиобразования. Кровотечению из эрозий желудка способствует снижение свертываемости крови вследствие гиперацидности и инактивации тромбина в кислой среде
24	б	Оперативное вмешательство на фоне декомпенсации сахарного диабета является тактической ошибкой и может усугубить состояние больного. Проводится комплексная медикаментозная терапия: экстренная интенсивная терапия кетоацидоза (инсулинотерапия, коррекция водно-солевого баланса и кислотно-щелочного состояния); гемостатическая терапия; препараты, снижающие желудочную секрецию, обволакивающие препараты, антациды
25	б	Анаэробная неклостридиальная инфекция — это хирургическая инфекция, которая сопровождается гнилостным распадом тканей. Вскрытие очага сопровождается «провалом» скальпеля с выделением характерного скудного отделяемого со сладковатым неприятным запахом
26	а	Изменения клеточного и гуморального иммунитета существенно влияют на течение раневого процесса, удлиняя обе его фазы. Отмечается замедленная реорганизация соединительной ткани и формирование рубца, вялая эпителизация
27	д	Наличие гнойного очага у пациента с сахарным диабетом приводит к развитию воспалительного ацидоза, инактивации инсулина накапливающимися в этом очаге микробными токсинами и протеолитическими ферментами разрушенных лейкоцитов. Это приводит к декомпенсации сахарного диабета
28	а	В результате полинейропатии снижается болевая и тактильная чувствительность на стопах
29	в	Следует проводить полноценную хирургическую обработку гнойного очага с тщательной некрэктомией, дренированием всех затеков и «карманов». Для этих целей

№ п/п	Вариант ответа	Пояснение к ответу
		лучше применить общее обезболивание или спинномозговую анестезию. Антибиотики следует назначать в адекватных дозах с соблюдением оптимального пути введения и режима дозирования. Разгрузка стопы улучшит условия заживления раны
30	а	Операция Шарпа заключается в ампутации плюсневых костей на их протяжении. Подошвенный лоскут очерчивается разрезом у головок плюсневых костей. Длина его должна быть достаточной, чтобы покрыть всю культю. Рубец следует располагать на тыле
31	а	При операции Шопара экзартикуляция стопы производится в шопаровском сочленении (через таранно-ладьевидный и пяточно-кубовидный суставы) и от всей стопы остаются в культе только пяточная и таранная кости
32	г	Операция Лисфранка заключается в вылущении стопы между костями плюсны и предплюсны. Подошвенный лоскут выкраивается в пределах головок плюсневых костей или тотчас же центральнее их. Тыльный лоскут располагается над основанием плюсневых костей. Препятствие для ампутации создается мощной V-образной связкой, соединяющей первую клиновидную кость с основанием второй плюсневой. Вторая плюсневая кость будет плотно фиксирована, пока эта связка не будет перерезана. Этот отдел называется ключом Лисфранка
33	г	Полноценная хирургическая обработка распространенного некроза должна включать некрэктомию с тщательной ревизией и дренированием всех затеков и «карманов» при их наличии. Для этих целей лучше применить общее обезболивание или спинномозговую анестезию
34	д	Обязательным обследованием при синдроме диабетической стопы является осмотр стоп перед сном на наличие трещин, ссадин и других раневых дефектов, а также оценить цвет кожных покровов стопы
35	б	Характерная деформация стоп, развивающаяся при синдроме диабетической стопы, ведет к резкому повышению плантарного давления, развиваются «молоткообразная» и «когтевидная» деформация пальцев. Это увеличивает давление на головки метатарзальных костей, на дорзальную поверхность межфаланговых суставов пальцев. Ограничение разгибания 1 пальца также предрасполагает к развитию язвы

№ п/п	Вариант ответа	Пояснение к ответу
36	г	Полинейропатия при сахарном диабете характеризуется диффузным поражением нервных волокон и относительно симметричной симптоматикой. Наиболее часто клинические проявления включают парестезии (онемение, покалывание, жжение, чувство «ползания мурашек» и др.), судороги, нарушение рефлексов, болевой синдром, трофические язвы
37	в	Ангиография является золотым стандартом диагностики хронических ишемических заболеваний нижних конечностей, обладает высокой разрешающей способностью и позволяет в некоторых случаях сразу перейти к оперативному лечению
38	б	Ишемическая форма синдрома диабетической стопы обусловлена поражением магистральных сосудов атеросклерозом с образованием кальцинатов по всему периметру артерий, сужением их просвета и затруднением кровотока. Это, в первую очередь, приводит к возникновению ишемического некроза в области пальцев стопы
39	в	На фоне гнойно-воспалительных процессов у пациентов с сахарным диабетом возникает склонность к декомпенсации углеводного обмена, что требует перевода пациента на инсулины короткого действия. Антибиотики следует назначать в адекватных дозах с соблюдением оптимального пути введения и режима дозирования
40	б	Согласно сведениям ВОЗ нормальный уровень глюкозы в <u>венозной крови</u> натощак у пациентов от 14 лет и старше должен быть в следующих пределах: 3,5–6,1 ммоль/л

## ЛИТЕРАТУРА

### Основная

1. Хирургические болезни: учебник / под ред. М. И. Кузина. — 4-е изд., перераб. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. — 992 с.
2. Хирургические болезни: учебник с компакт-диском для мед. вузов: в 2 т. / под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириленко. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. — Т. 1. — 601 с.
3. Хирургические болезни: учебник с компакт-диском для мед. вузов: в 2 т. / под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириленко. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. — Т. 2. — 397 с.
4. Хирургические болезни [Электронный ресурс]: приложение к учебнику на компакт-диске / под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириленко. — Электрон. дан. и прогр., видеofilмы, интерактивные тесты, полноцветный атлас по хирургической анатомии. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. — 1 электрон. опт. диск (CD-ROM): зв., цв. — Систем. требования: Microsoft Internet Explorer версии 6.0 или более новой; Windows XP; 101 МВ ОЗУ. — Загл. с этикетки диска.
5. Sabiston textbook of surgery: the biological basis of modern surgical practice / [ed. by] Courtney M. Townsend [et al.]. — 20th ed. — [Philadelphia]: Elsevier, 2017. — 2146 p.
6. Конспект лекций по хирургическим болезням.
7. Электронный учебно-методический комплекс по учебной дисциплине «Хирургические болезни» для студентов 5 курса специальности 1-79 01 01 Лечебное дело.
8. Электронный учебно-методический комплекс по учебной дисциплине «Хирургические болезни» для студентов 6 курса специальности 1-79 01 01 Лечебное дело.

### Дополнительная

1. Абдоминальная хирургическая инфекция: клиника, диагностика, антимикробная терапия: практ. рук-во / под ред. В. С. Савельева, Б. Р. Гельфинда. — М., 2006. — 168 с.
2. Алгоритмы специализированной медицинской помощи больным сахарным диабетом / под ред. И. И. Дедова, М. В. Шестаковой. — М.: Информполиграф, 2013. — 120 с.
3. Аничкин, В. В. Послеоперационные осложнения в абдоминальной хирургии: характеристика и методы лечения / В. А. Аничкин, М. Сачек, В. Мартынюк. — Saarbrücken: LAP LAMBERT Academic Publishing, 2014. — 244 с.
4. Аничкин, В. В. Хирургические осложнения паразитарных болезней органов брюшной полости: характеристика и методы лечения / В. В. Аничкин, В. Мартынюк. — Заарбрюкен: Lap Lambert, 2014. — 99 с.

5. Антибактериальная терапия и профилактика хирургической инфекции: справочно-информационное руководство для врачей / под ред. Ю. М. Гаина, С. А. Алексеева, В. А. Стельмаха. — М., 2002. — 894 с.
6. *Аскерханов, Г. Р.* Болезни оперированного желудка / Г. Р. Аскерханов, У. З. Загиров, А. С. Гаджиев. — М.: Медпрактика, 1999. — 152 с.
7. Эндоскопическая абдоминальная хирургия / А. С. Балалыкин [и др.]; под общ. ред. А. С. Балалыкина. — М.: ИМА-пресс, 1996. — 144 с.
8. *Батвинков, Н. И.* Органосохраняющая хирургия язвенной болезни: Практическое пособие / Н. И. Батвинков, Н. Н. Иоскевич. — Гродно, 1995. — 172 с.
9. *Белякин, С. А.* Хроническая абдоминальная ишемия: монография / С. А. Белякин, Е. П. Кохан, Д. А. Мироненко. — М.: БИНОМ, 2014. — 168 с.
10. *Боженков, Ю. Г.* Интенсивная терапия в неотложной хирургии: учеб. пособие / Ю. Г. Боженков, И. Н. Стороженко, А. К. Чернышев. — М.: Медицинская книга, 2001; Н. Новгород: НГМА, 2001. — 225 с.
11. *Войно-Ясенецкий, В. Ф.* Очерки гнойной хирургии / В. Ф. Войно-Ясенецкий. — М. — СПб.: БИНОМ: Невский Диалект, 2000. — 704 с.
12. *Гаврилюк, В. П.* Клинико-иммунологические аспекты аппендикулярного перитонита у детей / В. П. Гаврилюк, А. И. Конопля, А. В. Караулов. — Курск: КГМУ, 2013. — 217 с.
13. *Гаин, Ю. М.* Хирургические болезни. Симптомы и синдромы: учеб. пособие для слушателей системы доп. образ. взрослых по спец. хирургического профиля: в 2 т. / Ю. М. Гаин, Ю. Е. Демидчик. — Минск: БелМАПО, 2013. — Т. 1. — 551 с.
14. *Гаин, Ю. М.* Хирургические болезни. Симптомы и синдромы: учеб. пособие для слушателей системы доп. образ. взрослых по спец. хирургического профиля: в 2 т. / Ю. М. Гаин, Ю. Е. Демидчик. — Минск: БелМАПО, 2013. — Т. 2. — 592 с.
15. *Галлингер, Ю. И.* Эндоскопическая ретроградная механическая литотрипсия при холедохолитиазе: метод. пособие для врачей / Ю. И. Галлингер, М. В. Хрусталева. — М., 2001. — 24 с.
16. *Гарбузенко, Д. В.* Патогенез портальной гипертензии при циррозе печени / Д. В. Гарбузенко // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. — 2002. — Т. 12, № 5. — С. 23–29.
17. *Гостищев, В. К.* Клиническая оперативная гнойная хирургия: руково для врачей / В. К. Гостищев. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. — 448 с.
18. *Готье, С. В.* Трансплантация печени: современное состояние проблемы / С. В. Готье // Альманах ин-та хирургии им. А. В. Вишневского. — 2008. — Т. 3, № 3. — С. 9–17.
19. *Грейс, П.* Наглядная хирургия: учебное пособие / П. Грейс, Н. Борлей, пер. с англ. — М., 2008. — 188 с.
20. *Грекова, Н. М.* Хирургия диабетической стопы / Н. М. Грекова, В. Н. Бордуновский. — М.: Медпрактика. — 2009. — 188 с.

21. *Гринберг, А. А.* Неотложная абдоминальная хирургия / А. А. Гринберг. — М., 2000. — 456 с.
22. *Гришин, И. Н.* Холецистэктомия: практ пособие / И. Н. Гришин. — Минск: Выш. шк., 1989. — 198 с.
23. *Давыдов, Ю. А.* Инфаркт кишечника и хроническая мезентериальная ишемия / Ю. А. Давыдов. — М., 1997. — 208 с.
24. Желчнокаменная болезнь / С. А. Дадвани [и др.]. — М.: Видар-М, 2000. — 144 с.
25. *Ерамышанцев, А. К.* Развитие проблемы хирургического лечения кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка / А. К. Ерамышанцев // *Анн. хир. гепатол.* — 2007. — Т. 12, № 2. — С. 8–16.
26. Гепатобилиарная хирургия: руководство для врачей / В. П. Еременко [и др.]; под общ. ред. Н. А. Майстренко, А. И. Нечая. — СПб.: Специальная литература, 1999. — 268 с.
27. Осложнения в хирургии живота: рук-во для врачей / В. В. Жебровский [и др.]. — М.: Медицинское информационное агентство, 2006. — 448 с.
28. Желудочно-кишечные кровотечения: учеб.-метод. пособие / Б. Б. Осипов [и др.]. — Гомель: ГомГМУ, 2016. — 23 с.
29. *Завада, Н. В.* Неотложная хирургия органов брюшной полости (стандарты диагностики и лечения) / Н. В. Завада. — Минск: БелМАПО, 2006. — 117 с.
30. *Ивашкин, В. Т.* Лечение осложнений цирроза печени: Методические рекомендации для врачей / В. Т. Ивашкин, М. В. Маевская, Е. А. Федосына. — М.: Литтерра, 2011. — 59 с.
31. *Иоскевич, Н. Н.* Практическое руководство по клинической хирургии: Болезни пищеварительного тракта, брюшной стенки и брюшины / Н. Н. Иоскевич; под ред. П. В. Гарелика. — Минск: Выш. шк., 2001. — 685 с.
32. *Иоскевич, Н. Н.* Практическое руководство по клинической хирургии: Болезни органов грудной клетки сосудов, селезенки и эндокринных желез / Н. Н. Иоскевич. — Минск, 2002. — 479с.
33. *Итала, Э.* Атлас абдоминальной хирургии: пер с англ. / Э. Итала. — М.: Мед. Лит, 2007.
34. *Кабешев, Б. О.* Кишечная непроходимость: учеб.-метод. пособие / Б. О. Кабешев. — Гомель: ГомГМУ, 2012. — 52 с.
35. Клиника и диагностика острых кровотечений в просвет органов пищеварительного канала: практическое пособие для врачей / Министерство здрав. РБ, ГУ «РНПЦ РМ и ЭЧ»; сост.: С. А. Дриго, Н. В. Тишкова. — Гомель: ГУ «РНПЦ РМ и ЭЧ», 2014. — 40 с.
36. Клиническая хирургия / Р. Конден [и др.]; под общ. ред. Р. Кондена, Л. Найхуса; пер. с англ. — М.: Практика, 1998. — 716 с.
37. Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т. / под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. — Т. 1. — 864 с.



38. Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т. / под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. — Т. 2. — 832 с.
39. Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т. / под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. — Т. 3. — 1008 с.
40. *Климович, В. В.* Хирургия язвенной болезни желудка / В. В. Климович, А. В. Воробей. — Минск: Полипринт, 2006. — 200 с.
41. Пропедевтика хирургической патологии / А. И. Ковалев [и др.]; под общ. ред. А. И. Ковалева, А. П. Чадаева. — М.: Медицинская книга, 2006. — 640 с.
42. *Козлов, С. Н.* Современная антимикробная химиотерапия: рук. для врачей / С. Н. Козлов, Л. С. Страчунский. — М.: Медицинское информационное агентство, 2009. — 448 с.
43. *Козырев, М. А.* Гастродуоденальные язвы / М. А. Козырев, И. М. Марковская. — Минск: Беларусь, 2007. — 139 с.
44. *Козырев, М. А.* Заболевания печени и желчных путей: учеб. пособие / М. А. Козырев. — Минск: Бел. навука, 2002. — 247 с.
45. Колоректальная хирургия / под ред. Р. К. С. Филлипса; пер. с англ. под ред. Г. И. Воробьева. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 352 с.
46. *Конопля, А. И.* Взаимосвязь иммунометаболических и эритроцитарных нарушений с этиологией острого панкреатита / А. И. Конопля, В. А. Лазаренко, А. Л. Локтионов. — Курск: ГБОУ ВПО КГМУ Минздрава России, 2013. — 161 с.
47. *Корепанов, В. И.* Новые методы операций на пищеводе, желудке и двенадцатиперстной кишке / В. И. Корепанов. — М., 1998. — 77 с.
48. *Королев, Б. А.* Экстренная хирургия желчных путей / Б. А. Королев, Д. Л. Пиковский. — М.: Медицина, 1990. — 240 с.
49. Косинец, А. Н. Инфекция в хирургии: руководство / А. Н. Косинец, Ю. В. Стручков. — Витебск: ВГМУ, 2004. — 510 с.
50. *Косинец, В. А.* Хирургические болезни: пособие для студ. / В. А. Косинец. — Витебск: ВГМУ, 2015. — 200 с.
51. *Кулеша, В. Ф.* Портальная гипертензия: учеб. пособие / В. Ф. Кулеша. — Благовещенск: Амурск. гос. мед. академия. — 2011. — 60 с.
52. *Кэмерон, Д. Л.* Атлас оперативной гастроэнтерологии / Д. Л. Кэмерон, К. Сэндон; пер. с англ. под ред. А. С. Ермолова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 580 с.
53. *Лисицын, К. М.* Неотложная абдоминальная хирургия при инфекционных и паразитарных заболеваниях / К. М. Лисицын, А. К. Ревской. — М.: Медицина, 1988. — 335 с.
54. *Лобанков, В. М.* Осложнения язвенной болезни: учеб.-метод. пособие / В. М. Лобанков, А. А. Призенцов, А. Г. Скуратов. — Гомель: ГомГМУ, 2013. — 46 с.

55. Хирургия язвенной болезни / Ю. Б. Мартов [и др.]. — М.: Мед. лит., 2001. — 264 с.

56. *Минченко, А. Н.* Раны. Лечение и профилактика осложнений: учеб. пособие / А. Н. Минченко; под ред. Н. В. Рухляды. — СПб.: СпецЛит, 2003. — 208 с.

57. *Мюллер, М.* Хирургия для изучения и практики: учеб. пособие: пер.с нем. / М. Мюллер. — Минск, 2006. — 624 с.

58. *Нехаев, А. Н.* Практические навыки в общей хирургии: учеб. пособие / А. Н. Нехаев, Г. П. Рычагов. — Минск: Выш. шк., 2012. — 524.

59. Хирургия желчных путей / Б. Нидерле [и др.]. — Прага: Авиценум, 1982. — 492 с.

60. *Пацiora, М. Д.* Хирургия портальной гипертензии / М. Д. Пацiora. — Ташкент: Медицина, 1984. — 319 с.

61. *Пивченко, П. Г.* Портокавальные и кавакавальные анастомозы и их клиническое значение / П. Г. Пивченко, В. В. Руденок, Т. В. Сахарчук. — Минск: БГМУ. — 2010. — 32 с.

62. *Подолинский, С. Г.* Сахарный диабет в практике хирурга и реаниматолога / С. Г. Подолинский, Ю. Б. Мартов, В. Ю. Мартов. — М.: Медицинская литература, 2008. — 288 с.

63. Послеоперационные осложнения в абдоминальной хирургии: характеристика и методы лечения / В. Аничкин [и др.]. — Saarbrücken: LAP LAMBERT Academic Publishing, 2014. — 244 с.

64. *Призенцов, А. А.* Абдоминальная травма: учеб.-метод. пособие / А. А. Призенцов. — Гомель: ГомГМУ, 2007. — 21 с.

65. *Призенцов, А. А.* Атипичные формы и осложнения острого аппендицита: учеб.-метод. пособие / А. А. Призенцов, А. Г. Скуратов, В. Анджум. — Гомель: ГомГМУ, 2013. — 25 с.

66. *Призенцов, А. А.* Желчнокаменная болезнь и её осложнения: учеб.-метод. пособие / А. А. Призенцов, А. Г. Скуратов, М. Н. Камбалов. — Гомель: ГомГМУ, 2010. — 23 с.

67. *Призенцов, А. А.* Клиническая история болезни хирургического больного: учеб.-метод. пособие / А. А. Призенцов, А. Г. Скуратов. — Гомель: ГомГМУ, 2007. — 16 с.

68. *Призенцов, А. А.* Организация и проведение врачебной клинической производственной практики по хирургии: учеб.-метод. пособие / А. А. Призенцов, А. Г. Скуратов, В. Анджум. — Гомель: ГомГМУ, 2014. — 16 с.

69. *Призенцов, А. А.* Тестовые задания по хирургическим болезням: учеб.-метод. пособие / А. А. Призенцов, А. Г. Скурат. — Гомель: ГомГМУ, 2008. — 82 с.

70. *Призенцов, А. А.* Тестовые задания по хирургическим болезням: учеб.-метод. пособие / А. А. Призенцов, А. Г. Скуратов. — Гомель: ГомГМУ, 2013. — 47 с.

71. 50 лекций по хирургии / Савельев В. С. [и др.]; под общ. ред. В. С. Савельева. — М.: Триада-Х, 2004. — 752 с.

72. Савельев, В. С. Абдоминальный сепсис: современная концепция и вопросы классификации // В. С. Савельев [и др.] // *Анналы хирургии*. — 1999. — № 6. — С. 14–18.

73. Савельев, В. С. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости / под редакцией В. С. Савельева. — М.: Триада-Х, 2005. — 640 с.

74. Лапароскопическая аппендэктомия при беременности / В. П. Сажин [и др.] // *Хирургия*, 2009. — № 2. — С. 12–15.

75. Сахарный диабет в хирургии: учеб.-метод. пособие / М. Ф. Курек [и др.]. — Гомель: ГомГМУ, 2014. — 20 с.

76. Сачек, М. Г. Послеоперационные осложнения в абдоминальной хирургии / М. Г. Сачек, В. В. Аничкин. — Минск: Беларусь, 1986. — 192 с.

77. Синдром портальной гипертензии: учеб.-метод. пособие / А. Г. Скуратов, А. А. Призенцов, М. Ф. Курек, В. Анджум. — Гомель: ГомГМУ, 2014. — 48 с.

78. Механическая желтуха: учеб.-метод. пособие / А. Г. Скуратов [и др.]. — Гомель: ГомГМУ, 2010. — 39 с.

79. Скуратов, А. Г. Перитонит: учеб.-метод. пособие / А. Г. Скуратов, А. А. Призенцов, Б. Б. Осипов. — Гомель: ГомГМУ, 2008. — 32 с.

80. Скуратов, А. Г. Хронический панкреатит и его осложнения: учеб.-метод. пособие / А. Г. Скуратов, А. А. Призенцов, В. Анджум. — Гомель: ГомГМУ, 2013. — 25 с.

81. Справочник по хирургии / С. Шварц [и др.]; под общ. ред. С. Шварца, Дж. Шайерса, Ф. Спенсера; пер. с англ. — СПб.: Питер Пресс, 1999. — 880 с.

82. Беременность и острый аппендицит / А. Н. Стрижаков [и др.] // *Вестник хирургической гастроэнтерологии*. — 2010. — № 3. — С. 4–16.

83. Сухопара, Ю. Н. Основы неотложной лапароскопической хирургии / Ю. Н. Сухопара, Н. А. Майстренко, В. М. Тришин. — СПб.: ЭЛБИ СПб, 2003. — 191 с.

84. Хирургические болезни: учеб. пособие / под ред. В. Н. Шиленка. — 2-е изд., перераб. и доп. — Витебск, 2014. — 467 с.

85. Хирургическая эндокринология: руководство / под ред. А. П. Калинина, Н. А. Майстренко, П. С. Ветшева. — СПб.: Питер, 2004. — 960 с.

86. Черноусов, А. Ф. Хирургия язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки / А. Ф. Черноусов, Т. В. Хоробрых, П. М. Богопольский. — М.: Практическая медицина, 2016. — 352 с.

87. Чистяков, А. А. Хирургическое лечение послеоперационных вентральных грыж: учеб. пособие / А. А. Чистяков, Д. Ю. Богданов. — М.: Медицинское информационное агентство, 2005. — 102 с.

88. Чур, Н. Н. Синдром диабетической стопы. Патогенез, клиника и лечение / Н. Н. Чур. — Минск, 1999. — 256 с.

89. Эффективность лапароскопии в диагностике острого аппендицита / Ю. Г. Шапкин [и др.] // Эндоскопическая хирургия. — 2008. — № 1. — С. 15–18.
90. Шатобалов, В. К. Диагностическая система Alvarado при остром аппендиците / В. К. Шатобалов, Р. Р. Рамазанов // Хирургия. — 2012. — № 4. — С. 36–42.
91. Шебушев, Н. Г. Хирургические заболевания ободочной кишки: метод. рек. для студ. и преподавателей / Н. Г. Шебушев. — Гомель: ГоГМИ, 2003. — 42 с.
92. Современное состояние проблемы хирургического лечения больных портальной гипертензией / А. Г. Шерцингер [и др.] // Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова. — 2013. — № 2. — С. 30–34.
93. Болезни печени по Шиффу. Цирроз печени и его осложнения. Трансплантация печени / Р. Юджин [и др.]; пер. с англ. под ред. В. Т. Ивашкина, С. В. Готье, Я. Г. Мойсюка, М. В. Маевской. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. — 583 с.
94. Шотт, А. В. Курс лекций по частной хирургии / А. В. Шотт, В. А. Шотт. — Минск: Асар, 2004. — 528 с.

**Учебное издание**

**Лызиков** Алексей Анатольевич  
**Призенцов** Антон Александрович  
**Скуратов** Александр Геннадьевич и др.

**ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ  
С ПОЯСНЕНИЯМИ  
ПО ХИРУРГИЧЕСКИМ  
БОЛЕЗНЯМ**

**Учебно-методическое пособие  
для студентов 5 и 6 курсов  
лечебного факультета медицинских вузов**

Редактор *Т. М. Кожемякина*  
Компьютерная верстка *Ж. И. Цырыкова*

Подписано в печать 08.09.2017.  
Формат 60×84<sup>1</sup>/<sub>16</sub>. Бумага офсетная 80 г/м<sup>2</sup>. Гарнитура «Гаймс».  
Усл. печ. л. 10,93. Уч.-изд. л. 11,95. Тираж 140 экз. Заказ № 422.

Издатель и полиграфическое исполнение:  
учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет».  
Свидетельство о государственной регистрации издателя,  
изготовителя, распространителя печатных изданий № 1/46 от 03.10.2013.  
Ул. Ланге, 5, 246000, Гомель