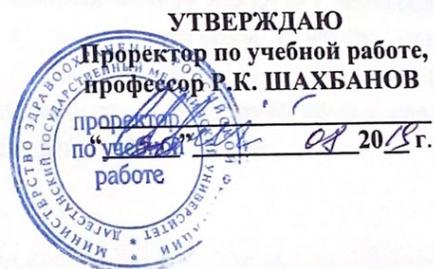


ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ  
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«ДАГЕСТАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ



**РАБОЧАЯ ПРОГРАММА**

по дисциплине: **Факультетская хирургия, урология**

Индекс дисциплины Б.1. Б.39

Специальность(направление) **31.05.01 ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЛО**

Уровень высшего образования - **СПЕЦИАЛИТЕТ**

Квалификация – **врач-лечебник**

факультет: **лечебный**

**кафедра: факультетская хирургия с лабораторией  
инновационных клеточных технологий**

Форма обучения: **очная**

Курс: **4**

Семестр: **7-8**

Всего трудоёмкость - **7 з. ед./252 часа**

Факультетская хирургия – **6 з. ед./216 часов**

Лекций- **38 часов**

Практические (семинарские) занятия - **72 часа**

Самостоятельная работа – **68 часов**

Экзамен – **36 часов в 8 семестре**

Махачкала, 2019г.

Рабочая программа учебной дисциплины «Факультетская хирургия, урология» разработана на основании рабочего учебного плана ОПОП ВО по специальности 31.05.01 Лечебное дело (уровень высшего образования – специалитет), утвержденного Ученым советом ФГБОУ ВО ДГМУ Минздрава России, протокол №1 от 30.08.2016 г., в соответствии с ФГОС ВО по направлению подготовки 31.05.01 - Лечебное дело (уровень высшего образования – специалитет), утвержденным приказом №95 Министерства образования и науки Российской Федерации от 09.02.2016г.

Рабочая программа учебной дисциплины одобрена на заседании кафедры от 28 августа 2019г. Протокол № 1

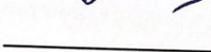
Рабочая программа согласована

1. Директор НМБ ДГМУ



(Мусаева В.Р.)

2. Начальник УУМР, С и ККО



(Каримова А. М.)

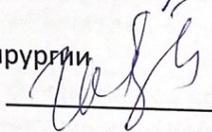
3. Декан леч./фак.



(Рагимов М.Р.)

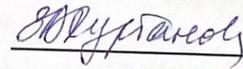
Составители:

1. Зав. кафедрой факультетской хирургии  
с ЛИКТ, д.м.н.



(Р.М.Газиев)

2. Зав. учебной частью кафедры  
профессор, д.м.н.



(З.В.Курбанова)

Рецензент: Зав. каф. онкологии,  
профессор, д.м.н.



(С.А.Алиев)

Рецензент: Зав. каф. хирургии ИДПО,  
профессор, д.м.н.



(М.А.Хамидов)

## СОДЕРЖАНИЕ

<b>№п/п</b>	<b>Раздел рабочей программы</b>	<b>стр</b>
<b>1</b>	<b>Цель и задачи освоения дисциплины.</b>	
<b>2</b>	<b>Требования к результатам освоения дисциплины</b>	
<b>3</b>	<b>Место учебной дисциплины в структуре образовательной программы</b>	
<b>4</b>	<b>Трудоемкость учебной дисциплины</b>	
<b>5</b>	<b>Структура и содержание учебной дисциплины</b>	
<b>5.1</b>	<b>Разделы учебной дисциплины и компетенции, которые должны быть освоены при их изучении</b>	
<b>5.2</b>	<b>Разделы дисциплины, виды учебной деятельности и формы текущего контроля</b>	
<b>5.3</b>	<b>Название тем лекций с указанием количества часов</b>	
<b>5.4</b>	<b>Название тем практических занятий с указанием количества часов</b>	
<b>5.5</b>	<b>Самостоятельная работа обучающегося по дисциплине</b>	
<b>6</b>	<b>Оценочные средства для текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации по итогам освоения дисциплины</b>	
<b>6.1</b>	<b>Текущий контроль успеваемости</b>	
<b>6.2</b>	<b>Промежуточная аттестация по итогам освоения дисциплины</b>	
<b>7</b>	<b>Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины</b>	
<b>8</b>	<b>Образовательные технологии</b>	
<b>9</b>	<b>Материально-техническое обеспечение</b>	
<b>10</b>	<b>Кадровое обеспечение</b>	
<b>11</b>	<b>Лист регистрации изменений в рабочую программу</b>	
	<b>Приложение: Фонд оценочных средств</b>	

## **1. Цель и задачи освоения дисциплины.**

Целью: является формирование знаний, умений и навыков по факультетской хирургии освоить принципы ведения хирургических больных, уметь анализировать и проводить дифференциальную диагностику хирургических болезней, используя основные и дополнительные методы исследования, определять выбор метода их лечения и профилактики выполнять умения и навыки согласно перечня Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Задачи:

1. Приобретение студентами знаний о теоретических основах хирургической патологии;
2. Формирование у студентов навыков анализа клинических данных;
3. Обучение студентов к системному подходу в формировании клинического диагноза; с учетом дифференциальной диагностики в пределах анатомической области;
4. Изучение студентами методов диагностики и принципов современного исследования для оценки состояния органов и систем при различных хирургических болезнях;
5. Изучение студентами принципов лечения и определения показаний к оперативному лечению при различной хирургической патологии;
6. Изучение студентами основ:
  - экстренной хирургической патологии с определением стратегии и тактики введения больных с острым животом.
  - онкологии, методов диагностики, принципов лечения и профилактики;
  - проктологии, методов диагностики дифференциального анализа, подходов к консервативному и оперативному лечению, способов профилактики возможных осложнений.
7. Ознакомление студентов с основами ангиологии, клиническими и инструментальными принципами исследования, лечения и профилактики.
8. закрепление у студентов:
  - основ клинического мышления на основании анализа историй болезни и работы с больными;
  - приобретенных практических навыков работой в перевязочной, операционной и ОРИТ.
  - навыков общения с хирургическими больными.

## **2. Перечень планируемых результатов обучения. Формируемые в процессе изучения учебной дисциплины компетенции.**

№	Наименование категории компетенции	Студент освоивший программу специалитета должен обладать следующими компетенциями
	1	2
1	<p><b>Общекультурные компетенции</b></p> <p><b>ОК-1; ОК-2; ОК-3;</b></p> <p><b>ОК-4; ОК-5; ОК-6;</b></p> <p><b>ОК-7; ОК-8;</b></p>	<p><b>ОК-1: способность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу.</b></p> <p><b>Знать:</b> основные закономерности и тенденции развития мирового исторического процесса; выдающих деятелей медицины и здравоохранения;</p> <p><b>Уметь:</b> правильно оценить текущий процесс мирового развития с гражданской позиции;</p> <p><b>Владеть:</b> методами анализа и синтеза для развития правильной жизненной позиции.</p> <p><b>ОК-2: Способность использовать основы философских знаний для формирования мировоззренческой позиции.</b></p> <p><b>Знать:</b> выдающиеся медицинские открытия; влияние гуманистических идей на медицину;</p> <p><b>Уметь:</b> использовать основные методы гуманитарных, естественно-научных наук при решении профессиональных задач;</p> <p><b>Владеть:</b> навыками и знаниями для профессионального роста</p> <p><b>ОК-3: Способность анализировать основные этапы и закономерности исторического развития общества для формирования гражданской позиции.</b></p> <p><b>Знать:</b> морально этические нормы и правила поведения; принципы профессионального врачебного поведения</p> <p><b>Уметь:</b> соблюдать правила врачебной этики, законы и нормативно правовые акты.</p> <p><b>Владеть:</b> знаниями основных нормативно-правовых актов и законов</p> <p><b>ОК-4: Способностью действовать в нестандартных ситуациях, нести социальную и этическую ответственность за принятие решения.</b></p> <p><b>Знать:</b> права пациента и врача; основные этические документы отечественных и международных профессиональных медицинских ассоциаций и</p>

		<p>организаций.</p> <p><b>Уметь:</b> использовать основные методы медико-биологических и клинических исследований в хирургии взрослого контингента</p> <p><b>Владеть:</b> навыками информирования пациентов различных возрастных групп, их родственников и близких в соответствии с требованиями правил «информированного согласия»; навыком анализировать и делать соответствующие выводы</p>
		<p><b>ОК-5: Готовность к саморазвитию, самореализации, самообразованию, использованию творческого потенциала.</b></p> <p><b>Знать:</b> Основные литературные данные и источники, объясняющие причины и факторы развития основных хирургических заболеваний.</p> <p><b>Уметь:</b> интерпретировать жалобы пациента, анамнез заболевания и жизни, данные физикального обследования курируемого; и объяснить их патогенез</p> <p><b>Владеть:</b> Способностью к применению полученных знаний, постоянно повышая свой уровень знаний и возможностей; сбором анамнеза <i>пациента</i> с хирургической патологией, способностью анализировать клинические показатели, проводить дифференциальную диагностику в пределах анатомической области.</p> <p><b>ОК-6: Способность использовать методы и средства физической культуры для обеспечения полноценной социальной и профессиональной деятельности.</b></p> <p><b>Знать:</b> методику разработки оздоровительных комплексов и программ для сохранения своего здоровья, как быту, так и профессиональной деятельности.</p> <p><b>Уметь:</b> выбрать и разработать комплекс необходимых физических упражнений.</p> <p><b>Владеть:</b> в совершенстве всеми необходимыми</p>

		<p>здоровье сберегающими комплексами систематизированных знаний и представлений о позитивных и негативных изменениях в состоянии здоровья</p> <p><b>ОК-7: Готовность использовать приемы оказания первой помощи, методы защиты в условиях чрезвычайных ситуаций;</b></p> <p><b>Знать:</b> клинику неотложных состояний и методы их устранения;</p> <p><b>Уметь:</b> интерпретировать знания при работе с пациентом; выделить основные симптомы и синдромы заболевания:</p> <p><b>Владеть:</b> способностью к применению навыков по оказанию ургентной помощи в <i>чрезвычайных ситуациях</i></p>
		<p><b>ОК-8: Готовность к работе в коллективе, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия.</b></p> <p><b>Знать:</b> на работе с конфиденциальной информацией и принятой в обществе морально и правовые нормы.</p> <p><b>Уметь:</b> соблюдать правила врачебной этики, законы и нормы, законы и нормативно правовые акты на работе с конфиденциальной информацией и принятыми в обществе морально и правовые нормы.</p> <p><b>Владеть:</b> навыком соблюдения правил врачебной этики и деонтологии.</p>
	<p><b>Общепрофессиональные компетенции</b></p> <p><b>ОПК-1; ОПК-4;</b></p> <p><b>ОПК-5; ОПК-6;</b></p> <p><b>ОПК-9;</b></p>	<p><b>ОПК-1: готовность решать стандартные задачи профессиональной деятельности с использованием информационных, библиографических ресурсов, медико-биологической терминологии, информационно-коммуникационных технологий с учетом основных требований информационной безопасности.</b></p> <p><b>Знать:</b> этиологию, патогенез, критерии диагноза,</p>

ОПК-11.	<p>современные классификации, клинику, особенности течения, возможные осложнения, методы диагностики и лечения. <b>Уметь:</b> пользоваться учебной, научной литературой, сетью Интернет с оценкой уровней доказательности и критериев качества содержания, дистанционными формами образования.</p> <p><b>Владеть:</b> методами общеклинического исследования и интерпретации результатов обследования, современным и технологиям и информационного поиска</p>
	<p><b>ОПК-4: способность и готовность реализовать этические и деонтологические принципы в профессиональной деятельности.</b></p> <p><b>Знать:</b> морально- этические принципы поведения врача, должностные обязанности медперсонала, основы деонтологии деонтологии.</p> <p><b>Уметь:</b> выстраивать и поддерживать отношения с пациентами на основе гуманизма, в коллективе - на основе коллегиальности.</p> <p><b>Владеть:</b> принципами и практическим применением основ врачебной деонтологии и этики.</p>
	<p><b>ОПК-5: способность и готовность анализировать результаты собственной деятельности для предотвращения профессиональных ошибок.</b></p>
	<p><b>Знать:</b> основные причины к развитию основных заболеваний внутренних органов, в том числе и пациентов с профессиональными болезнями.</p>
	<p><b>Уметь:</b> Провести дифференциальный диагноз со схожими заболеваниями.</p>
	<p><b>Владеть:</b> трактовкой результатов лабораторных и инструментальных методов исследований.</p>
	<p><b>ОПК-6: Готовность к ведению медицинской документации.</b></p> <p><b>Знать:</b> основные формы мед. документации в стационаре (истории болезни, выписные документы).</p> <p><b>Уметь:</b> грамотно заполнять основные формы (истории болезни, выписные документы).</p>

		<p><b>Владеть:</b> навыками оформления медицинской документации и проверкой заполненной документации.</p> <p><b>Знать:</b> понятия этиологии, патогенеза, морфогенеза, патоморфоза заболеваний, структурные и функциональные основы патологических процессов</p> <p><b>Уметь:</b> проводить клиническое и дополнительное обследование пациентов с интерпретацией результатов, с отражением структурных и функциональных нарушений.</p>
		<p><b>Знать:</b> современные методы медикаментозной и немедикаментозной терапии основных хирургических заболеваний.</p> <p><b>Уметь:</b> назначать медикаментозную и немедикаментозную терапии основных хирургических заболеваний.</p> <p><b>Владеть:</b> алгоритмом лечения (медикаментозного и немедикаментозного) наиболее частых заболеваний хирургического профиля.</p>
		<p><b>ОПК-9: Способность к оценке морфофункциональных, физиологических состояний и патологических процессов в организме человека для решения профессиональных задач.</b></p> <p><b>Знать:</b> понятие этиологии, патогенеза, морфогенеза, патоморфоза заболеваний, структурные и функциональные основы патологических процессов.</p> <p><b>Уметь:</b> проводить клиническое и дополнительное обследование пациентов с интерпретацией результатов, с отражением структурных и функциональных нарушений.</p> <p><b>Владеть:</b> навыками оценки морфологического субстрата и представлением об индивидуальном патогенезе патологии внутренних органов у обследуемого</p>

	<p style="text-align: center;"><b>Профессиональные компетенции</b></p> <p><b>ПК-5; ПК-6; ПК-9; ПК-10; ПК-11;</b></p>	<p><b>ОПК-11: Готовность к применению медицинских изделий, предусмотренных порядками оказания медицинской помощи.</b></p> <p><b>Знать:</b> медицинские дополнительные средства диагностики и оказания помощи при сопутствующих заболеваниях.</p> <p><b>Уметь:</b> использовать тонометры, пульсоксиметр, глюкометр, аппарат регистрации ЭКГ для диагностики, небулайзер для лечения.</p> <p><b>Владеть:</b> интерпретацией результатов исследования и лечения.</p>
		<p><b>ПК-5: Готовность к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патологоанатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания.</b></p> <p><b>Знать:</b> методику сбора жалоб, анамнеза, осмотра больных, показания к назначению доп. методов обследования и консультаций специалистов при хирургических заболеваниях.</p> <p><b>Уметь:</b> правильно оформить выявленные изменения в истории болезни, оценить тяжесть состояния, сформулировать диагноз, составить план обследования.</p> <p><b>Владеть:</b> навыками общеклинического обследования, написания хирургической истории болезни, с дифференциальной диагностикой и формулированием диагнозов.</p>
		<p><b>ПК-6: Способность к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра.</b></p> <p><b>Знать:</b> клиническую картину, современные классификации, особенности течения, способы диагностики, критерии диагноза изучаемых хирургических заболеваний, формулировку в соответствии с шифрами МКБ.</p>

		<p><b>Уметь:</b> определять ведущие синдромы, оценить тяжесть основного заболевания или сочетания заболеваний со взаимным отягощением. Оценить результаты лабораторных, биохимических, инструментальных, рентгенологических исследований и использовать их для обоснования диагноза, прогноза и контроля качества лечения.</p> <p><b>Владеть:</b> критериями оценки состояния пациента на основе клинических методов диагностики основе клинических методов диагностики.</p>
		<p><b>ПК-9: Готовность к ведению и лечению пациентов с различными нозологическими формами в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара;</b></p> <p><b>Знать:</b> современные методы терапии основных хирургических заболеваний в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара;</p> <p>принципы диетотерапии при основных хирургических заболеваниях.</p> <p><b>Уметь:</b> назначать медикаментозную и немедикаментозную терапии основных хирургических заболеваний в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара;</p> <p>- назначать диетотерапию при основных хирургических заболеваниях в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара.</p> <p><b>Владеть:</b> разработкой плана лечения (медикаментозного и немедикаментозного) пациентов при основных заболеваниях в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара</p>

## ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ

- Дисциплина «Факультетская хирургия» относится к прикладному, естественнонаучному циклу дисциплин.

Основные знания, необходимые для изучения дисциплины формируются:

- в цикле гуманитарных, социальных и экономических дисциплин, в том числе: философия, биоэтика; психология и педагогика; история медицины; латинский язык; иностранный язык;
- в цикле математических, естественнонаучных дисциплин, в том числе: физика математика; медицинская информатика; химия; биология; биохимия; анатомия; гистология, эмбриология, цитология.

Является предшествующей для изучения дисциплин: гигиена; общественное здоровье и здравоохранение, экономика здравоохранения; безопасность жизнедеятельности, медицина катастроф; нормальная физиология, патологическая анатомия, клиническая патологическая анатомия; патофизиология клиническая патофизиология; фармакология; медицинская реабилитация; клиническая фармакология; дерматовенерология; неврология, медицинская генетика, нейрохирургия; психиатрия, медицинская психология; оториноларингология; офтальмология; судебная медицина; акушерство и гинекология; педиатрия; пропедевтика внутренних болезней, лучевая диагностика; факультетская терапия, профессиональные болезни; госпитальная терапия, эндокринология; инфекционные болезни; фтизиатрия; поликлиническая терапия; общая хирургия, лучевая диагностика; анестезиология, реанимация, интенсивная терапия; урология; госпитальная хирургия, детская хирургия; стоматология; онкология, лучевая терапия; травматология, ортопедия.

### 3. Требования к результатам освоения дисциплины:

Процесс изучения дисциплины направлен на формирование следующих компетенций:

способности и готовности анализировать социально-значимые проблемы и процессы, использовать на практике методы гуманитарных, естественнонаучных, медико-биологических и клинических наук в различных видах профессиональной и социальной деятельности (ОК-1);

способности и готовности выявлять естественнонаучную сущность проблем, возникающих в ходе профессиональной деятельности, использовать для их решения соответствующий физико-химический и математический аппарат (ПК-2);

способности и готовности к формированию системного подхода к анализу медицинской информации, опираясь на всеобъемлющие принципы доказательной медицины, основанной на поиске решений с использованием теоретических знаний и практических умений в целях совершенствования профессиональной деятельности (ПК-3);

способности и готовности к работе с медико-технической аппаратурой, используемой в работе с пациентами, владеть компьютерной техникой, получать информацию из различных источников, работать с информацией в глобальных компьютерных сетях; применять возможности современных информационных технологий для решения профессиональных задач (ПК-9);

способности и готовности анализировать закономерности функционирования отдельных органов и систем, использовать знания анатомо-физиологических основ, основные методики клинико-иммунологического обследования и оценки функционального состояния организма взрослого человека и подростка для своевременной диагностики заболеваний и патологических процессов (ПК-16);

способности и готовности изучать научно-медицинскую информацию, отечественный и зарубежный опыт по тематике исследования (ПК-31);

способности и готовности к участию в освоении современных теоретических и экспериментальных методов исследования с целью создания новых перспективных средств, в организации работ по практическому использованию и внедрению результатов исследований (ПК-32).

В результате освоения дисциплины студент должен:

***Знать:***

- этиологию, патогенез и меры профилактики наиболее часто встречающихся хирургических заболеваний;
- клиническую картину этих заболеваний и их осложнений;
- современные методы клинического, лабораторного инструментального обследования больных;
- способы лечения, показания к их применению;
- деонтологические аспекты в хирургии;
- организацию в России специализированной помощи больным хирургического профиля;
- пути диспансеризации больных, реабилитации после операции, оценить трудоспособность больного после выписки из стационара;
- о проводимых в России и за рубежом научных поисках направленных на улучшение ранней диагностики и результатов лечения наиболее распространенных хирургических заболеваний.

***Уметь:***

*Использовать знания о:*

- сборе анамнеза, проведении общеклинического обследования больных с хирургическими заболеваниями. Анализировать данные общеклинического обследования;
- составлении плана применения лабораторных и инструментальных методов исследования больного. Анализировать данные лабораторных и инструментальных методов исследования;

- формулировке развернутого клинического диагноза, обосновании его на основе дифференциального диагноза;
- формулировке показаний к консервативному и оперативному лечению;
- выполнение наиболее распространенных врачебных манипуляциях;

*Анализировать:*

- данные полученные при сборе жалоб и анамнеза больного;
- проявления клинических симптомов;
- особенности развития клинической картины заболевания у хирургического больного;
- данные объективного осмотра, клинической, лабораторной и инструментальной диагностики;
- сходство и различие полученных при обследовании данных для дифференциальной диагностики;
- избирательность в назначении способов и методов лечения в каждом конкретном клиническом случае;
- закономерности деятельности различных систем организма при разных сопутствующих заболеваниях у хирургического больного;
- деонтологические особенности в работе с хирургическим больным;

*Проводить исследования:*

- состояния свертывающей системы организма, оценку групп крови и резус фактора;
- основных клинических методов лабораторной диагностики
- основных инструментальных методов обследования;
- функций сенсорных систем;
- болевой чувствительности;
- высших психических функций;
- индивидуально-типологических характеристик человека;
- показателей деятельности соматической и висцеральных систем (дыхания, сердечно-сосудистой) при разных функциональных состояниях организма.

*Владеть методами:*

- определение групп крови и резус фактора, проведение проб на совместимость, наблюдение за больным во время переливания крови;
- оценки результатов общего анализа крови;
- оценки результатов общего анализа мочи;
- проведение инфузионной терапии в центральную и периферическую вены;
- измерения артериального давления.
- сбора анамнеза, проведения общеклинического обследования больных с хирургическими заболеваниями
- составления плана применения лабораторных и инструментальных методов исследования больных.

- формулировки развернутого клинического диагноза, обоснование его на основе дифференциального диагноза.
- формулировки показаний к консервативному и оперативному лечению
- выполнение наиболее распространенных врачебных манипуляций: снятие швов, сердечно-легочная реанимация, оказание первой врачебной медицинской помощи, обследование больных с различной хирургической патологией, остановка кровотечения пальцевым прижатием, наложением жгута, лигированием сосуда в ране, проведения новокаиновых блокад, торакоцентез, лапароцентез, трахеостомия, наложение пневмоперитонеума, чтение рентгенограмм.

#### 4. Объем дисциплины и виды учебной работы:

**Общая трудоемкость дисциплины составляет 7зачетных единиц**

Вид учебной работы	Всего часов	Семестры	
		7	8
<b>Аудиторные занятия (всего)</b>	150	96	64
В том числе:			
Лекции(Л)	54	32	22
Практические занятия (ПЗ)	96	64	42
Семинары (С)			
Лабораторные работы (ЛР)			
<b>Самостоятельная работа (всего)</b>	56	30	26
В том числе:			
Курсовой проект(работа)			
Расчетно-графические работы	-	-	-
Реферат			
<i>Другие виды самостоятельной работы</i>			
Написание и защита истории болезни	4		4
Вид промежуточной аттестации (зачет, экзамен)	8		8
Общая трудоемкость	час зач. ед.	7	3,5 3,5

### Тематический план

**Лекций и практических занятий для студентов 4-го курса лечебного факультета на 7 семестр учебного года.**

№ п/п	Тема лекций	Тема практических занятий
1.	Вводная лекция. Доброкачественные и злокачественные заболевания	Ознакомление с кафедрой и предметом «Факультетская хирургия с курсом инновационных клеточных технологий».

	молочной железы.	Доброкачественные состояния молочной железы. Рак молочной железы.
2.	Нагноительные заболевания легких.	Абсцесс и гангрена легкого. Бронхоэктатическая болезнь.
3.	Нагноительные заболевания плевры.	Острые и хронические плевриты. Эмпиема плевры.
4.	Рак легкого.	Эпидемиология Р.Л. Этиология и патогенез. Классификации Р.Л. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика, методы профилактики и лечения.
5.	Тромбозы и эмболии.	Заболевания аорты и ее ветвей. Болезни периферических артерий. Этиология и патогенез. Классификации. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика, методы лечения.
6.	Варикозная болезнь.	Этиология и патогенез. Классификации. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика, методы лечения.
7.	Рак пищевода.	Эпидемиология Р.П. Этиология и патогенез. Классификации Р.П. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика, методы профилактики и лечения.
8.	Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки.	Этиология и патогенез. Классификации. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика, методы лечения.
9.	Рак желудка. Эпидемиология Р.Ж. Этиология и патогенез. Классификации Р.Ж. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика, методы профилактики и лечения.	

## ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН

*Лекций и практических занятий для студентов 4-го курса лечебного факультета на 8 семестр учебного года.*

№ п/п	Тема лекций	Тема практических занятий
1.	Грыжи живота.	Этиопатогенез. Классификация. Клиника неосложненных грыж и методы лечения. Клиника осложненных грыж, диагностика и дифференциальная диагностика и методы лечения.

2.	Острый аппендицит.	Этиопатогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Методы лечения.
3.	Острая кишечная непроходимость.	Этиопатогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Методы лечения.
4.	ЖКБ. Острый холецистит.	Этиопатогенез ЖКБ. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика и хирургическое лечение. Острый холецистит, формы, лечение. Механическая желтуха.
5.	Острый панкреатит.	Этиопатогенез. Классификация. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Этапы лечения. Оперативное лечение.
6.	Перитониты.	Этиопатогенез. Классификация. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Этапы лечения. Оперативное лечение.
7.	Заболевания прямой кишки. Рак прямой кишки.	Введение в проктологию. Доброкачественные заболевания прямой кишки. Рак прямой кишки

## 5. Содержание дисциплины:

### 5.1. Содержание разделов дисциплины

№ п/п	Наименование раздела дисциплины	Содержание раздела
1	2	3
1.	Введение в предмет. Доброкачественные и злокачественные заболевания молочной железы.	<p>Факультетская хирургия - наука изучающая диагностику наиболее частых хирургических заболеваний, принципы их лечения и профилактику. Основной целью предмета является изучение диагностики как научной дисциплины включающей диагностическую технику, семиологию, особенности мышления при распознавании заболеваний. Диагноз, определение термина, диагноз как основа метода лечения и профилактики. Основные виды диагноза: клинический, патолого - анатомический, судебно-медицинский.</p> <p>Виды диагноза по методу построения: диагноз прямой или по аналогии, дифференциальный диагноз, и как часть его – диагноз путем исключения, диагноз синтетический или полный, диагноз путем наблюдения, диагноз по лечебному эффекту. Виды диагноза по степени обоснованности различают как диагноз предварительный, т.е. гипотетический, диагноз окончательный, т.е. обоснованный, диагноз под вопросом. Роль анамнеза, физикального исследования больного, лабораторных, инструментальных методов исследования в хирургической клинике.</p> <p>Оперативный метод лечения и его значение. Пути снижения риска, связанного с применением оперативного лечения. Значение изучения функций организма до операции, во время</p>

		<p>ее и после нее.</p> <p>Хирургическая анатомия молочной железы ,классификация заболеваний, алгоритм обследования больных. Острый гнойный мастит диагностика лечения. Дисгормональные заболевания – мастопатия. Причины мастопатии классификация, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз. Консервативное лечение. Хирургическое лечение. Профилактика.</p> <p>Доброкачественные опухоли (фиброаденома, липома). Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз.</p> <p>Рак молочной железы. Заболеваемость. Факторы способствующие развитию заболевания. Патологическая анатомия . Пути метастазирования рака. Клинические формы: узловые, диффузные, инфильтрирующие, рак Педжета, мастито-подобный и рожеподобный рак. Международная классификация рака молочной железы и классификация по стадиям. Методы ранней диагностики заболевания, принципы оперативного лечения. Показание к пред- и после операционной лучевой терапии, овариэктомии, гормональной терапии, химиотерапии, и профилактика рака молочной железы.</p>
2.	Нагноительные заболевания легких.	<p>Анатомо-физиологические сведения о системе органов дыхания. Хирургическая анатомия легких функция газообмена. Методы изучения внешнего дыхания. Специальные методы исследования больных с заболеваниями органов дыхания. Классификация острых гнойных заболеваний легких, понятие абсцесса и гангрены легкого. Механизм развития. Клиника острого абсцесса диагностика, диф.диагностика. Консервативные методы лечения. Показания к операции в остром периоде виды оперативных вмешательств. Осложнения. Хронический абсцесс легкого клиника, диагностика лечения. Причины перехода острого абсцесса в хронический. Консервативного и оперативного лечения. Гангрена легкого. Причины развития, клиника, диагностика, диф.диагноз. Принципы лечения.</p> <p>Бронхоэктатическая болезнь. Понятие. Классификация по формам заболевания и стадиям заболевания процесса. Этиология, патогенез. Клиника бронхоэктатической болезни в зависимости от стадии процесса. Диагностика диф.диагностика. Показания к хирургическому лечению. Методы предоперационной подготовки. Виды операций. Введение послеоперационного периода.</p>
3.	Нагноительные заболевания плевры.	<p>Острый гнойный плеврит. Определения понятия. Классификация по этиологическому фактору., распространенности процесса. Пути проникновения инфекции в плевральную полость. Клиника, диагностика, консервативное и хирургическое лечение. Показания к дренированию плевральной полости. Определения понятия хронической эмпиемы плевры. Причины перехода острой эмпиемы в хроническую. Клиника, диагностика и лечение. Открытые и закрытые методы лечения. Торакопластика.</p>
4.	Рак легкого.	<p>Этиология патогенез рака легкого. Значения курения и неблагоприятных факторов внешней среды для развития</p>

		заболевания, группы риска, профилактика заболевания. Патологическая анатомия Закономерности метастазирования. Клиника анатомическая классификация, международная классификация Пути раннего выявления рака легкого, значения диспансеризации. Клиническая картина центрального и периферического рака в зависимости от характера роста и локализации опухоли. Рентгенологическая картина форм рака легкого, значения томографии, компьютерной томографии и бронхоскопии. Показания к различным методам исследования при различных формах рака. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Принципы комбинированного лечения в улучшении результатов лечения
5.	Тромбозы и эмболии.	Анатомо-физиологические сведения о сосудистой системе. Современные методы исследования больных, инвазивные и неинвазивные методы. Тромбозы и эмболии. Отличие тромбозов от эмболии. Этиология тромбозов и эмболии. Факторы способствующие тромбообразованию. Эмбологенные заболевания. Клиника острого тромбоза и эмболии. Степени ишемии конечности. Методы диагностики: аортоартериография, доплерография: ультразвуковое ангиосканирование. Консервативные и оперативные методы лечения острых тромбозов и эмболий. Пост ишемический синдром и его профилактика. Принципы антакоагулянтной и тромболитической эмболии. Тромбоз эмболии легочной артерии, причины развития заболевания, клиника и диагностика. Лечение, показания к эмбоэктомии.
6.	Варикозная болезнь.	Заболевания вен нижних конечностей. Классификация. Этиология, патогенез, варикозной болезни. Патологическая анатомия. Клиника заболевания в зависимости от стадии заболевания. Диагностика. Методы определения проходимости глубоких вен, оценка проходимости клапанного аппарата, поверхностных и коммуникантных вен. Оперативное лечение и склеротерапия. Показания и противопоказания к операции, виды операций и методы привязки коммуникантных вен. Эндоскопическая диссекция коммуникантных вен. Введение послеоперационного лечения, причины рецидивы варикозной болезни. осложнения варикозной болезни. Клиника, диагностика, лечение.
7.	Рак пищевода.	Хирургическая анатомия пищевода. Методы исследования. Заболевание и частота рака пищевода. Факторы способствующие его развитию и профилактика. Пат. анатомия, закономерности к метастазированию Клиника и диагностика. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Подготовка к операции. Виды радикальных операций и показания к ним. Паллиативные операции и показания к ним. Послеоперационные осложнения. Результаты хирургического лечения, пути их улучшения. Показания комбинированному лечению, их результаты.

8.	Язвенная болезнь и двенадцатиперстной кишки.	<p>Анатомо-физиологические сведения о желудке и 12 перстной кишки. Методика обследования больных с заболеваниями желудка и 12 перстной кишки. Я.б. 12 перстной кишки этиология, патогенез пат. анатомия. Стадия развития язвенной болезни. Клиника и диагностика. Пилороруденальный стеноз клиника и диагностика. Стадии заболевания, характер нарушения основных звеньев гомеостаза. Показания к операции и виды оперативных вмешательств. Виды операций: резекция желудка, СПВ, дренирующие операции и ваготомия. Методы резекции желудка: Бильрот I, Гофмейстера-Финстерера, Ру.</p> <p>Язвенная болезнь желудка: типы желудочных язв. Особенности этиологии и патогенеза желудочных язв. Показания к операции и виды оперативных вмешательств при желудочных язвах.</p> <p>Осложнения пептической язвы: кровотечение, перфорация, пилороруденальный стеноз, пенетрация, малигнизация язвы. Патогенез осложнений. Кровоточащая язва желудка и 12 ПК. Патологическая анатомия. Патогенез нарушений основных звеньев гемостаза. Клиника, диагностика желудочно-кишечных кровотечений. Классификация по степени тяжести кровопотери. Дифференциальная диагностика. Консервативное и оперативное лечение кровоточащих язв. Эндоскопические методы остановки кровотечения. Прободная язва желудка и 12 ПК: Классификация прободений. Клиника прободных язв. Клиника атипичных и прикрытых перфораций. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечебная тактика. Виды операций. Симптоматические язвы: гормональные и лекарственные, синдром Золлингера-Элисона. Этиология и патогенез. Клиника, диагностика. Особенности хирургического лечения.</p>
9.	Рак желудка	<p>Эпидемиология. Этиология. Патолого-анатомическая классификация по характеру роста опухоли. Метастазирование. Стадии заболевания. Клиническая классификация. Клиническая картина. Осложнения. диагностика и дифференциальная диагностика. Роль гастроскопии диагностике ранних форм рака желудка. Показания и противопоказания к радикальным и паллиативным операциям. Виды операций: дистальная и проксимальная резекция желудка, гастрэктомия, расширенные операции. Химиотерапия и лучевая терапия при раке желудка. Гастростомия. Принципы предоперационной подготовки и послеоперационное ведение.</p>
10.	Грыжи живота.	<p>Определения понятия грыжи живота. Элементы грыжи живота. Классификации грыж по происхождению, локализации, течению. Частота грыж передней брюшной стенки. Этиопатогенез, общая симптоматика грыж, диагностика. Принципы хирургического лечения, основные этапы операции грыжесечения, противопоказания к операции. Профилактика осложнений грыж. Осложнения</p>

		<p>грыж: воспаление, не вправимость, копростаз, ущемление. Определения понятия. Клиника, диагностика, лечение. Ущемленная грыжа, механизм калового и эластического ущемления, патологоанатомические изменения в ущемленном органе. Виды ущемления: ретроградная, пристеночная. Клиника, диагностика и диф.диагностика ущемленной грыжи. Особенности оперативной техники определение жизнеспособности ущемленной кишки. Лечебная тактика при: сомнительном диагнозе; насильственном мнимом правлении. Ложное ущемление. Грыжи белой линии живота, анатомические предпосылки для образования грыжи. Клиника, диагностика и диф.диагностика и методы операции. Пупочная грыжа. Анатомические предпосылки для образования грыжи. Клиника, диагностика, диф.диагностика. Хирургическое лечение: операции Лексера, Мейо, Сапежко. Особенности лечение пупочных грыж в детском возрасте. Паховые грыжи. Прямая и косая паховые грыжи, врожденная и скользящая паховая грыжа. Клиника, диагностика, диф.диагностика паховых грыж. Методы операции передней и задней стенок пахового канала. Пластика полипропиленовой сеткой, видео-лапороскопические операции. Особенности оперативного вмешательства при враждебных и скользящих паховых грыжах. Бедренные грыжи. Анатомия бедренного канала. Клиника, диагностика и диф.диагностика. Методы операции: Бассини, Руджи. Послеоперационные грыжи причины развития. Клиника, диагностика. Методы операции. Причины рецидивов послеоперационных грыж. Хирургическое лечение.</p>
11.	Острый аппендицит.	<p>Анатомо-физиологические сведения о слепой кишке и червеобразном отростке. Классификация острого аппендицита, патологоанатомические формы, этиология и патогенез. Клиника и диагностика. Особенности клиники в зависимости от варианта положения червеобразного отростка, Острый аппендицит у детей, беременный и стариков Лечение, показания и противопоказания к аппендэктомии, выбор метода обезболивания и оперативного доступа. Подготовка больных к операции. Ведение больных после операции. Осложнения острого аппендицита: аппендикулярный инфильтрат, аппендикулярный абсцесс, перитонит, пилефлебит, сепсис. Клиника этих осложнений их диагностика и лечение.</p>
12.	Острая кишечная непроходимость.	<p>Определение ОКН. Классификация по происхождению, патогенезу, анатомической локализации, клиническому течению, алгоритм обследования больных. Динамическая кишечная непроходимость, этиология и патогенез. ДКН как симптом острых заболеваний грудной брюшной и загрудинного пространства, хронических интоксикаций. Клиника, диф.диагностика, принципы лечения. Механическая кишечная непроходимость, классификация МКН; обтурационная, странгуляционная, смешанная. Причины и патогенез. Клиника, диагностика, диф.диагноз</p>

		<p>видов МКН. Предоперационная подготовка. Особенности операционного лечения. Определения понятия инвагинация, виды, причины, патогенез. Инвагинация как совокупность обтурационной и странгуляционной кишечной непроходимости. Клиника, диагностика, диф.диагноз. Виды операций. Показания к дезинвагинации кишки. Предоперационная подготовка и введения послеоперационного периода у больных с ОКН, борьба с интоксикации, порезом кишечника, гидроионными нарушениями, изменениями кислотно- основного состояния.</p>
13.	Ж.К.Б., острый холецистит.	<p>Анатомо физиологические сведения о печени, желчном пузыре и протоков. Классификация ЖКБ. Алгоритм обследования больных. Эпидемиология и частота ЖКБ. Этиология и патогенез камнеобразования. Клиника, диагностика и диф.диагностика. Лечение и показания к операции. Методы операции, значение интраоперационных методов исследования для выбора методов операции. Холецистэктомия лапароскопическая и из мине доступа. Осложнения ЖКБ. Причины развития этих осложнений. Клиника. До- и интра- операционная диагностика. Лечение, показания к холедохоэктомии и методы ее завершения. Эндоскопическая папиллотомия. Механическая желтуха. Причины развития, клиника, диагностика. Диф.диагностика, патогенез, нарушение основных звеньев гомеостаза. Медикаментозная терапия при механической желтухе, методы детоксикации. Эндоскопический метод лечения больных с механической желтухой, показания и выбор способа операции. Этиология и патогенез острого холецистита. Классификация, клиника, диагностика и диф.диагностика. Лечение консервативное и оперативное. Показания к экстренным операциям, методы операции. Осложнения острого холецистита, клиника, диагностика, лечение. Постхолецистэктомический синдром, понятия, причины. Клиника, диагностика и диф.диагностика. Эндоскопические методы в диагностике ПХС. Показания к операции, виды операций.</p>
14.	Острый панкреатит.	<p>Хирургическая анатомия поджелудочной железы. Определение понятия острый панкреатит. Этиология, патогенез и классификация. Пат. Анатомия, клиника и периоды течения прогрессирующего панкреонекроза. Алгоритм обследования больных. Консервативное лечение, роль цитостатиков и ингибиторов протеаз. Лечебная эндоскопия, показание к хирургическому лечению и виды операции. Гнойные осложнения острого панкреатита, диагностика и лечение. Методы экстра- и интра-корпоральной детоксикации. Исходы заболевания.</p>
15.	Перитониты.	<p>Определение понятия перитониты анатомо физиологические сведения о брюшине.. Классификация перитонитов. Источники развития острого гнойного перитонита. Особенности распространения инфекции в брюшной полости, при различных острых хирургических заболеваний органов брюшной полости. Патогенез перитонита как</p>

		<p>многокомпонентный комплекс осложнений. Патолого-анатомические изменения при остром гнойном перитоните. Клиника, диагностика, диф.диагноз. Современные принципы комплексного лечения. Особенности оперативного вмешательства. Показания к дренированию и тампонаде брюшной полости, лапаротомии проведение программам санаций. Роль организации экстренной помощи, ранней диагностики и лечения перитонита. Гинекологические перитониты. Клиника, диагностика, лечение. Туберкулезный перитонит. Классификация, клиника, диагностика различных форм, лечения.</p>
16	<p>Заболевания прямой кишки. Рак прямой кишки.</p>	<p>Хирургическая анатомия прямой кишки. Классификация заболеваний. Алгоритм обследования больных с заболеваниями прямой кишки. Врожденные пороки развития. Клиника, диагностика и лечение. Определение понятия геморрой. Классификация, этиопатогенез. Расширение геморроидальных вен как симптом цирроза печени, опухолей органов малого таза и других заболеваний. Вторичный геморрой. Клиника геморроя и его осложнения. Консервативное и оперативное лечение геморроя, выбор метода лечение. Предоперационная подготовка и ведение в послеоперационном периоде. Трещины прямой кишки. Причины возникновения. Клиника, диагностика, лечение. Острый парапроктит. Клиника, лечение, диф.диагностика. Клиника, методы оперативного лечения. Хронический парапроктит, причины возникновения, классификация, клиника, оперативное лечение. Выбор метода лечения в зависимости от формы хронического парапроктита. Выпадение прямой кишки. Этиология и патогенез, пат. анатомия выпадения прямой кишки. Классификация. Диагностика, клиника, оперативные методы лечения.</p> <p>Эпидемиология рака прямой кишки. Факторы, способствующие развитию заболевания. Классификация международная и отечественная. Клиника заболевания в зависимости от анатомической формы и локализации. Диагностическая ценность различных методов исследования. Причины запущенности заболевания. Диф.диагностика. Методы операции. Показания к сфинктеросберегающим и комбинированным операциям при раке прямой кишки, паллиативные операции. Предоперационная подготовка и послеоперационное введение больных раком прямой кишки. Лучевая и</p>



28	Фармакология	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
29	Клиническая фармакология	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+

### 5.3. Разделы дисциплин и виды занятий

№ п/п	Наименование раздела дисциплины	Лек.	Практ. зан.	Лаб. зан.	Семина	СРС	Всего час.
1	2	3	4	5	6	7	8
1.	Введение в предмет. Основные понятия Факультетской хирургии.	1	1				
2.	Заболевания молочной железы. Рак молочной железы.	1	3				
3.	Гнойные заболевания легких.	2	4				
4.	Нагноительные заболевания плевры.	2	4				
5.	Рак легкого.	2	4				
6	Тромбозы и эмболии.	2	4				
7.	Варикозная болезнь.	2	4				
8.	Рак пищевода.	2	4				
9.	Я.Б.Ж. и 12 перстной кишки.	2	4				
10.	Рак желудка..	2	4				
11.	Грыжи живота.	2	2				
12.	Острый аппендицит.	2	2				
13.	Острая кишечная непроходимость.	2	2				
14.	Ж.К.Б. острый холецистит .	2	2				
15.	Острый панкреатит.	2	2				
16.	Острый перитонит.	2	2				
17.	Заболевание прямой кишки. Рак прямой кишки.	2	2				
		32	60	Всего: 92ч.			

### 7. Практические занятия (семинары):

№ п/п	№ раздела дисциплины	Тематика практических занятий (семинаров)	Трудоемкость (час)
1	2	3	4
1	1	Введение в предмет. Основные понятия факультетской хирургии.	1
2	1	Заболевания молочной железы. Контроль по теме.	1
3	1	Рак молочной железы. Контроль по теме.	2
4	2	Острые гнойные заболевания легких.	2
5	2	Бронхоэктатическая болезнь. Контроль по теме.	2
6	3	Нагноительные заболевания плевры.	2
7	3	Методы лечения. Контроль по теме.	2
8	4	Рак легкого.	2
9	4	Хирургическое лечение Р.Л. Контроль по теме.	2
10	5	Тромбозы и эмболии аорты и ее ветвей.	2
11	5	Тромбозы и эмболии периферических артерий. Контроль	2

		по теме.	
12	6	Варикозная болезнь.	2
13	6	Хирургическое лечение В.Б. Контроль по теме	2
14	7	Рак пищевода.	2
15	7	Хирургическое лечение Р.П.. Контроль по теме. .	2
16	8	Я.Б.Ж. и 12 перстной кишки.	2
17	8	Хирургическое лечение. Контроль по теме.	2
18	9	Рак желудка.	2
19	9	Хирургическое лечение Р.Ж. Контроль по теме.	2
20	10	Грыжи живота. Контроль по теме.	2
21	11	Острый аппендицит. Контроль по теме.	2
22	12	Острая кишечная непроходимость. Контроль по теме.	2
23	13	Ж.К.Б. Острый холецистит. Контроль по теме.	2
24	14	Острый панкреатит. Контроль по теме.	2
25	15	Перитониты. Контроль по теме.	2
26	16	Заболевания прямой кишки. Контроль по теме.	2
27	17	Рак прямой кишки. Контроль по теме.	2
28	18	Защита истории болезни.	2
29	19	Защита истории болезни.	2

## Семинары

№ п\п	№ раздела дисциплины	Наименование тематики семинаров	Трудоемкость (час)
1	1,2	Заболевания молочной железы. Рак молочной железы.	4
2	3,4,5	Нагноительные заболевания легких, гнойные заболевания плевры, рак легкого.	6
3	6,7	Тромбозы и эмболии, варикозная болезнь.	4
4	8	Рак пищевода.	2
5	9,10.	Я.Б.Ж. и 12 перстной кишки, рак желудка.	4
6	11	Грыжи живота.	2
7	12,13,14,15,16	Острая патология органов брюшной полости.	10
8	17,18	Заболевание прямой кишки, рак прямой кишки.	4
9	19,20	Защита истории болезни.	4

## V. словарь терминов (глоссарий):

-А-

Абдоминальный	Abdominalis	Брюшной
Абсцесс	Absessum	Нарыв
Агглютинация	Agglutinatio	Склеивание кровяных шариков
Агрегация	Aggregatio	Образование конгломератов частиц крови
Адаптация	Adaptatio	Приспособление к условиям окружающей среды
Адгезия	Adhaesio	Слипание серозных оболочек
Аденома	Adenoma	Железистая опухоль
Аденокарцинома	Adenocarcinoma	Раковая опухоль
Азотемия	Azotaemia	Избыточная концентрация в крови азотистых веществ
Акроцианоз	Acrocyanosis	Синюшность конечностей
Алкалоз	Alcalosis	Увеличенная щелочность
Аллопластика	Alloplastica	Пересадка инородных тел
Альбуминурия	Albuminuria	Выделение с мочей альбуминов
Амбулаторный	Ambulatorius	Приходящий
Амилоидоз	Amiloidosis	Нарушение белкового обмена
Ампутация	Amputatio	Удаление части тела
Анабиоз	Anabiosis	Почти полное прекращение жизнедеятельности
Анальгезия	Analgesia	Потеря болевого чувства
Анамнез	Anamnesis	Совокупность сведений о больном
Анартрия	Anartria	Утрата речи
Анастомоз	Anastomosis	Соединение между двумя сосудами

Анафилаксия	Anaphilaxia	Вид аллергической реакции
Ангиография	Angiographia	Метод рентгенологического исследования сосудов
Ангиология	Angiologia	Учение о сосудах
Ангиосаркома	Angiosarcoma	Злокачественная опухоль из элементов стенки сосудов
Ангиоспазм	Angiospasmus	Сосудистая судорога
Ангиоэктазия	Angioaectasia	Стойкое расширение сосуда
Аневризма	Aneurysma	Расширение кровеносного сосуда
Анемия	Anaemia	Малокровие
Анестезия	Anaesthesia	Нечувствительность
Анкилоз	Ankylosis	Отсутствие подвижности в суставе
Аномалия	Anomalia	Отклонение от нормы
Анорексия	Anorexia	Полное отсутствие аппетита
Анорхия	Anorchia	Врожденное двустороннее отсутствие яичек
Антисептика	Antiseptica	Способы борьбы с инфекцией
Анурия	Anuria	Прекращение поступления мочи в мочевой пузырь
Анус	Anus	Задний проход
Аортит	Aortitis	Воспаление аорты
Апертура	Aperture	Отверстие
Апикальный	Apicalis	Верхушечный
Аплазия	Aplasia	Врожденное недоразвитие органа
Апноэ	Apnoe	Отсутствие дыхания
Апоплексия	Apoplexia	Внезапно развивающееся кровоизлияние
Аппендэктомия	Appendectomy	Удаление червеобразного отростка

Аппликация	Applicatio	Наложение
Арахноидит	Arachnoiditis	Разновидность менингита
Аритмия	Arrhythmia	Нарушение ритма
Артериит	Arteriitis	Воспалительное заболевание артерий
Артериография	Arteriographia	Рентгенологическое исследование артерий
Артериосклероз	Arteriosclerosis	Утолщение стенок артерий
Артралгия	Arthralgia	Боль в суставе
Артрит	Arthritis	Воспаление сустава
Артроз	Arthrosis	Дегенеративно-дистрофическое заболевание суставов
Асептика	Aseptic	Способы борьбы с инфекцией
Астения	Asthenia	Слабость, бессилие
Аспирация	Aspiratio	Проникновение в дыхательные пути инородных веществ
Асфиксия	Asphyxia	Угрожающее жизни удушье
Асцит	Ascitic	Водянка живота
Ателектаз	Atelectasis	Спадение легкого
Атерома	Atheroma	Киста сальной железы
Атеромаоз	Atheromatosis	Стадия развития атеросклеротической бляшки
Атония	Atonia	Ослабление тонуса
Атрезия	Atresia	Полное отсутствие просвета
Атриовентрикулярный	Artrioventricularis	Предсердно-желудочковый
Атрофия	Atriphia	Уменьшение объема ткани
Аутогемотерапия	Autohaemotherapia	Лечение собственной кровью
Аутопластика	Autoplastica	Пересадка собственных тканей

Аутопсия	Autopsia	Вскрытие трупа
Аутолиз	Autolis	Распад белков тканей организма
Афазия	Aphasia	Расстройство речи
Афония	Aphonia	Утрата голоса
Ахалазия	Achalasia	Нарушение расслабления сфинктера
Ацидоз	Acidosis	Повышение содержания кислот в крови, тканях

-Б-

Бактеримия	Bacteriaemia	Наличие бактерий в крови
Бактериурия	Bacteriuria	Присутствие бактерий в моче
Баротерапия	Baroterapia	Лечение пониженным или повышенным давлением
Билатеральный	Bilateralis	Двусторонний
Билиарный	Biliaris	Желчный
Билирубинемия	Bilirubinaemia	Наличие желчного пигмента в крови
Биопсия	Biopsia	Микроскопическое исследование взятой части ткани
Бифуркация	Bifurcatio	Раздвоение на ветви
Бластома	Blastoma	Опухоль
Брадикардия	Bradycardia	Замедление ритма сердца
Бронхит	Bronchitis	Воспаление бронхов
Бронхоаденит	Bronchadenitis	Воспаление лимфатических узлов, прилегающих к бронхам
Бронхогенный	Bronchogenis	Исходящий из бронхов
Бронхография	Bronchographia	Контрастный рентгеновский снимок бронхов
Бронхопневмония	Bronchopneumonia	Воспаление легких
Бронхоскопия	Bronchoscopia	Осмотр бронхов бронхоскопом

Бронхостеноз	Bronchostenosis	Сужение просвета бронхов
Бронхофония	Bronchophonia	Выслушивание голоса через грудную клетку
Бронхоэктазы	Bronchoectasis	Расширение бронхов
Буллезный	Bullosus	Пузырчатый
-В-		
Ваготомия	Vagotomia	Рассечение блуждающего нерва
Ваготония	Vagotonia	Гиперфункция блуждающего нерва
Вазодилатация	Vasodilatatio	Расширение сосудов
Вазоконстрикция	Vasoconstrictio	Сужение сосудов
Вальвула	Valvula	Клапан, заслонка
Вальвулотомия	Valvulotomia	Рассечение отверстия между сердечными клапанами
Варикозный	Varicosis	Узловато-расширенный
Варикоцеле	Varicocele	Расширение вен семенного канатика
Васкулит	Vasculitis	Воспаление стенки мелких кровеносных сосудов
Васкулярный	Vascularis	Сосудистый
Вегетативный	Vegetativus	Растительный, часть нервной системы
Венепункция	Venepunctio	Вскрытие вены проколом
Венесекция	Venesectio	Вскрытие вены разрезом
Вентральный	Ventralis	Брюшной
Висцеральный	Visceralis	Относящийся к внутренностям
-Г-		
Габитус	Habitus	Внешний вид человека
Галлюцинация	Hallucinationes	Обман чувств
Гамартома	Hamartoma	Опухолевидная тканевая аномалия

Ганглий	Ganglium	Узел
Ганглионеврома	Ganglioneuroma	Доброкачественная опухоль нервной системы
Ганглиолит	Ganglionitis	Поражение симпатического нервного узла
Гангрена	Gangrena	Омертвление тканей
Гастралгия	Gastralgia	Желудочная боль
Гастрит	Gastritis	Воспаление слизистой оболочки желудка
Гастроптоз	Gastroptosis	Опущение желудка
Гастроскопия	Gastrosocopia	Осмотр полости желудка
Гастроэктазия	Gastroectasia	Расширение желудка
Гастроэнтерит	Gastroenteritis	Воспаление желудка и тонкого кишечника
Гельминтозы	Helmintosis	Глистные заболевания
Гельминты	Helminthes	Паразитические черви
Гемангиома	Haemangioma	Опухоль из кровеносного сосуда
Гемартроз	Haemartrosis	Кровоизлияние в сустав
Гематемезис	Haemathemesis	Кровавая рвота
Гематогенный	Haematogenesis	Распространяющийся с током крови
Гематома	Haemotoma	Ограниченное скопление крови в тканях
Гематурия	Haematuria	Скопление крови в моче
Гемипарез	Hemiparesis	Двигательная слабость половины тела
Гемиплегия	Hemiplegia	Односторонний паралич
Гемоглобин	Haemoglobinis	Железосодержащий пигментный белок крови
Гемограмма	Haemogramma	Клинический анализ крови

Гемодинамика	Haemodynamicus	Движение крови по сосудам
Гемолиз	Haemolysis	Повреждение эритроцитов
Гемоперикард	Haemopericardis	Скопление крови в полости околосердечной сумки
Гемопоз	Haemopoesis	Кроветворение
Гемоптоэ	Haemoptosis	Кровохарканье
Геморрагия	Haemorrhagia	Кровотечение
Гемоперитонеум	Haemoperitoneum	Скопление крови в брюшной полости
Геморрой	Haemorroides	Расширение вен нижнего отдела прямой кишки
Гемостаз	Haemostasis	Остановка кровотечения
Гемотерапия	Haemotherapia	Лечение кровью
Гемоторакс	Haemothorax	Скопление крови в плевральной полости
Гемотрансфузия	Haemotransfusio	Переливание крови
Гемофилия	Haemophilia	Наследственное нарушение свертываемости крови
Генезис	Genesis	Происхождение
Гениталии	Genetalis	Половые органы
Гепатит	Hepatitis	Воспалительное заболевание печени
Гепатоптоз	Hepatosis	Опущение печени
Герниотомия	Herniotomia	Грыжесечение
Гетерогенный	Heterogenes	Иной по происхождению
Гетеропластика	Heteroplastica	Пересадка тканей или органов от животных
Гидронефроз	Hydronephrosis	Растяжение почечной лоханки водянистой жидкостью
Гидроперикард	Hydropericarditis	Водянка околосердечной сумки

Гидроторакс	Hydrothorax	Скопление водянистой жидкости в полости плевры
Гидроцеле	Hydrocele	Водянка яичка
Гинекомастия	Gynaecomastia	Увеличение молочных желез у мужчин
Гипербилирубинемия	Hyperbilirubinaemia	Увеличение количества билирубина
Гиперацидоз	Hyperacidosis	Повышенная кислотность
Гипергидроз	Hyperhydros	Повышенная потливость
Гипергликемия	Hyperglycaemia	Повышенное количество сахара в крови
Гиперемия	Hyperemia	Усиление притока крови
Гиперергия	Hyperergia	Резкое повышение реактивности
Гиперестезия	Hyperesthesia	Повышенная чувствительность
Гиперкапния	Hypercapnia	Повышенное напряжение углекислого газа в крови
Гипертензия	Hypertensio	Повышение артериального давления
Гипертермия	Hyperthermia	Перегревание
Гипертиреоз	Hyperthyreosis	Повышенная функция щитовидной железы
Гипертрофия	Hypertrophia	Увеличение объема и веса ткани
Гипогликемия	Hypoclycaemia	Снижение глюкозы в крови
Гипокапния	Hypocapnia	Пониженное напряжение углекислого газа в крови
Гипоксемия	Hypoxaemia	Пониженное содержание кислорода в крови
Гипоксия	Hypoxia	Пониженное содержание кислорода в тканях
Гипоплазия	Hypoplasia	Недоразвитие органа
Гипопротеинемия	Hypoproteinaemia	Снижение белка в крови
Гипостаз	Hypostasis	Застой крови в нижележащих частях

		тела
Гипотермия	Hypothermia	Охлаждение тела
Гипотиреоз	Hypothyreosis	Понижение функции щитовидной железы
Гипотония	Hypotonia	Понижение давления
Гипотрофия	Hypotrophia	Расстройство питания
Гликозурия	Glycosuria	Сахар в моче
Гомеостаз	Homeostasis	Относительное постоянство внутренней среды
Гомопластика	Homoplastica	Пересадка тканей от человека к человеку
Гонит	Gonitis	Воспаление коленного сустава
Гранулема	Granuloma	Воспалительное разрастание тканей
Грануляция	Granulationes	Молодая соединительная ткань
	-Д-	
Дегенерация	Degeneratio	Перерождение
Дезинтоксикация	Desintoxicatio	Освобождение от отравления
Декомпенсация	Decompensatio	Отсутствие уравнивания
Декортикация	Decorticatio	Снятие коры органа
Демаркация	Demarcatio	Ограничение
Депрессия	Depressio	Угнетенное состояние
Дермоид	Dermoides	Киста, содержащая кожные образования
Десенсибилизация	Desensibilizatio	Уменьшение чувствительности к воздействию
Деструкция	Destructio	Разрушение нормальной анатомической структуры
Дефанс	Defans	Напряжение мышц
Дефекация	Defaecatio	Испражнение

Дефект	Defect	Недостаток
Диарея	Diarrhea	Понос
Диастола	Diastole	Расслабление отделов сердца после сокращения
Дизурия	Disuria	Болезненное мочеиспускание
Дилатация	Dilatatio	Расширение
Дисбактериоз	Dysbacteriosis	Нарушение равновесия микрофлоры
Диспепсия	Dyspepsia	Нарушение пищеварения
Дистрофия	Dystrophia	Нарушение питания
Дисфагия	Dysphagia	Расстройство глотания
Диурез	Diuresis	Мочеотделение
Долор	Dolor	Боль
Дуоденит	Duodenitis	Воспаление 12-перстной кишки

-И-

Илеит	Peitis	Воспаление подвздошной кишки
Илеус	Peus	Непроходимость кишечника, заворот кишок
Иммобилизация	Immobilisatio	Создание неподвижной части тела
Иммунотерапия	Immunotherapia	Лечение вакцинами и сыворотками
Имплантация	Implantatio	Пересадка
Инвагинация	Invaginatio	Внедрение одной части кишки в другую
Инвазия	Invasio	Заражение животными-паразитами
Индурация	Induratio	Разрастание соединительной ткани
Интермиттирующий	Intermittens	Периодический, перемежающийся
Интерстициальный	Interstitialis	Соединительнотканый
Интима	Intimus	Внутренняя оболочка кровеносных сосудов

Инфильтрация	Infiltratio	Проникновение в ткани и накопление в них несвойственных им клеток, жидкостей
Инцизия	Incisio	Разрез
Ирригоскопия	Irrigoscopia	Рентгенологическое исследование толстой кишки
Ишемия	Ischemia	Местное малокровие
Ишурия	Ischuria	Задержка мочи

-К-

Калькулезный	Calculosis	Каменистый
Кальциноз	Calcinosis	Обызвествление
Канцер	Cancer	Рак
Карбункул	Carbunculus	Скопление фурункулов с общим инфильтратом
Кардиоспазм	Cardiospasmus	Спазм входа в желудок
Карцинома	Carcinoma	Рак
Кахексия	Cachexia	Общее истощение организма
Киста	Cysta	Патологическая полость
Кифоз	Kyphosis	Искривление позвоночника выпуклостью кзади
Коагулограмма	Coagulogramma	Результаты исследования свертывающей системы крови
Коагуляция	Coagulatio	Свертывание
Колика	Colica	Приступ схваткообразных болей в брюшной полости
Колит	Colitis	Воспаление толстой кишки
Коллапс	Collapses	Резкое ослабление кровообращения
Колон	Colon	Ободочная кишка
Комиссуротомия	Comissurotomia	Рассечение спаек

Конкременты	Concrementum	Камни
Коронарная	Coronaria	Венечная
Коронаросклероз	Coronarosclerosis	Склероз венечных артерий
Крепитация	Crepitatio	Хрустящий звук
-Л-		
Лапаротомия	Laparotomia	Чревосечение, вскрытие живота
Латентный	Latentis	Скрытый
Лейкоцитоз	Leucocytosis	Увеличение числа лейкоцитов в крови
Лигатура	Ligatura	Нить для перевязки сосудов
Лимфаденит	Lymphadenitis	Воспаление лимфатических узлов
Лимфангиома	Lymphangioma	Доброкачественная опухоль лимфатических сосудов
Лимфангит	Lymphangitis	Воспаление лимфатических сосудов
Лимфогранулематоз	Lymphagranulomatosis	Заболевание лимфатических сосудов
Лимфоррея	Lymphorrhoea	Истечение лимфы из лимфатических сосудов
Лимфосаркома	Lymphosarcoma	Злокачественная опухоль из лимфоидной ткани
Липома	Lipoma	Доброкачественная опухоль из жировой ткани
Лобэктомия	Lobectomy	Удаление доли легкого
Лордоз	Lordosis	Искривление позвоночника вперед
-М-		
Макропсия	Macropsia	Метод визуального исследования биологических объектов
Мастит	Mastitis	Воспаление грудной железы
Мастопатия	Mastopathy	Гиперпластический процесс молочной железы

Мастэктомия	Mastectomy	Операция удаления молочной железы
Мегаколон	Megacolon	Увеличенная толстая кишка
Медиастенит	Mediastenitis	Воспаление клетчатки средостения
Мезоаденит	Mesadenitis	Воспаление брыжеечных лимфатических узлов
Меланома	Melanoma	Злокачественная опухоль из пигментных клеток
Мелена	Melaena	Черный кал
Метаплазия	Metaplasia	Преобразование ткани
Метастаз	Metastasis	Перенос болезненного начала в другое место тела
Метеоризм	Meteorismus	Вздутие живота газами
Миастения	Myasthenia	Мышечная слабость
Миксома	Myxoma	Опухоль из соединительной ткани с содержанием слизи
Миома	Myoma	Опухоль из мышечной ткани
-Н-		
Невралгия	Neuralgia	Боли по ходу нерва
Невринома	Neurinoma	Волокнистая опухоль
Нефрит	Nephritis	Воспаление почек
Нефроз	Nephrosis	Перерождение почек
Нефролитиаз	Nephrolithiasis	Почечнокаменная болезнь
Нефроптоз	Nephroptosis	Опущение почки
Нефросклероз	Nephrosclerosis	Уплотнение почки
Нефростомия	Nephrostoma	Наложение почечного свища
Нефротомия	Nephrotomia	Рассечение почки
Нефрэктомия	nephrectomia	Удаление почки

-О-

Облитерация	Obliteratio	Заращение просвета
Обструкция	Obstructio	Непроходимость
Обтурация	Obturatio	Закупорка
Олигурия	Oliguria	Уменьшение количества отделяемой мочи
Ортопноэ	Orthopnoe	Одышка с вынужденным сидячим положением больного
Орхит	Orchitis	Воспаление яичка
Остеома	Osteoma	Опухоль из костной ткани
Остеомиелит	Osteomyelitis	Воспаление костного мозга
Остеопороз	Osteoporosis	Разрежение кости
Остеосаркома	Osteosarcoma	Злокачественная опухоль, исходящая из кости
Остеосинтез	Osteosynthesis	Операция соединении отломков кости

-П-

Паллиатив	Palliatif	Средство, временно облегчающее болезнь
Панариций	Panaricium	Гнойный воспалительный процесс пальца
Пандемия	Pandemia	Широкомасштабная эпидемия
Панкреатит	Pancreatitis	Воспаление поджелудочной железы
Папиллома	Papilloma	Сосочковая опухоль
Паранефрит	Paranephritis	Воспаление околопочечной клетчатки
Параплегия	Paraplegia	Паралич обеих конечностей
Парапроктит	Paraproctitis	Воспаление клетчатки, окружающей прямую кишку
Парез	Paresis	Неполный паралич

Парентеральный	Parenteralis	Находящийся вне пищеварительного тракта
Паренхима	Parenchyma	Собственное вещество органа
Патология	Patologia	Наука о болезнях
Пельвиоперитонит	Pelvioperitonitis	Ограниченное воспаление брюшины малого таза
Пенетрирующий	Penetro	Проникающий
Периартериит	Periarteriitis	Воспаление наружной оболочки артерии
Перибронхит	Peribronchitis	Воспаление наружной оболочки бронха
Перикардотомия	Pericardiotomia	Вскрытие околосердечной сумки
Перинеотомия	Perineotomia	Срединное рассечение промежности
Перитонит	Peritonitis	Воспаление брюшины
Перифокальный	Perifocalis	Околоочаговый
Перфорация	Perforatio	Прободение
Перфузия	Perfusio	Пропускание крови через сосуды в органы
Пилефлебит	Pilephlebitis	Воспаление воротной вены
Пилороспазм	Piloroasmus	Спазм привратника
Пилоростеноз	Piloroostenosis	Сужение привратника
Плацебо	Placebo	Мнимое лекарство
Плеврит	Pleuritis	Воспаление серозной оболочки легких
Плеврэктомия	Pleurectomia	Удаление стенок гнойной плевральной полости
Пневматоз	Pneumatosis	Образование в тканях воздухосодержащих кист
Пневмонэктомия	Pneumonectomia	Полное удаление легкого
Пневмоперитонеум	Pneumoperitoneum	Введение воздуха в брюшную

		полость
Пневмопноторакс	Pneumopiothorax	Наличие гноя и воздуха в плевральной полости
Пневмосклероз	Pneumosclerosis	Разрастание соединительной ткани в легком
Превентивный	Praeventivus	Предупреждающий
Продромальный	Prodromus	Предвещающий
Проктит	Proctitis	Воспаление слизистой прямой кишки
Пролапс	Prolapsus	Выпадение наружу какого-либо внутреннего органа
-P-		
Рабдомиома	Rhabdomyoma	Опухоль из поперечнополосатых мышц
Реампутация	Reamputatio	Повторная ампутация
Регургитация	Regurgitatio	Обратный ток
Резорбция	Resorbtio	Всасывание
Реконвалесцент	Reconvalescent	Выздоровливающий
Ректороманоскопия	Rectoromanoscopia	Осмотр нижнего отдела кишечника
Релаксация	Relaxatio	Расслабление напряжения
Респираторный	Respiratum	Дыхательный
Ретракция	Retractio	Самопроизвольное отделение сыворотки от сгустка
Рецидив	recedivum	Возврат (болезни)
-C-		
Санация	Sanatio	Оздоровление
Саркома	Sarcoma	Злокачественная опухоль соединительнотканного происхождения
Секвестр	Sequestrum	Участок некротизированной ткани, не подвергающийся аутолизу

Сенсибилизация	Sensibilisatio	Повышение реактивной чувствительности
Серозный	Serosus	Водянистый
Сигмоидит	Sigmoiditis	Воспаление сигмовидной кишки
Симпатэктомия	Sympathectomia	Резекция симпатического нерва
Симптом	Symptomum	Признак патологического состояния или болезни
Синдром	Syndromum	Стечение признаков
Солиитарный	Solitaris	Одинокий
Сопор	Spoor	Беспамятство, глубокий патологический сон
Спирометрия	Spirometria	Метод измерения жизненной емкости легких
Спленомегалия	Splenomegalia	Увеличение селезенки
Спленэктомия	Splenectomy	Удаление селезенки
Спонтанный	Spontaneus	Самопроизвольный
Спорадический	Sporadikos	Появляющийся от случая к случаю
Стаз	Stasis	Застой
Стеноз	Stenosis	Сужение
Странгурия	Strangulatio	Удушье, ущемление
Стриктура	Stricture	Сужение канала
Струма	Struma	Увеличение щитовидной железы
Струмит	Strumitis	Воспаление зоба
Струмэктомия	Strumectomy	Удаление зоба
Субкомпенсация	Subcompensatio	Неполное уравнивание
-Т-		
Тампонада	Tamponade	Заполнение ран стерильным материалом

Тахипноэ	Tachipnoe	Патологическое учащение дыхания
Тендовагинит	Tendovaginitis	Воспаление сухожильного влагалища
Тератома	Teratoma	Врожденная сложная опухоль
Терминальный	Terminalis	Конечный
Тимпанический	Tympanum	Звук с барабанным оттенком
Тиреоидит	Thyreoiditis	Воспаление щитовидной железы
Тиреотоксикоз	Thyreotoxicosis	Интоксикация, связанная с повышенной активностью щитовидной железы
Тифлит	Typhlitis	Воспаление слепой кишки
Токсемия	Toxaemia	Наличие в крови ядовитых веществ
Толерантность	Tolerantia	Выносливость
Томография	Tomographia	Послойное рентгенологическое исследование
Тонзиллит	Tonsillitis	Воспаление миндалин
Торакопластика	Thoracoplastica	Операция удаления ребер
Торакоскопия	Thoracoscopia	Метод осмотра плевральной полости
Торакотомия	Thoracotomia	Рассечение грудной клетки
Торакоцентез	Thoracocentesis	Пункция плевральной полости
Трансплантация	Transplantatio	Пересадка
Транссудат	Transsudatum	Очная жидкость
Трансфузия	Transfusio	Переливание
Тромбофлебит	Trombophlebitis	Воспаление вены, сопровождающееся тромбозом
Тумор	Tumor	Опухоль
	-У-	
Ульцерозный	Ulcerosus	Язвенный

Уремия	Uremia	Интоксикация организма собственными продуктами белкового обмена
Уролитиаз	Urolithiasis	Образование камней в мочевых путях
-Ф-		
Фиброзный	Fibrosus	Соединительнотканый
Фиброма	Fibroma	Доброкачественная опухоль из соединительной ткани
Фибромиома	Fibromyoma	Опухоль из соединительной и мышечной ткани
Фибросаркома	Fibrosarcoma	Злокачественная соединительнотканная опухоль
Флебит	Phlebitis	Воспаление вены
Флебография	Phlebographia	Рентгеноконтрастное исследование вен
Флебосклероз	Phleboscclerosis	Разрастание соединительной ткани в стенке вен
Флегмона	Phlegmona	Разлитое воспаление рыхлой клетчатки
-Х-		
Холангит	Cholangitis	Воспаление желчных ходов
Холемия	Cholemia	Накопление в крови составных частей желчи
Холестаз	Cholestasis	Недостаточность выделения желчи
Холецистит	Cholecystitis	Воспаление желчного пузыря
Холецистография	Cholecystographia	Рентгеноконтрастное исследование желчного пузыря
Хондрома	Chondroma	Доброкачественная опухоль из хрящевой ткани
Хондросаркома	Chondrosarcoma	Злокачественная опухоль из хрящевой ткани

-Ц-

Цианоз	Cyanosis	Синюшное окрашивание кожных покровов
Цирроз	Cirrhosis	Разрастание плотной соединительной ткани органа

-Ш-

Шок	Choc	Общее потрясение организма
-----	------	----------------------------

-Э-

Эвакуация	Evacuatio	Удаление, опорожнение
Эвентрация	Eventratio	Выпадение брюшных внутренностей
Эзофагоскопия	Oesophagoscopia	Осмотр пищевода
Эзофаготомия	Oesophagotomia	Операция вскрытия пищевода
Экзема	Eczema	Хроническое рецидивирующее заболевание кожи
Экзитус	Eczitus	Выход, конец
Экзогенный	Exogenus	Возникающий вследствие внешних причин
Экскременты	Excrementum	Испражнения
Экспирация	Expiratio	Выдох, выдыхание
Экссудат	Exudatum	Выпотевание жидкости при воспалении
Экстирпация	Extirpatio	Радикальное удаление
Экстравазат	Extravasatum	Кровь, вышедшая из кровеносных сосудов в ткани
Электрокоагуляция	Electrocoagulatio	Прижигание патологической ткани электрическим током
Эмболия	Embolia	Закупорка кровеносного сосуда частичками, приносимыми с током крови
Эмпиема	Empyema	Скопление гноя

Эмфизема	Emphysema	Растяжение органа или ткани воздухом
Эндартериит	Endarteriitis	Воспаление артерий конечностей
Эндогенный	Endogenous	Возникающий вследствие внутренних причин
Эндоскопия	Endoscopia	Метод исследования внутренних органов

## **8. Примерная тематика курсовых проектов (работ)- не предусмотрено.**

## **9. Литература:** прилагается

## **10. Материально-техническое обеспечение дисциплины:**

1. Мультимедийные комплексы, нетбуки,
2. Хирургические инструменты
3. Оснащение лаборатории клеточной хирургии.
4. Базовое обеспечение хирургическое отделение О.Ж.Д.Б. ст. Махачкала, ГБУ РД РКБ - ЦСЭМП

## **11. Методические рекомендации по организации изучения дисциплины:**

Обучение складывается из аудиторных занятий и самостоятельной работы. Основное учебное время выделяется на практические занятия и практику помощника врача.

Работа с учебной литературой рассматривается как вид учебной работы по дисциплине и выполняется в пределах часов, отводимых на её изучение. Каждый обучающийся обеспечивается доступом к библиотечным фондам ВУЗа.

В соответствии с требованиями ФГОС ВПО необходимо широко использовать в учебном процессе активных и интерактивных форм проведения занятий (компьютерные симуляции, деловые и ролевые игры, разбор конкретных ситуаций и т.д.). Удельный вес занятий, проводимых в интерактивных формах, должен составлять не менее 10 % аудиторных занятий.

Работа студента в группе формирует чувство коллективизма и коммуникабельность.

Самостоятельная работа студентов способствует формированию деонтологии поведения, аккуратности, дисциплинированности.

Самостоятельная работа с литературой, написание рефератов, публичные выступления формируют способность анализировать медицинские и социальные проблемы, умение использовать на практике естественнонаучных, профессиональных дисциплин в различных видах профессиональной и социальной деятельности.

Различные виды учебной работы, включая самостоятельную работу студента, способствуют овладению культурой мышления, способностью в письменной и устной речи логически правильно оформить его результаты; готовностью к формированию системного подхода к анализу медицинской информации, восприятию инноваций; формируют способность и готовность к самосовершенствованию, самореализации, личностной и предметной рефлексии.

Различные виды учебной деятельности формируют способность в условиях развития науки и практики к переоценке накопленного опыта, анализу своих возможностей, умение приобретать новые знания, использовать различные формы обучения, информационно-образовательные технологии.

### **Примеры оценочных средств для текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации:**

Контрольно-диагностические материалы представлены в виде:

1. Вопросов для подготовки к итоговым занятиям по разделам
2. Ситуационных задач по разделам
3. Вопросов для подготовки к экзамену
4. Тестовых заданий

### **ПРИМЕРЫ:**

Вопросы для подготовки к контрольному занятию по разделу: ПЕРИТОНИТЫ.

1. Классификация перитонита по характеру экссудата.
2. Охарактеризуйте токсическую стадию перитонита.
3. Дифференциальная диагностика перитонита и острого инфаркта миокарда.
4. Техника проведения фракционного диализа при перитоните.
5. Способы дезинтоксикации при перитоните.

### **ПРИМЕРЫ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ:**

**Задача 1.** Какие факторы имеют значение в возникновении мастопатии.

1) нарушение менструального цикла; 2) эндокринные заболевания; 3) нервно-психические заболевания; 4) ранние перенесенные маститы; 5) тип конституции. Выберите правильную комбинацию ответов: а) 1,2,3; б) 1,2,3,5; в) 3,4,5; г) 2,3,5; д) все верно.

**Задача 2.** Причины перехода острой эмпиемы в хроническую может быть все, кроме.: а) неудачной попытки облитерации полости в остром периоде; б) преждевременного удаления дренажа; в) большой первичной полости; г) туберкулеза и другой специфической флоры; д) бронхоплеврального свища.

**Задача 3.** При магистральном типе варикозной болезни нижних конечностей показано: а) только склеротерапия; б) комбинированное лечение (склеротерапия + операция); в) только бинтование эластическим бинтом; г) только операция Троянова-Тренделенбурга; д) только операция Линтона.

**Задача 4.** Опираясь на больного 50 лет, по поводу рака тела желудка вы обнаружили прорастание опухоли в левую долю печени, отдаленных метастазов нет. Укажите оптимальный объем операции: а) резекция 2/3 желудка; б) субтотальная, проксимальная резекция; в) субтотальная, дистальная резекция; г) гастрэктомия с сочетанием с атипичной резекцией левой доли печени; д) эсплоративная лапаротомия.

### **3. Вопросы для подготовки к экзамену**

1. Факультетская хирургия как основа для развития клинического мышления, дифференциальной диагностики, показаний к оперативному лечению.
2. Нагноительные заболевания легких и плевры, патогенез развития, диагностика, клиника, лечение.
3. Острый панкреатит, этиология, патогенез, классификация, диагностика, клиника и лечение.

### **4. ПРИМЕРЫ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ:**

При обследовании больного используется:  
+ обзорная рентгенография брюшной полости  
+ лапароскопия  
+ фиброгастроскопия  
+ ректороманоскопия  
+ колоноскопия.

## **5. Пример экзаменационного билета.**

ГБОУ ВПО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ

Лечебный факультет

**УТВЕРЖДАЮ**

Декан лечебного факультета,

Профессор \_\_\_\_\_

«-----» -----2019 г.

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №1 ПО ФАКУЛЬТЕТСКОЙ  
ХИРУРГИИ ДЛЯ СТУДЕНТОВ 4 КУРСА ЛЕЧЕБНОГО ФАКУЛЬТЕТА**

1. Мастит: понятие, классификация, стадии острого мастита, клиника, диагностика, лечение.
2. Патогенез артериальной эмболии. Факторы риска развития острого артериального тромбоза. Клиническая картина.
3. Хирургическое лечение острого аппендицита. Способы и методы. Доступы. Этапы открытой аппендэктомии. Показания и противопоказания к лапароскопической аппендэктомии.
4. 33-летний мужчина в течение года страдает хроническим кашлем. Весной и осенью этого года он болел воспалением легких, которое было быстро вылечено соответствующей терапией. Объективно: гемоптоэ, по утрам неприятный запах изо рта, трехслойная мокрота. В правой нижней доле влажные, незвучные крупно и среднепузырчатые хрипы. Температура 37,2°. Легкий цианоз губ, пальцы в виде барабанных палочек. К какому предварительному диагнозу вы пришли?

**Зав кафедрой**

**Р.М.Газиев**

**ВОПРОСЫ СОБЕСЕДОВАНИЯ ПО ФАКУЛЬТЕТСКОЙ ХИРУРГИИ  
ДЛЯ СТУДЕНТОВ 4 КУРСА ЛЕЧЕБНОГО ФАКУЛЬТЕТА**

1. Мастит: понятие, классификация, стадии острого мастита, клиника, диагностика, лечение.

2. Дисгормональные гиперплазии молочных желез. Определение, классификация, клиника, диагностика, лечение.
3. Доброкачественные опухоли молочных желез. Классификация, клиника, диагностика, лечение.
4. Рак молочной железы: эпидемиология, этиология, отечественная классификация по стадиям. Симптомы рака молочной железы. Узловой рак молочной железы.
5. Международная классификация рака молочной железы по системе TNM. Классификация рака по клиническим формам. Диагностика рака молочной железы.
6. Пути лимфогенного метастазирования рака молочной железы. Рак молочной железы у мужчин. Дифференциальная диагностика рака молочной железы у мужчин с гинекомастией. Принципы лечения.
7. Принципы лечения рака молочной железы. Методы хирургического лечения и показания к ним. Принципы комбинированного и комплексного лечения. Химиотерапия. Лучевая терапия.
8. Диффузные формы рака молочной железы. Характеристика, клиника, диагностика, лечение. Специальные методы исследования рака молочной железы.
9. Классификация нагноительных заболеваний легких: этиология, патогенез, диагностика. Патанатомия абсцесса и гангрены легких.
10. Абсцесс легкого: понятие, этиопатогенез, клиника, до и после вскрытия абсцесса. Рентгенологическая картина до и после вскрытия.
11. Дифференциальная диагностика абсцесса легкого с туберкулезом, нагноившейся эхинококковой кистой, полостной формой рака легкого. Принципы лечения. Показания к операции.

12. Хронический абсцесс легкого: характеристика. Причины перехода острого абсцесса в хронический. Клиника, диагностика, лечение.
13. Гангрена легкого: понятие, этиология, патанатомия, патогенез, клиника диагностика, лечение.
14. Бронхоэктатическая болезнь: этиология, патогенез, стадии развития бронхоэктазов, клиника, диагностика. Консервативное лечение бронхоэктатической болезни.
15. Клинические стадии БЭБ. Показания к хирургическому лечению. Методы оперативного лечения.
16. Классификация плевритов по клиническому течению и характеру экссудата. Характеристика плеврального выпота. Понятия трансудата и экссудата. Пути проникновения инфекции в плевральную полость.
17. Эмпиема плевры: понятие, классификация, стадии развития, патанатомия, клиника, диагностика.
18. Пиопневмоторакс: определение, причины, форм, клиника, диагностика, лечение.
19. Дифференциальная диагностика эмпием плевры с крупозной пневмонией, с большими субплевральными абсцессами и нагноившимися легочными кистами. Причины безуспешных плевральных пункций.
20. Классификация гнойных плевритов по распространенности процесса. Диагностика клиническая и инструментальная. Дифференциальная диагностика гнойного плеврита с ателектазом нижней доли легкого.
21. Основные методы лечения эмпиемы плевры. Показания и методы открытого лечения. Закрытый метод лечения эмпиемы плевры.

22. Хроническая эмпиема плевры. Причины перехода острого гнойного плеврита в хронический. Клиника. Диагностика. Лечение. Осложнения хронической эмпиемы плевры.
23. Хирургическая анатомия легких. Этиопатогенез рака легкого (РЛ). Предраковые заболевания легких.
24. Клинико-анатомическая классификация РЛ. Характеристика центрального, периферического и атипического РЛ. Особенности течения.
25. Гистологическая классификация РЛ. Стадии рака легкого. Профилактика и раннее выявление рака легкого.
26. Международная классификация рака легкого по системе TNM. Симптоматика, клиника центрального и периферического РЛ.
27. Алгоритм обследования больного раком легкого. Цитоморфологическая и бронхологическая диагностика. Диффдиагностика центрального и периферического РЛ с другими заболеваниями.
28. Метастазирование рака легкого. Медиастиноскопия, торакоскопия и диагностическая торакотомия при раке легкого. Основные онкологические принципы радикального лечения рака легкого.
29. Хирургическое лечение рака легкого. Показания к лобэктомии, билобэктомии, пневмонэктомии. Комбинированное и комплексное лечение РЛ.
- 30.** Хирургическая анатомия червеобразного отростка, варианты расположения. Особенности распространения. Этиология и патогенез острого аппендицита. Классификация.
- 31.** Клиника острого аппендицита по формам. Характеристика важнейших симптомов. Динамика общего состояния и лабораторных

данных при различных формах аппендицита. Диагностика ОА, характеристика методов исследования.

**32.** Дифференциальная диагностика острого аппендицита с острым гастроэнтеритом, острыми заболеваниями придатков матки, с прободной язвой желудка. Аппендикулярный инфильтрат. Характеристика. Тактика хирурга при аппендикулярном инфильтрате.

**33.** Дифференциальная диагностика острого аппендицита с острым холециститом, острым панкреатитом и правосторонней почечной коликой. Аппендикулярный абсцесс. Понятие. Тактика хирурга.

**34.** Дифференциальная диагностика острого аппендицита с острой кишечной непроходимостью, с болезнью Крона и острым мезоаденитом. Острый аппендицит, осложненный пилефлебитом. Понятие. Тактика хирурга.

**35.** Особенности клинической картины острого аппендицита у детей, беременных и лиц пожилого возраста. Особенности клиники ОА при ретроцекальном расположении и тазовом расположении отростка.

**36.** Хирургическое лечение острого аппендицита. Способы и методы. Доступы. Этапы открытой аппендэктомии. Показания и противопоказания к лапароскопической аппендэктомии.

**37.** Хронический аппендицит. Классификация, характеристика, диагностика, лечение. Тактика хирурга при несоответствии клинической картины и макроскопических данных во время операции. Показания к дренированию брюшной полости.

**38.** Хирургическая анатомия прямой кишки. Врожденные аномалии развития прямой кишки. Классификация, клиника, диагностика, лечение.

**39.** Геморрой. Этиопатогенез. Классификация, стадии выпадения, консервативное лечение. Показания и противопоказания к оперативному лечению. Способы операции. Осложнения геморроя.

40. Алгоритм обследования больных с доброкачественными заболеваниями прямой кишки. Трещина заднего прохода: характеристика, диагностика, лечение.
41. Острый парапроктит. Характеристика, этиология, патогенез. Классификация. Клиника в зависимости от локализации. Основные принципы лечения.
42. Хронический парапроктит. Характеристика, этиология, патогенез, классификация, диагностика, оперативное лечение. Рецидивирующий парапроктит.
43. Выпадение прямой кишки. Этиопатогенез, патанатомия, классификация, стадии впадения. Дифференциальная диагностика и лечение.
44. Грыжи живота. Определение. Классификации грыж по происхождению, по локализации, по клиническому течению.. Предрасполагающие и производящие факторы образования грыж.
45. Патогенез образования грыж. Составные элементы наружных грыж.
46. Осложненные грыжи. Характеристика и патогенез. Факторы, определяющие невправимость грыж. Отличие невправимой грыжи от ущемленной.
47. Хирургическая анатомия паховой области. Виды паховых грыж по механизму образования. Различие между косой и прямой паховыми грыжами. Скользящие грыжи.
48. Неосложненная паховая грыжа. Основные симптомы. Диагностика Абсолютные и относительные противопоказания к операции Дифференциальная диагностика с варикоцеле и гидроцеле. Основные этапы грыжесечения.

49. Ущемленная паховая грыжа. Клиника, диагностика. Основные этапы грыжесечения. Определение жизнеспособности ущемленной кишки. Опасность попытки вправления ущемленной кишки.
50. Хирургическая анатомия бедренного канала. Различия между бедренными и паховыми грыжами. Способы пластики при бедренных грыжах.
51. Грыжи белой линии живота. Клиника, диагностика. Пупочные грыжи. Клиника, диагностика. Способы пластики.
52. Послеоперационная вентральная грыжа. Клиника, диагностика. Оперативное лечение. Скользящие грыжи. Особенности течения. Диагностика. Особенности оперативного лечения.
53. Перитонит. Определение. Статистика. Классификация перитонита по клиническому течению, по распространенности, по характеру экссудата.
54. Местный отграниченный перитонит. Характеристика. Наиболее частые локализации. Клиника. Диагностика. Лечение. Объем операции и послеоперационное лечение.
55. Местный неотграниченный перитонит. Клиника, диагностика. Лечение. Объем операции и послеоперационное лечение.
56. Распространенный диффузный перитонит. Характеристика. Клиника. Диагностика, лечение. Объем операции, дренирование брюшной полости. Послеоперационное ведение больного.
57. Распространенный общий перитонит. Характеристика. Клиника. Диагностика. Лечение. Объем операции, дренирование брюшной полости. Послеоперационное ведение больного.
58. Этиология и патогенез перитонита. Стадии острого гнойного перитонита, их характеристика. Клиника.
59. Инструментальная диагностика перитонита. Дифференциальная диагностика с другими заболеваниями. Основные принципы лечения и

перитонитов. Показания к промыванию брюшной полости. Методы введения антибиотиков в брюшную полость.

60. Способы детоксикации при перитоните. Осложнения перитонита в ближайшем и отдаленном периодах.

61. Особые формы перитонита. Классификация. Этиология. Клиника. Диагностика. Принципы лечения.

62. Хирургическая анатомия и физиологические особенности желудка и 12 ПК. Этиопатогенез язвенной болезни желудка. Патанатомия и стадии развития язвы.

63. Неосложненная ЯБЖ. Этиопатогенез, клиника, диагностика, принципы лечения. Каллезная язва желудка, понятие, клиника, диагностика, лечение.

64. Пенетрирующая язва желудка и 12 ПК. Клиника, диагностика, лечение. Прикрытые перфорации. Особенности клиники. Тактика хирурга. Селективная и стволовая ваготомия. Показания, характеристика.

65. Пилородуоденостеноз: этиопатогенез, классификация, клиника, тактика лечения. Понятие о гастрогенной тетании.

66. Прободная язва желудка и 12 ПК. Фазы течения. Дифференциальная диагностика. Хирургическая тактика. Объем операции на желудке. Показания и противопоказания.

67. Кровоточащие язвы желудка и 12 ПК. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика Тактика хирурга, лечение.

68. Методы хирургического лечения ЯБЖ и 12 ПК. Показания (абсолютные и относительные) и противопоказания. Основные принципы резекции желудка. Виды анастомозов.

69. Симптоматические язвы желудка (понятие). Синдром Маллори-Вейса: этиология, клиника, диагностика, лечение.

70. Эпидемиология, этиопатогенез рака желудка. Международная классификация по системе TNM.
71. Клинико-анатомическая классификация рака желудка. Макроскопическая характеристика по типу роста опухоли. Гистологическая классификация рака желудка.
72. Роль эндоскопии в диагностике рака желудка. Эндоскопическая классификация рака желудка, критерии инвазии. Синдром «малых признаков» по Савицкому.
73. Основные и обязательные методы диагностики рака желудка. Их характеристика и критерии оценки патологии.
74. Лимфогенное метастазирование рака желудка. Отдаленное метастазирование. Группы лиц повышенного риска по отношению к раку желудка.
75. Клиника рака желудка в зависимости от локализации (общие и местные симптомы). Понятие ранний рак желудка. Дифференциальная диагностика рака желудка с другими заболеваниями желудка.
76. Основные принципы радикального лечения рака желудка. Показания и противопоказания. Типы радикальных операций при раке желудка.
77. Показания к паллиативным операциям при раке желудка и типы операций. Химиотерапия при раке желудка
- 78.** Классификация ОКН по механизму возникновения, по клиническому течению, по степени сужения, по стадиям развития.
- 79.** Этиология, патогенез, клиника ОКН.
- 80.** Диагностика ОКН. Специальные метод исследования. Показатели клинических и рентгенологических исследований.
- 81.** Дифференциальная диагностика паралитической и механической ОКН. Клиническая характеристика обтурационной и странгуляционной ОКН.

82. Дифференциальная диагностика ОКН с другими заболеваниями органов брюшной полости. Паралитическая кишечная непроходимость. Клиника, диагностика, лечение.
83. Консервативные методы разрешения ОКН. Показания и объем лечебных мероприятий.
84. Оперативные методы устранения ОКН. Послеоперационное введение больных.
85. Виды оперативных вмешательств при обтурационных формах ОКН.
86. Показания к резекции кишки и объем операции в зависимости от уровня острой тонко- и толстокишечной непроходимости.
87. ОКН как осложнение другой острой патологии брюшной полости.
88. Эпидемиология рака прямой кишки. Этиология, патогенез и патанатомия. Классификация рака прямой кишки по локализации и стадиям развития.
89. Международная классификация рака прямой кишки. Метастазирование по Брайцеву.
90. Клиника-инструментальная и морфологическая диагностика РПК. Характеристика по типу роста опухоли.
91. Клиника рака прямой кишки: общие и местные симптомы. Характеристика рака прямой кишки в зависимости от уровня поражения.
92. Дифференциальная диагностика рака прямой кишки с ворсинчатой аденомой, полипом, геморроем. Осложнения РПК.
93. Дифференциальная диагностика рака прямой кишки с туберкулезом и сифилисом. Принципы лечения рака прямой кишки.
94. Радикальные операции при раке прямой кишки. Показания, объем и уровень вмешательства.

95. Паллиативные операции при раке прямой кишки. Показания и объем вмешательства. Комбинированное и комплексное лечение рака прямой кишки (понятие).
96. Хирургическая анатомия и особенности физиологии желчного пузыря и желчевыводящих путей. Этиопатогенез и классификация ЖКБ.
97. Алгоритм обследования больных с ЖКБ. Общеклинические и биохимические изменения при ЖКБ. Характерные рентген и УЗИ признаки патологии.
98. Клинико-морфологическая классификация острого холецистита. Клиническая характеристика в зависимости от формы. Лечебная тактика. Показания к экстренным и срочным операциям. Осложнения острого холецистита.
99. Дифференциальная диагностика острого холецистита с прободной язвой желудка, правосторонней нижнедолевой пневмонией, острым аппендицитом и острым панкреатитом.
100. Хронический холецистит. Классификация, клиника, диагностика, лечение. Холецистопанкреатит: понятие, этиология.
101. Способы и методы оперативного лечения ЖКБ. Показания и противопоказания к лапароскопической холецистэктомии. Хирургические доступы к желчному пузырю. Постхолецистэктомический синдром. Понятие, классификация, принципы лечения.
102. Холедохолитиаз: диагностика, клиника, лечение. Виды наружного и внутреннего дренирования холедоха. Холангит: клиническая характеристика, лечение.
103. Механическая желтуха. Этиология, патогенез. Дифференциальная диагностика калькулезной желтухи с инфекционной и опухолевой желтухами. Методы диагностики. Лечение.

**104.** Острый панкреатит: понятие, этиология, патогенез. Классификация острого панкреатита и его осложнений. Фазы морфологических изменений.

**105.** Клиника острого панкреатита и его осложнения. Клинико-инструментальная диагностика острого панкреатита. Характерные УЗИ и лапароскопические признаки при остром панкреатите.

**106.** Современное комплексное лечение острого панкреатита. Консервативные и инвазивные методы лечения. Показания к хирургическому лечению и методы операций.

**107.** Токсические осложнения при остром панкреатите. Методы дезинтоксикационной терапии при остром панкреатите. Экстра и интракорпоральная детоксикация

**108.** Постнекротические осложнения острого панкреатита. Гнойный панкреатит. Этиология, клиника, принципы лечения. Рецидивирующий панкреатит.

**109.** Экспресс-диагностика и лечение острого панкреатита.

110. Хирургическая анатомия пищевода. Эпидемиология. Этиопатогенез. Клинико-анатомическая классификация рака пищевода.

111. Международная классификация рака по системе TNM. Макро и гистологическая характеристика РП.

112. Симптомы РП, характерные для поражения органов грудной полости; возвратного и симпатического нервов; диафрагмального и блуждающего нервов.

113. Клиника рака пищевода в зависимости от уровня поражения. Диагностика рака пищевода: рентгенологическая, эндоскопическая, морфологическая.

114. Дифференциальная диагностика РП и доброкачественных образований пищевода. Основные методы лечения. Показания к хирургическому лечению и методы оперативного вмешательства.

115. Дифференциальная диагностика РП с ахалазией, банальной язвой и рубцовой стриктурой. Многоэтапные операции при раке пищевода. Лучевая терапия РП.

116. Дифференциальная диагностика РП с туберкулезом и сифилисом. Метастазирование рака пищевода. Паллиативные операции при РП. Комбинированное лечение рака пищевода.

117. Классификация варикоза по клиническим формам и по развитию нарушений гемодинамики. Этиопатогенез первично-атонического, первично-клапанного и смешанного варикоза.

118. Клиника первично-атонического, первично-клапанного и смешанного варикоза. Осложнения. Дополнительные методы исследования.

119. Характеристика компенсированного и декомпенсированного варикоза. Функциональные пробы проходимости вен нижних конечностей.

120. Консервативное, лечение при варикозном расширении вен нижних конечностей. Флебосклерозирующая терапия. Показания, сущность и осложнения.

121. Хирургическое лечение варикозного расширения вен. Показания, противопоказания. Эпифасциальные методы.

122. Хирургические методы лечения варикозного расширения вен. Показания, противопоказания. Субфасциальные методы.

123. Этиология острых артериальных тромбозов и эмболий. Классификация тромбозов и эмболии в зависимости от первоисточника.

124. Патогенез артериальной эмболии. Факторы риска развития острого артериального тромбоза. Клиническая картина.

125. Острая ишемия конечности. Классификация, субъективные и объективные признаки острой ишемии конечности. Специальные методы диагностики. Дифференциальная диагностика тромбозов с эмболией.

126. Синдром Лериша. Клинические стадии, диагностика, лечение. Значение УЗДГ и контрастных методов исследования артерий. в диагностике артериальной непроходимости.

127. Комплексное лечение острой артериальной непроходимости. Консервативное лечение. Способы восстановления артериальной непроходимости.

128. Тромбоэмболия легочных артерий. Понятие. Классификация по объему и локализации, по клиническому течению. Виды нейрорефлекторных реакций при ЭЛА.

129. Рентгенологическая диагностика ЭЛА. Показания к оперативному лечению. Осложнения ЭЛА.

## **Тесты и ситуационные задачи для он-лайн контроля знаний студентов**

### **Раздел: Заболевания молочной железы.**

::Вопрос 1::Ткань молочной железы формируется из: \_\_\_\_\_{

= эктодермы

}

::Вопрос 2::В норме молочная железа располагается на уровне\_\_\_\_\_

межреберий: {

= III-VI

}

::Вопрос 3::На сколько квадрантов условно делится молочная железа:{

~ 12

~ 7

~ 18

= 5

~ 2

}

::Вопрос 4::Паренхима молочной железы состоит из:{

= 15-20

~ 12-14

~ 9-11

~ 22-25

~ 4-7 долек

}

::Вопрос 5::В состав молочной железы входят:{

~% 50% паренхима

~% 50% соединительная и жировая ткани

~ фасция большой грудной мышцы

~ кожа

~ сосок

}

::Вопрос 6::К порокам развития молочной железы относятся:{

~ мастопатия

~ мастит

~% 50% полителия

~% 50% полимастия

~ киста молочной железы

}

::Вопрос 7::Сосок формируется сходящимися \_\_\_\_\_ протоками под ареолой,

открываясь на поверхности соска отдельными отверстиями :{

= собирательными

}

::Вопрос 8::Верно ли что протоковая система содержит множество долек  
с ацинусами, терминальными, сегментарными и собирательными  
протоками: {

= TRUE

}

::Вопрос 9::Одним из способов первичного выявления заболеваний  
молочной железы является:{

~ общий анализ крови

~ флюорография

~ ЭКГ

= самообследование молочных желез

~ общий анализ мочи

}

::Вопрос 10::Верно ли что УЗИ является единственным методом диагностики  
заболеваний молочной железы?:{

= FALSE

}

::Вопрос 11::К инвазивным методам диагностики заболеваний молочной железы не

относятся:{

~ тонкоигольная аспирационная биопсия

~ трепанобиопсия

~ эксцизионная биопсия

~ дуктография

= УЗИ молочной железы

}

::Вопрос 12::К неинвазивным методам диагностики заболеваний молочной железы

относятся все, кроме:{

~ УЗИ молочной железы

~ МРТ

= трепанобиопсия

~ ПЭТ

~ Лазерная маммография

}

::Вопрос 13::Различают следующие стадии острого мастита, кроме:{

~ серозная

~ ифилтративная

~ абсцедирующая или флегмонозная

= кистозная

~ гангредозная

}

::Вопрос 14::При послеродовом мастите в стадии серозного воспаления целесообразно назначить иммобилизацию молочной железы,УФ - терапию,

сцеживание молока, смазывание сосков антисептиком :{

= TRUE

}

::Вопрос 15::Определите оптимальный вариант лечения острого гнойного интрамаммарного мастита:[

~ широкое вскрытие гнойника радиальным разрезом и дренирование

~ вскрытие гнойника разрезом по интрамаммарной складке

~ иссечение по типу секторальной резекции с ушиванием раны на дренаже

~ повторные пункции гнойника с введением антибиотиков

= все неверно

}

::Вопрос 16::Определите оптимальный вариант вскрытия острого гнойного

ретромаммарного мастита:{

~ радиальным доступом

~ периареолярным доступом

~ трансареолярным доступом

= субмаммарным доступом

~ субареолярным доступом

}

::Вопрос 17::К доброкачественным образованиям молочной железы

относятся все, кроме:{

~ фиброаденома

~ галактоцеле

= лимфома

~ киста

~ липома

}

:: Вопрос 18:: Какой фактор не имеет значение в возникновении мастопатии: {

~ наследственность

~ эндокринная патология

~ стресс

~ акушерский анамнез

= тип конституции

}

:: Вопрос 19:: Для мастопатии характерно нарушение соотношений

эпителиального и соединительнотканного компонентов, \_\_\_\_\_

и регрессивных изменений тканей молочной железы : {

= пролиферативных

}

:: Вопрос 20:: Пик заболеваемости мастопатией приходится не  
возраст... {#45лет}

:: Вопрос 21:: При фиброаденоме молочных желез отмечается следующая

симптоматика: {

~ положительный симптом «умбиликации»

= отрицательный симптом Кенига

~ отмечается выделения из соска

~ изменяется форма соска

~ симптом Пайра положительный

}

::Вопрос 22::У больной 45 лет вы заподозрили двухстороннюю фиброзно-кистозную

диффузную мастопатию. Выделений из сосков нет. Какое исследование вы предпримете для подтверждения диагноза: {

~ бесконтрастную маммографию

~ определение эстрогенов в суточной моче

~ контрастную маммографию

~ пункцию с цитологическим исследованием

= УЗИ молочных желез

}

::Вопрос 23::Женщина 35 лет обнаружила в молочной железе 3 узла, до этого в течение нескольких месяцев отмечала дискомфорт в железе перед менструацией. Образования гладкие, с четкими контурами, умеренно подвижные. Для уточнения диагноза подходит все, кроме: {

~ тонкоигольной биопсии

~ маммографии  
~ транслюминации  
~ УЗИ молочной железы  
= введения метиленовой сини в протоки  
}

::Вопрос 24::У 43-летней женщины с ненарушенным менструальным циклом вы

определили в нижне-наружном квадранте правой молочной железы гладкий,

плотный, безболезненный узел диаметром 3 см. С чем необходимо дифференци

ровать эту опухоль, кроме: {

~ фибромы

~ липомы

= жирового некроза

~ фиброзно-кистозной мастопатии

~ аденомы

}

::Вопрос 25::Биопсия молочной железы позволяет уточнить диагноз при следующих

заболеваниях, кроме: {

~ склерозирующего аденоматоза

~ плазмноклеточного мастита

~ внутрипротоковой папилломы

~ жирового некроза

= инфильтративного мастита

}

::Вопрос 26::Маммография единственный метод исследования при:{

= внутрипротоковых заболеваниях молочной железы

~ плановом обследовании у женщин старше 45 лет

~ наблюдении за оставшейся железой у перенесших мастэктомию

~ множественных кистах в железе

~ макромастии

}

::Вопрос 27::При фиброаденоме молочной железы показана операция:{

~ простая мастэктомия

~ радикальная резекция молочной железы

= секторальная резекция

~ операция Пейти

~ лампэктомия

}

::Вопрос 28::У женщины 32 лет диагностирована диффузная фиброзно-кистозная

мастопатия. Основное лечение пациентки исключает : {

~ антиоксидантно - метаболическую терапию

~ физиотерапию (УВЧ)

~ конкурентно - рецепторную терапию

= хирургическое вмешательство

~ гормональную терапию

}

::Вопрос 29::У женщины пальпируется небольшое образование в молочной железе,

кровянистые выделения из соска. Каков предварительный диагноз:{

~ рак Педжета

= внутрипротоковая папиллома

~ галактоцеле

~ фиброзно-кистозная мастопатия

~ мастодиния

}

::Вопрос 30::У пациентки 22 лет в верхне-наружном квадранте правой молочной железы обнаружено опухолевидное образование округлой формы, с гладкой поверхностью, не спаянное с окружающими тканями, с четкими границами, диаметром до 4 см. Деформации соска и выделений из него нет. Ваш диагноз: {

~ внутрипротоковая папиллома

= фиброаденома

~ фибрознокистозная мастопатия

~ панцирный рак

~ узловатая мастопатия

}

::Вопрос 31::Факторы риска при раке молочной железы все, кроме:{

~ патологии ткани молочной железы

~ репродуктивные, эндокринные

~ семейный анамнез, наследственный риск

= продолжительное кормление грудью.

~ окружающая среда и образ жизни

}

::Вопрос 32::К редким формам рака молочной железы относят все, кроме:{

~ рожеподобного

~ рака Педжета

~ панцирного

~ маститоподобного

= узлового

}

::Вопрос 33::Вид мастопатии с наибольшей склонностью к малигнизации:{

~ простая киста

~ диффузная

= внутрипротоковая папилома

~ узловая

~ простая гиперплазия

}

::Вопрос 34::К диффузным формам рака молочной железы относятся все, кроме:{

= рака Педжета

~ панцирного рак

~ рожеподобного

~ маститоподобного

~ отечно-инфильтративного

}

::Вопрос 35::Рак Педжета - это рак \_\_\_\_\_ молочной железы с поражением устьев крупных протоков: {

= соска

}

::Вопрос 36::Какие симптомы не относятся к поздним при раке молочной железы:{

~ симптом "лимонной корочки" над подозреваемой опухолью

~ ретракция соска

= пальпируемые узлы в молочной железе

~ мокнущий сосок

~ плоское уплотнение кожи над молочной железой

}

::Вопрос 37::Для II стадии рака молочной железы характерна опухоль диаметром:...{#до 5 см}

::Вопрос 38: У больной, 50 лет, правая молочная железа инфильтрирована, отечна,

резко уплотнена и увеличена в объеме. Кожа ее покрыта красными пятнами с неровными,

языкообразными краями. Сосок втянут и деформирован. Ваш диагноз? {

~ острый мастит

~ рак Педжета

= рожеподобный рак

~ солидный рак

~ панцирный рак

}

::Вопрос 39::Какие из перечисленных методов имеют наибольшее значение в диагностике рака молочной железы?{

~ определение эстрогенов в суточной моче

~ бесконтрастная маммография

~ определение катехоламинов в крови

~ пункционная биопсия

= эксцизионная биопсия

}

::Вопрос 40::Рак молочной железы метастазирует по лимфатическим путям, кроме:{

= ретростернальные узлы

~ в подмышечные узлы

~ паховые узлы

~ надключичные узлы

~ подключичные узлы

}

::Вопрос 41::Чем отличается мастэктомия по Пейти от операции по

Холстеду при раке молочной железы удалением \_\_\_\_\_ грудной  
мышцы? {

= малой

}

::Вопрос 42::Метастазирование по лимфатическому пути Героты - это

распространение процесса в:{

~ подмышечные лимфоузлы

~ надключичные лимфоузлы

~ печень

~ противоположную молочную железу

= паховые лимфоузлы

}

::Вопрос 43::Что подлежит удалению при радикальной мастэктомии по

Холстеду, кроме {

~ подлопаточные лимфоузлы

~ подмышечные лимфоузлы

~ подключичные лимфоузлы

= паховые лимфоузлы

~ грудные мышцы вместе с молочной железой

}

::Вопрос 44::Комплексная терапия опухолей молочной железы включает

следующие пункты, кроме: {

~ химиотерапию

~ эндокринную терапию

~ таргентную терапию

= антикоагулянты

~ лучевая терапия

}

::Вопрос 45::Неoadъвантной называется  
предоперационная \_\_\_\_\_

терапия : {

= вспомогательная

}

::Вопрос 4::К доброкачественным опухолям молочной железы не относится:{

~ аденома железы

~ аденома соска

~ папиллома протока

~ фиброаденома

= киста

}

::Вопрос 47::К доброкачественным дисплазиям молочной железы не относится:{

~ гинекомастия

~ аденоз

~ фибросклероз

= галактоцеле

~ эктазия протока

}

::Вопрос 48::К основным симптомам рака молочной железы не относится:{

= Горнера

~ Прибрама

~ Краузе

~ Кенига

~ лимонной корки

}

::Вопрос 49::Для химиотерапии по схеме ЦАФ не используют:{

= цефтриаксон

~ циклофосфан

~ адриамицин

~ фторафур

~ ксилоду

}

::Вопрос 50::Для химиотерапии по схеме ЦМФ не используют: {

~ фторафур

~ ксилоду

= доцетаксела

~ циклофосфан

~ метатрексат

}

::Вопрос 51::Сколько компонентов предполагает использование комбинированного лечения молочной железы....{#2}

::Вопрос 52::Сколько компонентов предполагает использование комплексного лечения рака молочной железы.... {#3}

::Вопрос 53::Какова курсовая доза лучевой терапии рака молочной железы.... {#60Гр}

::Вопрос 54::Верно ли, что только радикальная мастэктомия на ранних стадиях рака молочной железы у мужчин обеспечивает 5летнюю выживаемость? {

=TRUE

}

::Вопрос 55::Верно ли, что при узловой форме рака молочной железы для радикального лечения достаточно секторальной резекции? {

=FALSE

}

::Вопрос 56::Иссечение всего опухолевого узла для гистологического исследования называется \_\_\_\_\_ биопсией {  
= эксцизионной  
}

::Вопрос 57::Каким должно быть лечение при диффузной форме гинекомастии ?{

- ~ % 50% гормонотерапия
  - ~ % 50% подкожная мастэктомия
  - ~ наблюдение у онколога
  - ~ антибактериальная терапия
  - ~ витаминотерапия
- }

::Вопрос 58::Каким должно быть лечение при узловой форме гинекомастии ?{

- ~% 50% секторальная резекция
- ~ % 50% подкожная мастэктомия с удалением соска
- ~ гормонотерапия
- ~ простая мастэктомия
- ~ удаление в косметических целях

}

::Вопрос 59::Указывает на прорастание опухолью молочной железы

большой грудной мышцы ее \_\_\_\_\_{

= неподвижность

}

::Вопрос 60::Узловая форма рака молочной железы встречается в...{#80%}

### **Раздел: Нагноительные заболевания легких**

::Вопрос 61::В классификацию нагноительных заболеваний легких не входит{

~ абсцесс

~ гангрена

= эмпиема плевры

~ стафилококковая деструкция легких

~ нагноившиеся кисты легких

}

::Вопрос 62::Пути проникновения инфекции в легкие, кроме{

~ аспирационный

~ гематогенно- эмболический

= контактный

~ лимфогенный

~ травматический

}

::Вопрос 63::Абсцесс легкого-гнойно деструктивный процесс ограниченный  
фиброзной капсулой от ткани легкого {

=TRUE

}

::Вопрос 64::Гангрена легкого результат прогрессирующего некроза не  
имеющего ограничивающей капсулы {

=TRUE

}

::Вопрос 65::Сколько периодов различают при классическом течении  
острого

абсцесса легкого.... {#2}

::Вопрос 66::У больного с острым абсцессом легкого. диаметром 8-10 см, имеются признаки тяжелой интоксикации. Выберите оптимальный метод лечения{

~% 50% массивная антибиотикотерапия

~ бронхоскопия с катетеризацией полости абсцесса

~ % 50% торакотомия, лобэктомия

~ сеансы экстракорпоральной детоксикации

~ дренирование полости абсцесса через грудную стенку

}

::Вопрос 67::Осложнения острого абсцесса легкого все, кроме:{

~ сепсис с образованием гнойников в других органах;

~ прорыва абсцесса в плевральную полость

= образования сухой полости в легком.

~ кровотечения

~ аспирация гноя в здоровое легкое

}

::Вопрос 68::Мужчина 40 лет после алкогольного опьянения в течение

4-5 часов проспал на улице. Через 2 дня у больного повысилась температура,

появились боли в грудной клетке. В последующем - повышение температуры

до 39°C. Через 2 недели внезапно при кашле отошло около 200 мл гноя с неприятным запахом. Ваш предварительный диагноз? {

~ бронхоэктатическая болезнь

~ рак легкого с развитием пневмонита

= абсцесс легкого

~ обострение хронического бронхита

~ экссудативный плеврит

}

::Вопрос 69::Наиболее эффективным методом консервативного лечения абсцессов

легкого является: {

~ внутривенное введение антибиотиков

~ лечебные бронхоскопии

= сочетание всех вышеперечисленных методов

~ детоксикация

~ общеукрепляющее лечение и иммунотерапия

}

::Вопрос 70::При остром пристеночном абсцессе легкого целесообразно:{

~ хирургическое лечение гнойника при неэффективности консервативной терапии;

~ проведение консервативной терапии

= дренирование через грудную стенку

~ бронхоскопия с катетеризацией полости абсцесса

~ торакотомия с лобэктомией.

}

::Вопрос 71::Наиболее частой локализацией абсцедирующей пневмонии является{

~ верхняя доля

~ средняя доля

= нижняя доля

~ любая доля обеих легких

~ любой сегмент обеих легких

}

::Вопрос 72::Для клиники острого абсцесса до прорыва не характерно: {

= обильная мокрота

~ Т до 40С

~ боли в боку при глубоком вдохе

~ кашель

~ проливные поты

}

::Вопрос 73::Для клиники острого абсцесса при прорыве не характерно: {

~ T\*резко снижается

~ состояние улучшается

= проливные поты

~ явления бронхита

~ обильная, зловонная мокрота

}

::Вопрос 74::Рентгенологические признаки острого абсцесса легкого до

прорыва это: {

~ полость с тонким контуром

~ полость с неровным изъеденным контуром

~ гомогенная тень с обызвествлением

~ % 50% плотная округлая тень

~ % 50% увеличение прикорневых лимфоузлов

}

::Вопрос 75::Рентгенологические признаки острого абсцесса легкого после

прорыва это: {

~ гомогенная тень с обызвествлением

~ % 50% плотные округлые стенки

~ % 50% уровень жидкости в полости

~ плотная округлая тень

~ полость с бухтообразно изъеденным контуром

}

::Вопрос 76::Причины перехода острого абсцесса в хронический:{

~ наличие секвестров легочной ткани в полости абсцесса

~ большие абсцессы, размерами больше 6см в диаметре

= все верно

~ пониженная реактивность организма

~ плохое дренирование полости абсцесса

}

::Вопрос 77::Клиника хронического абсцесса легкого{

~ гектический характер Т\*

~ кашель с 3х слойной мокротой

= все верно

~ одышка

~ акроцианоз

}

::Вопрос 78::Для эхинококковой кисты, в отличие от абсцесса

легкого характерно все, кроме{

~ круглой гомогенной тени с четкой капсулой и симптомом

отслойки

~ длительного бессимптомного течения

~ положительные серологические реакции

~ эхинококкоз других органов

= низкой сатурации

}

::Вопрос 79::Патанатомия абсцесса легкого характеризуется наличием  
одного или множества участков некроза, окруженных \_\_\_\_\_  
капсулой:{

= пиогенной

}

::Вопрос 80::Для гангрены легкого характерно:{

~ гнилостная инфекция

~ развитие заболевания при ареактивности организма

= все верно

~ отсутствие грануляционного вала на границе поражения

~ распространенный некроз легочной ткани

}

::Вопрос 81:: У больного 40 лет на основании клинико-рентгенологических данных диагностирована гангрена средней доли правого легкого. Какое лечение целесообразно в данном случае? {

~ торакоцентез

~ торакопластика

= пульмонэктомия

~ лобэктомия

~ искусственный пневмоторакс

}

::Вопрос 82:: У больного 26 лет диагностирован гангренозный абсцесс легкого, осложненный профузным легочным кровотечением. Наиболее эффективным методом лечения у него является: {

~ гемостатическая терапия

= радикальное хирургическое лечение в виде резекции легкого.

~ тампонада дренирующего бронха

~ плевральная пункция

~ искусственный пневмоторакс

}

::Вопрос 83::Патанатомия гангрены легкого характеризуется обширным неотграниченным \_\_\_\_\_ легкого и ихорозным распадом ткани: {

= некрозом

}

::Вопрос 84::Методы хирургического лечения хронического абсцесса

легкого, кроме {

~ сегментэктомия

~ лобэктомия

= пневмотомия

~ пульмонэктомия

~ резекция легкого

}

::Вопрос 85::В комплексное лечение абсцесса легкого, входит

все кроме: {

~ орошение бронхиального дерева муколитиками и

протеолитическими средствами

~ рациональная антибиотикотерапия

= клиновидная резекция легких

~ трахеобронхиальный дренаж

~ дезинтоксикационная и иммуномодулирующая терапия

}

::Вопрос 86::Бронхоэктазами называют необратимые расширения бронхов  
в

результате деструкции бронхиальной стенки, возникающей вследствие  
\_\_\_\_\_ гнойной инфекции: {

= деструкции

}

::Вопрос 87::Развитию бронхоэктазов способствуют все, кроме{

~ изменение эластичности бронхиальной стенки врожденного

характера

= повышение артериального давления

~ повышение внутрибронхиального давления

~ изменение эластичности бронхиальной стенки приобретенного

характера

~ закупорка просвета бронха гнойной пробкой, инородным телом,

отеком, опухолью

}

::Вопрос 88:: Наиболее часто бронхоэктатическая болезнь поражает: {

~ верхние доли обоих легких

~ базальные сегменты нижних долей в сочетании с язычковыми сегментами верхней доли левого легкого или средней доли правого легкого

= базальные сегменты нижних долей

~ среднюю долю

~ отдельные сегменты обоих легких

}

::Вопрос 89:: Для уточнения диагноза бронхоэктатической болезни

имеет ведущее значение: {

~ рентгенография легких в 2-х проекциях

~ томография

= томография

~ бронхоскопия

~ флюорография

}

::Вопрос 90:: 33-летний мужчина в течение года страдает хроническим кашлем. Весной и осенью этого года он болел воспалением легких, которое было быстро вылечено соответствующей терапией. Объективно по утрам неприятный запах изо рта, гемоптоэ, трехслойная мокрота. В правой нижней доле влажные, незвучные крупно- и среднепузырчатые хрипы. Температура 37,2°. Легкий цианоз губ, пальцы в виде барабанных палочек. К какому предварительному диагнозу вы пришли? {

~ абсцесс легкого

~ туберкулезная пневмония

= бронхоэктатическая болезнь

~ хронический бронхит

~ бронхиальный рак

}

::Вопрос 91:: Какой метод исследования наиболее важен для подтверждения

диагноза бронхоэктатической болезни? {

~ бактериологическое исследование мокроты

~ бронхоскопия

= бронхография

~ рентгеноскопия легких

~ медиастиноскопия

}

::Вопрос 92::Патогенез БЭБ основан на последовательном процессе{

~ закупорка бронха

~ ателектаз доли или сегмента

= все верно

~ повышение внутрибронхиального давления и отрицательное  
внутриплевральное давление

~ расширение концевых отделов бронхов

}

::Вопрос 93::Что не характерно для клиники БЭБ в 1 стадии  
заболевания {

~ непостоянный кашель со слизисто-гнойной мокротой

~ редкие обострения

= деформация грудной клетки

~ цилиндрические бронхоэктазы в пределах одного сегмента

~ симптом утреннего плевка

}

::Вопрос 94::Что не характерно для клиники БЭБ во 2 стадии

заболевания {

~ осенне-весенние обострения с бронхопневмонией

~ постоянный кашель с гнойной мокротой до 200мл в сутки

= легочное сердце

~ кровохарканье

~ мешковидные бронхоэктазы 1-2 долей легкого

}

::Вопрос 95::Что не характерно для клиники БЭБ в 3 стадии

Заболевания: {

~ выраженная интоксикация

~ выделение гнойной мокроты до 500-600мл.в сутки

= бледность кожного покрова

~ необратимые изменения в печени, почках, расстройства сердечно-сосудистой и дыхательной систем

~ смешанные бронхоэктазы и пневмосклероз

}

::Вопрос 96::Сколько стадий развития бронхоэктазов различают.... {#3}

::Вопрос 97::Для 1 стадии развития бронхоэктазов характерно все, кроме: {

- ~ расширение мелких бронхов до-1,5 см.
- ~ нарушение целостности цилиндрического эпителия
- = изъязвления с рубцовым перерождением
- ~ появление многослойного плоского эпителия
- ~ полости бронхов заполнены слизью
- }

::Вопрос 98::Для 2 стадии развития бронхоэктазов характерно все, кроме {

- ~ изъязвления с рубцовым перерождением
- ~ замена цилиндрического эпителия многослойным плоским
- = пневмосклероз
- ~ рубцовое перерождение альвеол
- ~ появление мешотчатых бронхоэктазов
- }

::Вопрос 99::Для 3 стадии развития бронхоэктазов характерно все, кроме: {

- ~ нагноительный процесс переходит на окружающую ткань
- ~ пневмосклероз
- = изъязвления с рубцовым перерождением
- ~ мешотчатые бронхоэктазы заполнены гноем
- ~ смешанные бронхоэктазы
- }

::Вопрос 100::Консервативное лечение БЭБ проводят в....{1 и 2а стадиях}

::Вопрос 101::Верно ли что консервативное лечение БЭБ включает  
постуральный

дренаж, массаж грудной клетки, санаторно-курортное лечение, ингаляции  
муколитиками, периодические санирующие бронхоскопии? {

=TRUE

}

::Вопрос 102::Абсолютным показанием к операции при БЭБ не является{

~ 2-3 стадия заболевания

~ выраженные клинические проявления

= необратимые изменения в печени, почках, расстройства сердечно-  
сосудистой и дыхательной систем

~ локальные врожденные бронхоэктазы

~ стойкий аттелектаз

}

Раздел: Нагноительные заболевания плевры.

::Вопрос 103::Понятие о плевральном выпоте{

= патологическое скопление жидкости в плевральной полости

}

::Вопрос 104::Экссудат отличается от транссудата:{

~ % 50% высоким содержанием белка

~ % 50% высокой активностью ЛДГ

~ высоким содержанием эритроцитов

~ низким содержанием глюкозы

~ наличием фибрина

}

::Вопрос 105::К сухому плевриту относится все, кроме: {

~ эозинофильный

~ хилезный

= фибринозный

~ холестериновый

~ серозно-фибринозный

}

::Вопрос 106::Пути проникновения инфекции в плевральную полость все, кроме: {

~ контактный

~ воздушно-капельный

= гематогенный

~ послеоперационный

~ посттравматический

}

::Вопрос 107::Острым гнойным воспалением висцерального и париетального листков плевры:{

= эмпиема плевры

}

::Вопрос 108::По происхождению различают эмпиемы плевры{

% 50% = первичные

~ третичные

~ специфические

% 50% = вторичные

~ неспецифические

}

::Вопрос 109::Вторичные эмпиемы по происхождению делятся на, кроме{

~ метапневмонические

~ парапневмонические

= свободные

~ лимфогенные

~ гематогенные

}

::Вопрос 110::Первичные эмпиемы по происхождению делятся на, кроме {

~ раневые с повреждением костей грудной клетки

~ послеоперационные

= вследствие аллергии

~ вследствие бактеремии

~ раневые без повреждения костей грудной клетки

}

::Вопрос 111::По характеру возбудителя различают эмпиемы плевры {

% 50% неспецифические

% 50% специфические

~ смешанные

~ комбинированные

~ аллергические

}

::Вопрос 112::По распространенности процесса различают свободные

эмпиемы плевры, кроме: {

~ тотальных

~ субтотальных

= больших

~ малых

~ односторонних

}

::Вопрос 113::По распространенности процесса различают осумкованные

эмпиемы плевры, кроме{

~ многокамерные апикальные

~ пристеночные

= субплевральные

~ медиастинальные

~ базальные

}

::Вопрос 114::По распространенности процесса различают двусторонние

плевриты {

~ местные

~ распространенные

~ % 50% свободные

~ % 50% отграниченные

~ диффузные

~ локальные

}

::Вопрос 115::В острой фазе развития эмпиемы плевры происходит{

~ воспаление плевры

~ изъязвление плевры

~ локальный некроз плевры

~ отложение фибрина

= первичное образование плеврального выпота

}

::Вопрос 116::В фибринозно гнойной фазе развития эмпиемы плевры

происходит: {

~ образование серозного выпота

~ контактное абсцедирование

~ % 50% скопление выпота в нижних отделах  
~ % 50% образование многокамерных эмпием  
~ отграничение плеврального выпота  
}

::Вопрос 117::В хронической фазе развития эмпиемы плевры происходит{  
~ образование серозного выпота  
~ % 50% утолщение плевры  
~ % 50% образование абсцессов в соседних областях  
~ отграничение плеврального выпота  
~ отложение фибрина  
}

::Вопрос 118::Острая фаза длится: {  
= 7  
}

::Вопрос 119::Фибринозно гнойная фаза длится{  
= от 7 до 21 суток  
}

::Вопрос 120::Хроническая фаза продолжается после{

= 21 суток

}

::Вопрос 121:: При подозрении на эмпиему плевры какое исследование

вы сочтете излишним для подтверждения диагноза? {

= бронхоскопию

~ пункцию плевральной полости

~ рентгенографию легких в 2-х проекциях

~ томографию

~ торакоскопию.

}

::Вопрос 122::Какой из симптомов не характерен для эмпиемы плевры:{

~ притупление с верхней границей по линии Дамуазо

~ температура до 39°C

~ одышка

~ боли в грудной клетке при глубоком дыхании.

= кашель с обильной мокротой

}

::Вопрос 123::Треугольник Гарленда имеет значение для дифференциации

между{

~ пневмотораксом

~ сухим плевритом

~ % 50% пневмонией

~ % 50% выпотным плевритом

~ абсцессом легкого

}

::Вопрос 124::Острая форма пиопневмоторакса наблюдается при:{

= клапанном пиопневмотораксе

~ постепенном развитии

~ наличии сращений

~ наличии шварт ограничивающих место прорыва абсцесса в плевральную  
полость

~ эхинококке легкого

}

::Вопрос 125::Мягкая форма пиопневмоторакса наблюдается при:{

~ эхинококке легкого

~ острой плевропневмонии

= постепенном развитии и наличии сращений

~ клапанном пиопнотораксе

~ огнестрельном ранении

}

::Вопрос 126::Стертая форма пиопноторакса наблюдается при:{

= наличии шварт ограничивающих место прорыва абсцесса в плевральную  
полость

~ клапанном пиопнотораксе

~ эхинококке легкого

~ острой плевропневмонии

~ быстром развитии

}

::Вопрос 127::Плевральная пункция позволяет выявить кроме {

= наличие сращений

~ наличие выпота

~ характер выпота

~ объем выпота

~ характер микрофлоры

}

::Вопрос 128::Причинами безуспешности плевральной пункции

являются все, кроме {

~ осумкованные гнойники

~ наличие бронхоплеврального сообщения

~ игла прошла в брюшную полость

= диаметр иглы больше 1 мм

~ игла прошла над уровнем выпота

}

:: Вопрос 129 :: Для дифференциальной диагностики выпотного

плеврита с ателектазом нижней доли легкого недостаточно : {

~ диагностической пункции

~ МСКТ

= анамнеза

~ перкуссии

~ аускультации

}

:: Вопрос 130 :: Для дифференциальной диагностики крупозной пневмонии

с эмпиемой плевры при перкуссии определяются следующие признаки, кроме: {

= треугольник Гарланда не определяется

~ притупление перкуторного звука над линией Дамуазо-Соколова-Эллиса

- ~ наличие на здоровой стороне треугольника Гроко-Раухфуса
  - ~ изменение границы тупости при перемене положения тела
  - ~ заполнение пространства Траубе
- }

::Вопрос 131:: При дифференциальной диагностике эмпиемы плевры с большими

субплевральными абсцессами и нагноившимися легочными кистами достаточно провести:{

- ~ массивную антибактериальную терапию
  - ~ бронхолитики
  - ~ % 50% активную аспирацию под контролем УЗИ
  - ~ детоксикационную терапию
  - ~ % 50% пункцию гнойника
- }

::Вопрос 132:: Активный дренаж плевральной полости не показан:{

- ~ после каждой торакотомии
- ~ при гемотораксе вследствие перелома ребер
- ~ при эмпиеме плевры
- ~ при рецидивирующем гемотораксе
- = при нижнедолевой пневмонии

}

::Вопрос 133::Клинико-рентгенологически установлен диагноз: простая распространена эмпиема плевры, гнойно-резорбтивная лихорадка. Как лечить больного? Какой комплекс мероприятий вы предпочтете на этом этапе?{

= срочно оперировать > восполнить потери белков и электролитов

= дренировать плевральную полость + активная аспирация > в/в вводить растворы антибиотиков

= торакоцентез > дренаж по Бюлау

}

::Вопрос 134::Какие методы лечения дают лучший эффект при остаточной эмпиеме плевры?{

~ аспирационный активный дренаж

% 50% = торакотомия

~ пункция с введением антибиотиков

% 50% = ранняя декорткация

~ введение цитостатиков

}

::Вопрос 135::Причиной перехода острой эмпиемы плевры в хроническую может быть все, кроме:{

= туберкулеза и другой специфической флоры

~ бронхо-плеврального свища

~ большой первичной полости

~ неудачной попытки облитерации полости в остром периоде

~ преждевременного удаления дренажа

}

::Вопрос 136::Какой вид мокроты вы найдете при простой эмпиеме плевры?{

= ни один

~ со сгустками крови

~ трехслойную

~ кроваво-пенистую

~ гнойно-гнилостную

}

::Вопрос 137:: Чем определяется окончательный исход лечения простой эмпиемы без

бронхо-плеврального свища? {

~ характером изменений висцеральной плевры

~ количеством гноя в эмпиематозном мешке

~ структурой грудной клетки

~ количеством белка в организме

= отсутствием горизонтального уровня жидкости в плевральной полости

}

::Вопрос 138::Клиника острого пиопневмоторакса характеризуется: {

~ % 50%одышкой в покое и выраженным болевым синдромом с шокоподобными признаками

~ кровохарканье

~% 50%наличием горизонтального уровня жидкости в плевральной полости;

~ отсутствием горизонтального уровня жидкости в плевральной полости.

~ отсутствием болевого синдрома;

}

::Вопрос 139:: Критерием полного излечения больных с простой эмпиемой плевры

не могут служить:{

= уменьшение размеров полости в плевре

~ отсутствие воспалительных изменений в бронхах при бронхоскопии.

~ хорошее общее состояние больного

~ полное расправление легкого

~ прекращение отделяемого по дренажу из плевры

}

::Вопрос 140:: У больного 45 лет, перенесшего пневмонию, поднялась температура до 39°C, появились потрясающие ознобы, одышка, отрывистый сухой кашель, боли в грудной клетке справа при глубоком дыхании. Осмотр выявил отчетливое отставание при дыхании нижних отделов грудной клетки справа, при пальпации обнаружено отсутствие голосового дрожания в этом месте, при перкуссии - резкое притупление с верхней границей по линии Дамуазо,

дыхательные шумы ослаблены. Ваш диагноз?{

= эмпиема плевры

~ пневмоторакс

~ рецидив пневмонии

~ гангрена легкого

~ абсцесс легкого

}

::Вопрос 141:: У больного с абсцессом легкого развился пиопневмоторакс.

В первую очередь ему показано:{

= дренирование плевральной полости

~ введение цитостатиков

~ рентгенотерапия

~ эндобронхиальное введение протеолитических ферментов

~ антибактериальная терапия

}

::Вопрос 142::Клинико-рентгенологически установлен диагноз: простая распространенная эмпиема плевры, гнойно-резорбтивная лихорадка. Определите характер лечения больного: {

~ % 50%экстракорпоральная детоксикация и восполнение потерь белков и электролитов

~ срочная операция - плеврэктомиа с декортикацией легкого

~ % 50%дренирование плевральной полости с активной аспирацией содержимого

~ курс санационных бронхоскопий

~ антибактериальная терапия

}

::Вопрос 143:: Экссудативный плеврит, как правило, является вторичным заболеванием, возникающим как осложнение:{

= острой пневмонии

~ туберкулез

~ абсцесса легкого

~ бронхэктатической болезни

~ эхинококкоза

}

::Вопрос 144:: Лечение больного с пиопневмотораксом начинается с:{

~ дренирования плевральной полости

~ вагосимпатической блокады

= плевральной пункции

~ торакотомии.

~ противовоспалительного лечения

}

::Вопрос 145:: Реактивный экссудативный плеврит не может быть:{

~ при остром холецистите и панкреатите

~ при септической пневмонии;

= эхинококке

~ при острой пневмонии;

~ при поддиафрагмальном абсцессе

}

::Вопрос 146::Среди осложнений, связанных с плевральной пункцией и введением

антибиотиков, к моментальному летальному исходу могут привести: {

~ плевропульмональный шок

~ внутриплевральное кровотечение

~ тромбоэмболия легочной артерии

~ % 50%воздушная эмболия головного мозга

~ % 50%анафилактический шок

}

::Вопрос 147:: Наиболее простым способом эвакуации экссудата из плевральной полости при серозном характере его является:{

~ дренирование плевральной полости плевральная пункция и аспирация при помощи электроотсоса

~ плевральная пункция и аспирация при помощи электроотсоса

= плевральная пункция и аспирация при помощи обычного шприца

~ широкая торакотомия

~ введение дренажа по Сельдингеру

}

::Вопрос 149::Способствуют развитию эмпиемы после пневмонэктомии, кроме:{

~ инородные тела плевральной полости

~ бронхиальный свищ

~ остеомиелит ребер и хондрит

= подкожная эмфизема

~ нагноение послеоперационной раны

}

::Вопрос 150::К закрытым методам лечения эмпиемы плевры относятся все, кроме {

~ закрытой пункции с эвакуацией выпота

~ торакоцентеза с применением в последующем сифонного дренажа по Бюлау

~ торакоцентеза с закрытым дренажем, через который осуществляется активная аспирация

= торакотомии с дренированием плевральной полости

~ метода систематических пункций с аспирацией выпота и введением в полость

эмпиемы антибиотиков

}

::Вопрос 151::Метод открытого дренажа используется при относительно небольших осумкованных эмпиемах полость которых заполняется тампонами, пропитанными мазью \_\_\_\_\_ {

= Вишневского

}

::Вопрос 152::Переход острой формы эмпиемы плевры в хроническую не характеризуется: {

~ снижением T\*

= потливостью

~ наличием свища с гнойным отделяемым

~ кашель с гнойной мокротой

~ периодическим обострением в связи с закрытием свища

}

::Вопрос 153::Статус при хронической эмпиеме плевры выражается симптомами, кроме:{

~ бледного кожного покрова

~ акроцианоз

~ концевые фаланги в виде барабанных палочек

= одышки

~ межреберья втянуты, сужены

}

::Вопрос 154::Лечение хронической эмпиемы может быть только \_\_\_\_\_{

= оперативным

}

::Вопрос 155::Оперативные принципы лечения хронической эмпиемы{

~ торакоцентез

~ пункция плевральной полости

~ % 50% торакопластика

~ эндоторакотомия

~ % 50% плеврэктомия

}

:: Вопрос 156 :: Рассечение шварт называется \_\_\_\_\_ {

= пневмолиз

}

:: Вопрос 157 :: Иссечение всех шварт, покрывающих легкое и костальную плевру называется \_\_\_\_\_ {

= декортикация

}

:: Вопрос 158 :: К этапной торакопластике относятся операции: {

~ декортикация

~ пневмолиз

~ % 50% Геллера, типа "жалюзи"

~ торакоцентез

~ % 50% Линберга, лестничная

}

## Раздел: Рак легкого

::Вопрос 159::Понятие о хирургической анатомии легкого:{

~ легкие это парный орган

~ правое легкое имеет 3 доли

~ % 50% каждый сегмент имеет нерв, артерию вену, лимфосистему

~ левое легкое имеет 2 доли

~ % 50% деление на доли и сегменты с проекцией на грудную клетку

}

::Вопрос 160::К факторам возникновения рака легкого не относятся:{

~ курение

~ промышленные канцерогены

= ОРВИ и ОРЗ

~ предшествующие заболевания

~ опухоли пищевода, головы и шеи

}

::Вопрос 161::В патогенезе рака легкого основную роль играет угнетение процесса

\_\_\_\_\_ {

= самоочищения

}

::Вопрос 162::В России соотношение заболеваемости раком легкого между мужчинами и женщинами составляет: {

= 5/1

~ 4/1

~ 5/2

~ 4/1

~ 5/3

}

::Вопрос 163::К клинко-анатомической классификации центрального рака легкого по А.И. Савицкому не относятся: {

~ эндобронхиальный

~ перибронхиальный

~ разветвленный

~ % 50% эндотрахеальный

~ % 50% перитрахеальный

}

::Вопрос 164::К клинико-анатомической классификации периферического рака легкого по А.И. Савицкому не относятся:{

~ круглая опухоль

~ рак верхушки легкого (Панкоста)

~ % 50% плоская опухоль

~ % 50% рак язычковой доли

~ полостная форма

}

::Вопрос 165::К атипичным формам рака легкого по А.И. Савицкому относятся:{

~ междолевая

~% 50% медиастинальная

~ субплевральная

~% 50% милиарный карциноматоз

~ субфасциальная

}

::Вопрос 166::Благоприятным фоном для развития рака легкого может быть, кроме: {

~ хронического рецидивирующего бронхита

= гамартомы

~ пневмофиброза

~ туберкулеза легкого

~ хронической пневмонии

}

::Вопрос 167::Центральный рак легкого это \_\_\_\_\_ рак,  
развивающийся из эпителия крупных бронхов:{

= бронхогенный

}

::Вопрос 168::Экзофитный рак растет в \_\_\_\_\_ бронха:{

= просвет

}

::Вопрос 169:: Эндофитный рак растет в \_\_\_\_\_ бронха:{

= стенку

}

::Вопрос 170::Разветвленный рак характеризуется \_\_\_\_\_ ростом  
опухоли:{

= перибронхиальным

}

::Вопрос 171:: Узловая перибронхиальная карцинома растет в \_\_\_\_\_  
ткань:{

= легочную

}

::Вопрос 172::Периферический рак легкого имеет округлую форму,  
развивается в:{

= периферической зоне

~ центральной зоне

~ рядом с крупным бронхом

~ рядом с трахеей

~ рядом с пищеводом

}

::Вопрос 173::Основные причины поздней диагностики рака легкого, кроме  
:{

~ позднее обращение к онкологу

~ недооценка клинических проявлений раннего рака легкого

= флюорография 1 раз в год

~ отсутствие программ скрининга

~ неполное обследование больных группы риска

}

::Вопрос 174::Дополнительные причины поздней диагностики рака легкого, кроме:{

~ длительное наблюдение у пульмонолога и терапевта

= положительные тесты на иммуноглобулины

~ поздняя бронхоскопия

~ необоснованное "пробное" лечение у фтизиатра

~ преувеличение возможностей рентгенографии в постановке окончательного диагноза

}

::Вопрос 175::Этапы раннего выявления рака легкого: {

~ санпросвет работа на предприятиях

~ соблюдение правил техники безопасности в рабочих условиях

~ соблюдение белковой диеты

~ % 50% организационные мероприятия по проф осмотрам

~ % 50% диспансеризация и комплексное обследование в амбулаториях

}

::Вопрос 176::Формы профилактики рака легкого:{

~ третичная

~ догоспитальная

~ госпитальная

~% 50% первичная

~ % 50% вторичная

}

::Вопрос 177::В зависимости от гистологической структуры опухоли легких различают

следующие формы плоскоклеточного рака, кроме: {

~ высокодифференцированный

~ умеренно дифференцированный

~ низкодифференцированный

= малодифференцированный

~ недифференцированный

}

::Вопрос 178::В зависимости от гистологической структуры опухоли легких различают

следующие формы крупноклеточного рака, кроме:{

~ аденокарцинома

~ гамартома

~ дермоидная киста

~ % 50% светлоклеточный

~% 50% гигантоклеточный

}

::Вопрос 179::Сколько стадий в отечественной классификации рака легкого:{

= 4

}

::Вопрос 180::Симптомами рака легкого могут быть, кроме: {

= понижение температуры

~ гемоптоэ

~ повышенная чувствительность при постукивании груди и позвоночника

~ диспноэ

~ сухой, нередко лающий кашель

}

::Вопрос 181::Какие признаки могут соответствовать опухоли Панкоста, кроме:{

~ кровохарканье

~ рентгенологическое затемнение верхушки легкого с деструкцией 1 - 3-го ребер

= смещение средостения вправо

~ когтистая рука

~ синдром Горнера

}

::Вопрос 182:: К поздним симптомам рака легкого относятся: {

= кашель

~ рецидивирующий пневмонит

~ сдавление верхней полой вены

~ кровохарканье

~ ателектаз доли легкого при рентгеноскопии

}

::Вопрос 183:: К первым клиническим признакам рака легкого относятся все, кроме:{

~ кровохарканья

= сдавления верхней полой вены

~ кашля

~ субфебрильная температура

~ одышка

}

::Вопрос 184:: Больной жалуется на боли в правом плечевом суставе, при осмотре выявлены правосторонний птоз, миоз, энофтальм и атрофия мышц правой руки.

При рентгенографии обнаружено затемнение в области верхушки правого легкого,

узурация 1 - 2 ребер. Укажите правильный диагноз: {

~ альвеолярный рак легкого

= рак Панкоста

~ пневмониеподобный рак

~ центральный рак

~ периобронхиальный рак

}

::Вопрос 185:: У больного с раком легкого при рентгеноскопии грудной клетки выявлен симптом Гольцкнехта – Якобсона. Выберите правильное описание этого симптома: {

~ смещение средостения в сторону поражения на выдохе  
~ смещение средостения в сторону, противоположную поражению на вдохе  
~ сегментарный ателектаз  
= смещение средостения в сторону поражения на вдохе  
~ смещение корня легкого в сторону поражения при выдохе  
}

::Вопрос 186:: Рак легкого может проявиться, кроме:{

~ одышкой при нагрузке  
~ одутловатостью лица и шеи  
= эпикондилита лучевой кости  
~ кашлем с мокротой, резистентным к терапии  
~ болями в грудной клетке  
}

::Вопрос 187:: Ваши действия для верификации диагноза у больного 65 лет с круглой тенью на рентгенограмме легких:{

~ томография  
= фибробронхоскопия с биопсией  
~ проба Пирке и Манту  
~ динамическое наблюдение

~ ИФА

}

::Вопрос 188:: При локализации опухоли в корне легкого для верификации процесса нужно использовать:{

= фибробронхоскопию с биопсией

~ томографию

~ ангиопульмонографию

~ трансторакальную пункцию

~ медиастиноскопию

}

::Вопрос 189:: Признаками неоперабельности при раке легких могут быть:{

~ наличие метастазов в лимфоузлы корня пораженного легкого;

~ % 50% поражение возвратного нерва (осиплость голоса)

~ наличие метастазов в лимфоузлы

~ % 50% наличие метастазов в лимфоузлы паратрахеальные,  
контралатеральные,

бифуркации трахеи

~ энофтальм

}

::Вопрос 190:: 49-летний курильщик, выкуривавший по 40 сигарет в день, жалуется на сухой кашель в течение многих месяцев. За последние 4 недели он похудел на 4 кг. Объективно: состояние средней тяжести. Шея и лицо одутловаты. Цианоз губ. Пульс 102 в мин, АД – 165/95 мм/рт.ст. Бледно-розовые стрии на животе, пальпируемые плотные надключичные лимфоузлы слева, СОЭ – 70 мм/час, гемоглобин 160,0 г/л. Лейкоциты  $9,0 \times 10^9$ /л. Предположительный диагноз:{

~ туберкулез легких

~ эхинококкоз легкого

= рак легкого

~ болезнь Кушинга

~ хроническая пневмония

}

::Вопрос 191:: Верно ли, что признаками неоперабельности при раке легкого служит опухоль, занимающая два и более сегмента?{

=FALSE

}

::Вопрос 192::Верно ли, что признаками неоперабельности при раке легкого служит рак главного бронха:{

=FALSE

}

::Вопрос 193::Верно ли, что признаками неоперабельности при раке легкого служит опухоль с признаками распада:{

=FALSE

}

::Вопрос 194:: На рентгенограмме правого легкого обнаружен среднедолевой синдром.Выберите диагностический прием, позволяющий верифицировать диагноз:{

~ боковая томография

~ бронхография

= фибробронхоскопия с биопсией

~ курс противовоспалительной терапии и динамическое наблюдение

~ компьютерная томография

}

::Вопрос 195:: Верно ли заподозрить рак легкого при сухом, нередко лающем кашле,

резистентном к терапии, диспноэ при нагрузке, продуктивном кашле,резистентном к терапии, повышении температуры тела в течение 3 недель, гемоптоэ:{

=TRUE

}

::Вопрос 196:: Верно ли, что для определения стадии рака легкого необходимо иметь данные о локализации и размере опухоли, наличии регионарных метастазов, наличии отдаленных метастазов, распространении опухоли по длиннику бронха? {

=TRUE

}

::Вопрос 197:: Рентгенологическим признаком, свидетельствующим о периферическом раке легкого с распадом, является:{

~ узурация ребер

~ бугристый узел с "дорожкой" к корню

= толстостенная многокамерная полость

~ экссудативный плеврит

~ сегментарный ателектаз

}

::Вопрос 198::У больного 48 лет при бронхографическом исследовании обнаружен дефект заполнения долевого бронха. О каком заболевании следует думать? {

~ периферический рак легкого

~ перибронхиальный рак легкого

~ бронхоэктатическая болезнь

= центральный рак легкого

~ абсцесс легкого

}

::Вопрос 199::Во время бронхоскопии у больного выявлена опухоль бифуркации трахеи. Ваша тактика? {

= выполнить биопсию

~ пульмонэктомию с пластикой трахеи

~ провести курс лечения антибиотиками

~ назначить лучевую терапию

~ назначить химиотерапию

}

::Вопрос 200::У больного 47 лет подозревается рак легкого. Какие методы исследования позволят поставить диагноз?{

~% 50% МСКТ

~ многоосевая рентгенография грудной клетки

~ спирометрия

~% 50% бронхоскопия с биопсией

~ томография легких

}

::Вопрос 201::У больного 65 лет на рентгенограмме легких выявлена округлая тень в корне легкого. Что необходимо в первую очередь для верификации диагноза? {

= фибробронхоскопия с биопсией

~ томография легких

~ УЗИ

~ торакоскопия с биопсией

~ динамическое наблюдение за больным с контрольным рентгенологическим исследованием через 2 месяца

}

::Вопрос 202::Верно ли, что при бронхиальном раке могут определяться следующие

паранеопластические синдромы Кушинга, миастения, гипергликемия, гиперкальциемия, серотониновый синдром: {

=TRUE

}

::Вопрос 203::Синдром Горнера не характеризуется:{

~ миозом

~ птозом верхнего века

= парезом голосовой связки

~ западением глазного яблока

~ болью по ходу сосудисто-нервного пучка со стороны поражения

}

::Вопрос 204::Во время бронхоскопии у больного выявлена опухоль, распространяющаяся на карину трахеи. Какую лечебную тактику вы выберете?{

~ лобэктомия

~ сегментэктомия

~ пульмонэктомия

= пульмонэктомия с пластикой трахеи.

~ химиотерапию

}

::Вопрос 205::Верно ли, что больному при раке главного бронха показана пульмонэктомия? {

=TRUE

}

::Вопрос 206:: У больного 60 лет выявлен рак главного бронха II стадии. Какая операция показана в данном случае?{

~ лобэктомия с удалением регионарных лимфоузлов

~ сегментэктомия с лучевой терапией

~ билобэктомия

= пульмонэктомия

~ лобэктомия

}

::Вопрос 207::Какая операция показана больному раком сегментарного бронха I стадии?{

= лобэктомия

}

## Раздел Тромбозы и эмболии

::Вопрос 208::К этиологическим факторам артериального тромбоза не относится:{

= артериальная гипертония

~ атеросклеротический кардиосклероз

~ острый инфаркт миокарда

~ ревматический митральный порок

~ аневризма аорты и ее крупных ветвей

}

::Вопрос 209::Причиной тромбоэмболии легочной артерии наиболее часто является

тромбофлебит: {

~ поверхностных вен нижних конечностей

~ лицевых вен

~ глубоких вен верхних конечностей

= глубоких вен нижних конечностей и вен малого таза

~ поверхностных вен верхних конечностей

}

::Вопрос 210::При отсутствии у больного с эмболией бедренной артерии какого-либо

заболевания сердца в качестве причины эмболии можно заподозрить: {

~ % 50% атероматоз аорты с пристеночным тромбом;

~ тромбоз верхней брыжеечной вены

~ % 50% аневризму подвздошной артерии и аорты

~ добавочное шейное ребро со сдавленной подключичной артерией

~ поверхностных вен верхних конечностей

}

::Вопрос 211:: Причиной эмболии плечевой артерии может явиться любое

заболевание, кроме: {

~ аневризмы сердца  
~ митрального стеноза  
~ острого инфаркта миокарда  
= аневризмы брюшного отдела аорты  
~ компрессионного сдавления подключичной артерии добавочным шейным ребром  
}

::Вопрос 212::Наиболее частой причиной эмболии артерий большого круга

кровообращения является:{

~ атеросклероз дуги аорты  
= ишемическая болезнь сердца  
~ тромбоз вен большого круга кровообращения  
~ аневризма аорты  
~ аневризма сердца  
}

::Вопрос 213::Наиболее частой причиной острого тромбоза артерий нижних

конечностей является:{

~ облитерирующий тромбангиит  
~ пункция и катетеризация артерии

= облитерирующий атеросклероз

~ экстравазальная компрессия артерии

~ полицитемия

}

::Вопрос 214::Верно ли что в зоне острой ишемии при эмболии магистральных артерий нижней конечности наблюдаются следующие патологические процессы, как

метаболический ацидоз, деструкция миоцитов, гиперагрегация тромбоцитов:{

=TRUE

}

::Вопрос 215::Острая артериальная эмболия и синяя флегмазия нижней конечности

имеют общие симптомы, кроме:{

~ болей

~ отсутствия пульса

= побледнения кожи

~ парестезии

~ гипотермии кожи

}

::Вопрос 216:: Нетипично для острой закупорки магистральных артерий конечности: {

~ исчезновение пульса

= отеки

~ парестезии

~ боли

~ бледность

}

::Вопрос 217:: К острому ишемическому синдрому нижних конечностей относят все,

кроме: {

~ бледности кожных покровов и болей

~ паралича конечностей

~ парестезии

= трофических язв голеней

~ отсутствия пульса

}

::Вопрос 218:: Для эмболии бедренной артерии характерно {

~ % 50% отсутствие пульсации бедренной и подколенной артерии в Гунтеровом канале

- ~ % 50% усиление (по сравнению с другой конечностью) пульсации бедренной артерии тотчас под пупартовой связкой
  - ~ ослабление пульсации подколенной артерии
  - ~ отсутствие пульсации бедренной артерии тотчас под пупартовой связкой
  - ~ усиление (по сравнению с другой конечностью) пульсации задней большеберцовой артерии
- }

::Вопрос 219:: Для острой ишемии конечности I Б степени, развивающейся на

почве эмболии бедренной артерии, не характерны признаки: {

- ~ чувство онемения и похолодания конечности
  - ~ парестезии
  - ~% 50% ограничение активных движений в суставах конечности
  - ~ % 50% субфасциальный мышечный отек.
  - ~ боли в покое
- }

::Вопрос 220::Верно ли, что для острой ишемии конечности III В степени, развивающейся при эмболии бедренной артерии, характерны следующие признаки: боль в конечности, похолодание конечности, отсутствие активных движений в суставах конечности, резкая болезненность при попытке пассивных движений в суставах конечности, тотальная мышечная контрактура:{

=TRUE

}

::Вопрос 221:: При острой ишемии конечности II Б степени, развивающейся вследствие эмболии бедренной артерии, не характерно: {

~ отсутствие активных движений в суставах конечности

~ боль в конечности

~ "мраморный" рисунок кожных покровов

~ похолодание конечности

= мышечная контрактура.

}

::Вопрос 222:: При решении вопроса о тактике лечения больного тяжелой ишемией конечности неизвестного генеза оптимальным является следующее сочетание инструментальных методов исследования: {

~ сфигмография

~ окклюзионная плетизмография

~ термография

~% 50% ультразвуковая доплерография

~% 50% аортоартериография

}

::Вопрос 223:: Для больного с острой ишемией нижней конечности на почве артериальной эмболии не характерны следующие нарушения системы гемостаза:{

- ~ угнетение фибринолиза
  - ~ гиперкоагуляция
  - ~ % 50% гипокоагуляция
  - ~ % 50% гиперагрегация тромбоцитов
  - ~ гипоагрегация тромбоцитов
- }

::Вопрос 224::О жизнеспособности ишемизированной конечности на почве артериальной эмболии можно судить по данным{

- = сцинтиграфии с Tc99 (технецием) - пирофосфатом
  - ~ сфигмографии
  - ~ реовазографии
  - ~ плетизмографии
  - ~ термографии
- }

::Вопрос 225:: В диагностике острой артериальной непроходимости наиболее

информативным методом исследования является:{

- ~ сфигмография
- ~ плетизмография
- = аорто-артериография
- ~ термография
- ~ реовазография
- }

::Вопрос 226:: В дифференциальной диагностике острого тромбоза бедренной

артерии с острым илеофemorальным венозным тромбозом не имеют значения

следующие критерии: {

- ~ наличие резкого отека бедра и голени
- ~ % 50% возраст
- ~ похолодание конечности.
- ~ % 50% пол
- ~ отсутствие пульсации артерий конечности
- }

::Вопрос 227:: В дифференциальной диагностике острых артериальных тромбозов и эмболий важную роль играют следующие критерии: {

- ~ пол

~ возраст

~ % 50% мерцательная аритмия

~ % 50% перемежающаяся хромота

~ образование

}

::Вопрос 228:: При эмболии бедренной артерии, ишемии III В степени

(контрактура конечности) методом выбора является: {

~ экстренная эмболэктомия

= первичная ампутация конечности

~ тромболитическая терапия

~ антикоагулянтная терапия

~ симптоматическая терапия

}

::Вопрос 229:: Наиболее совершенным инструментом для эмболэктомии из

магистральной артерии является: {

= баллонный катетер Фогарти

~ сосудистое кольцо Вольмара

~ вакуум – отсос

~ катетер Дормиа

~ окончатые щипцы

}

::Вопрос 230:: Операция эмбол- и тромбэктомия при острой непроходимости

бифуркации аорты и артерий конечности при тяжелой ишемии показана

во всех случаях, кроме: {

~ случаев развития острого инфаркта миокарда

~ случаев абсцедирующей пневмонии

~ случаев острого ишемического инсульта

= случаев развития тотальной контрактуры пораженной конечности

~ заболеваний артерий нижних конечностей

}

::Вопрос 231:: При эмболэктомии из бифуркации аорты наиболее часто применяется

оперативный доступ: {

= двусторонний бедренный

~ нижнесрединная лапаротомия

~ односторонний бедренный

~ торакофренолапаротомия.

~ забрюшинный по Робу

}

::Вопрос 232:: Больному, страдающему митральным пороком сердца и мерцательной

аритмией и перенесшему операцию эмболэктомии из бедренной артерии,

противопоказана: {

~ антиферментная терапия

= тромболитическая терапия

~ антикоагулянтная терапия

~ антибактериальная терапия

~ дезинтоксикационная терапия

}

::Вопрос 233:: При развитии острого тромбоза подколенной артерии,

ишемии I A степени у больного с геморрагическим инсультом необходима:

{

= симптоматическая терапия

~ тромболитическая терапия

~ экстренная тромбэктомия

~ антикоагулянтная терапия

~ первичная ампутация конечности

}

::Вопрос 234:: При эмболии бедренной артерии и ишемии конечности

II Б степени методом выбора является: {

~ антикоагулянтная терапия

~ тромболитическая терапия стрептазой

= экстренная восстановительная операция

~ чрескожная интраваскулярная дилатация артерии.

~ первичная ампутация конечности

}

::Вопрос 235:: При быстро прогрессирующей влажной гангрене стопы необходимо{

= срочно произвести ампутацию бедра

~ продолжить мероприятия, направленные на перевод влажной гангрены в сухую

~ произвести шунтирование артерий

~ произвести множественные разрезы кожи стопы

~ проводить массивную антибиотикотерапию

}

::Вопрос 236:: Какие симптомы нетипичны для синдрома Лериша? {

~ нарушение сексуальной функции с исчезновением способности к эрекции и эякуляции;

~ нарушение спермогенеза и сперматогенеза  
~ атрофия мышц нижних конечностей  
= синяя пятнистая окраска подошвенных поверхностей  
~ слабость и быстрая утомляемость нижних конечностей  
}

::Вопрос 236:: Синдром Лериша – это: {

~ брахиоцефальный неспецифический артериит  
~ мигрирующий тромбангиит  
= атеросклеротическая окклюзия бифуркации брюшной аорты  
~ окклюзия нижней полой вены  
~ капилляропатия дистальных отделов конечности  
}

::Вопрос 237:: Для синдрома Лериша характерно все, кроме: {

= мигрирующего тромбофлебита нижних конечностей  
~ похолодания нижних конечностей  
~ бледности кожных покровов  
~ импотенции  
~ болей в ягодицах при сидении  
}

::Вопрос 238::Верно, что ультразвуковая доплерография является

инвазивным методом обследования? {

=FALSE

}

::Вопрос 239::Ангиографическая картина артериальных эмболий включает все,

Кроме: {

~ контрастированный магистральный сосуд с четким обрывом в виде перевернутой чашечки

~ обеднение коллатерального сосудистого рисунка

~ отсутствие выраженных признаков атеросклеротического поражения сосудов

~ % 50% наличие выраженных признаков атеросклеротического поражения сосудов

~ % 50% усиление коллатерального сосудистого рисунка

}

::Вопрос 240::Ангиографическая картина артериальных тромбозов включает все,

Кроме: {

~ косо расположенную линию обрыва контрастного вещества

~ неровные зазубренные контуры артерии на фоне выраженных атеросклеротических изменений сосудов

~ % 50% прямую линию обрыва контрастного вещества

~ % 50% плохо развитую сеть коллатералей

~ хорошо развитую сеть коллатералей

}

::Вопрос 241::Восстановление проходимости окклюзированного сегмента сосуда

называется \_\_\_\_\_{

= дезоблитерацией

}

::Вопрос 242::Тромбоэмболия легочной артерии - острое нарушение легочного

кровообращения в результате обструкции легочных артерий \_\_\_\_\_{

= тромбом

}

::Вопрос 243::По объему и локализации эмболии легочной артерии различают, кроме:{

~ субмассивная эмболия ветвей с выключением более 45% сосудистого русла легких

~ массивная эмболия ствола и ветвей легочной артерии

~ % 50% немассивная эмболия ствола и ветвей легочной артерии

~ % 50% массивная эмболия ветвей с выключением более 75% сосудистого русла легких

~ эмболия ветвей легочной артерии с выключением менее 45% сосудистого русла легких

}

::Вопрос 244::По клиническому течению выделяют следующие формы эмболии легочной артерии, кроме: {

~ молниеносная

~ острая

~ подострая

= рецидивирующая

~ хроническая

}

::Вопрос 245::Выделяют следующие виды нейрорефлекторных реакций, кроме: {

~ легочно-легочные

~ легочно-коронарные

- ~ бронхолегочные
- ~ % 50% коронарно-коронарные
- ~ % 50% бронхо-бронхиальные
- }

::Вопрос 246::К специфическим ангиографическим симптомам эмболии легочной

артерии относятся, кроме: {

- ~ дефект наполнения ствола легочной артерии
- ~ дефект наполнения ветвей легочной артерии
- = задержка контрастного вещества в артериальном русле
- ~ "ампутация" ветвей легочной артерии
- ~ отсутствие сосудистого рисунка ниже обтурации
- }

::Вопрос 247::К неспецифическим ангиографическим симптомам эмболии легочной

артерии относятся, кроме: {

- ~ неравномерное контрастирование мелких сосудов
- = экскреция контрастного вещества в артериальном русле
- ~ клиновидное сужение мелких сосудов
- ~ расширение ствола и главных ветвей легочной артерии

~ задержка контрастного вещества в артериальном русле

}

::Вопрос 248::К осложнениям эмболии легочной артерии относятся, кроме:  
{

~ инфаркт легкого

= инфаркт миокарда

~ парадоксальная эмболия большого круга кровообращения

~ хроническая легочная гипертензия

~ мышечная контрактура

}

::Вопрос 249::К факторам, от которых зависит клиника острой артериальной непроходимости относятся, кроме : {

~ фон на котором развивается острая окклюзия магистральных артерий

~ характер острой артериальной непроходимости

= возраст и пол пациента

~ уровень окклюзии

~ степень ишемии

}

::Вопрос 250::Конечным результатом ишемии является \_\_\_\_\_ {  
= гангрена  
}

::Вопрос 251:: Верно ли, что субфасциальный отек встречается лишь при  
тяжелой ишемии? {  
=TRUE  
}

### Раздел Рак пищевода

::Вопрос 252::Пищевод имеет \_\_\_ отдела: {  
=3  
}

::Вопрос 253::Стенка пищевода состоит из следующих слоев, кроме {  
~ слизистый  
= серозный  
~ подслизистый  
~ мышечный  
~ адвентиция

}

::Вопрос 254::При спонтанном разрыве пищевода часто определяют выпот  
в

левой плевральной полости, потому что спонтанный разрыв пищевода  
наиболее

часто возникает: {

~ слева на уровне дуги аорты

~ слева, в шейном отделе

= непосредственно выше кардии

~ справа на уровне дуги аорты

~ в дистальной части пищевода, слева

}

::Вопрос 255::При дивертикуле шейного отдела пищевода показано: {

= удаление дивертикула с миозофаготомией

~ эндоскопическое рассечение сужения ниже дивертикула пищевода

~ гастростомия

~ зондовое питание

~ эзофагостомия

}

::Вопрос 256:: Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы чаще всего

проявляются: {

~ тяжелыми желудочными кровотечениями

= появлением болей после еды

~ не сопровождаются клиническими симптомами.

~ гиперсекрецией

~ легкими желудочными кровотечениями

}

::Вопрос 257::Изжога при рефлюксной болезни пищевода усиливается

в положении лежа, потому что при рефлюксной болезни пищевода: {

~ снижается действие блуждающего нерва в ночное время

~ уменьшается секреция желудка

~ усиливается действие блуждающего нерва в ночное время

= усиливается секреция желудка

~ замыкательный механизм кардии недостаточен

}

::Вопрос 258::Больная 43 лет жалуется на боли за грудиной и чувство жжения,

которые усиливаются после еды и в положении лежа. В положении стоя боли и

жжение уменьшаются. В анализах крови - умеренная гиперхромная анемия.

Какое заболевание вы предполагаете? {

= дуоденальная язва

~ грыжа пищеводного отверстия диафрагмы с явлениями рефлюкс эзофагита

~ хронический эзофагита

~ эпифренальный дивертикул пищевода

~ рак желудка

}

::Вопрос 259::С помощью какого метода исследования невозможно

диагностировать рефлюксную болезнь пищевода? {

~ внутрипищеводной рН-метрии

~% 50% рентгеноскопии желудка

~ эзофагоманометрии

~% 50% определения пассажа бария по пищеводу в положении Тренделенбурга.

~ эзофагоскопии

}

::Вопрос 260::Самые частые осложнения дивертикула пищевода, кроме:{

= эзофагит

~ кровотечение

~ стриктура пищевода

~ малигнизация

~ дивертикулит

~ перфорация

}

::Вопрос 261::При рубцовых стриктурах пищевода необходимо произвести

пластическую операцию, потому что: {

~ приводят к дисфагии

= обычное бужирование при рубцовых стриктурах к успеху не приводит

~ они часто приводят к профузным кровотечениям

~ приводят к расширению желудка.

~ вызывают загрудинные боли

}

::Вопрос 262::Оперативное лечение необходимо при: {

~ скользящей грыже пищеводного отверстия диафрагмы

~ укороченном пищеводе

= рефлюкс-эзофагите

~ недостаточности кардиального жома;

~ зондирования пищевода

}

::Вопрос 263::В диагностике инородных тел пищевода применяют все, кроме:{

~ рентгеноскопии пищевода

= зондирования пищевода

~ сбора жалоб и анамнеза

~ рентгеноскопии пищевода

~ ларингоскопии

}

::Вопрос 264::Рак пищевода развивается чаще: {

= в грудном отделе;

~ на уровне бифуркации трахеи

~ в грудном отделе

~ абдоминальном отделе

~ в шейном отделе

}

::Вопрос 265::В подавляющем большинстве случаев рак пищевода не развивается: {

= у молодых

}

::Вопрос 266::Характерными симптомами рака пищевода не являются:{

~ тупые боли за грудиной

~ дисфагия

~ % 50% спазмы под ложечкой

~ % 50% коликообразные боли в эпигастрии

~ регургитация

}

::Вопрос 267::Метастазирование рака абдоминального отдела пищевода чаще всего не происходит: {

~% 50% в лимфоузлы средостения

~ в лимфоузлы по ходу чревного ствола и его ветвей.

~ в забрюшинные лимфоузлы

~ в лимфоузлы, расположенные вокруг пищевода и кардии

~% 50% в медиастинальные лимфоузлы

}

::Вопрос 268::Важнейшими методами диагностики рака пищевода не является:{

= прескаленная биопсия

~ биопсия с гистологическим исследованием опухоли

~ эзофагоскопия

~ МСКТ

~ иммунологический метод

}

::Вопрос 269::Ахалазия пищевода это: {

~ стойкий спазм кардиального сфинктера

~ расширение сфинктера пищевода

~% 50% стойкий спазм кардиального сфинктера

~% 50% нервно-мышечное заболевание гладкой мускулатуры

~ стойкий спазм пилорического отдела желудка.

}

::Вопрос 270::Эрозивный эзофагит развивается в результате повреждения пищевода, вызванного:{

~ пергидролем

~% 50% = щелочью

- ~ раствором перманганата калия
  - ~ % 50% = кислотой
  - ~ механической травмой пищевода
- }

::Вопрос 271::Для ахалазии кардии не характерны следующие симптомы:{

- = лихорадка
  - ~ похудание
  - ~ боли
  - ~ регургитация
  - ~ дисфагия
- }

::Вопрос 272::В зависимости от расположения различают дивертикулы, кроме: {

- ~ наддиафрагмальные
  - ~ % 50% эпибронхиальные
  - ~ ценкеровские
  - ~ % 50% субтрахеальные
- }

::Вопрос 273::Различают следующие формы рака пищевода, кроме{

~ % 50% = панцирный

~ узловой

~ % 50% = полипоидный

~ язвенный

~ инфильтрирующий

}

::Вопрос 274::Какое мероприятие не соответствует терапии, проводимой

при кровотечении из варикозно расширенных вен пищевода? {

= желудочный зонд, промывание желудка охлажденным физиологическим раствором

~ введение вазопрессина

~ введение  $\alpha$ -блокаторов

~ переливание свежей крови

~ введение зонда Блекмора;

}

::Вопрос 275:: Синдром Меллори-Вейса это:{

= трещина слизистой кардиального отдела желудка

}

::Вопрос 276::48-летний больной доставлен в клинику с жалобами на сильные

боли за грудиной и между лопатками, возникшие в момент массивной рвоты.

Больной в шоке, температура 39,5°, лейкоцитоз 20·10 г/л.Рентгенологически

– скопление воздуха и жидкости в левой плевральной полости и средостении.

Ваш предварительный диагноз? {

= перфорация пищевода

}

::Вопрос 277::К симптомам раннего рака пищевода следует отнести{

= дисфагию

}

::Вопрос 278::Если консервативное лечение язвенного рефлюкс- эзофагита

не приносит успеха, к какой операции следует прибегнуть? {

= фундопликации

}

::Вопрос 279:: Какие мероприятия не показаны больному с химическим ожогом

пищевода в острой фазе?{

~ промывание ротовой полости, пищевода, желудка питьевой водой

~ назначение препаратов морфия и седативных средств

~% 50% = полное парентеральное питание

~ питье молока

~ % 50% = введение постоянного желудочного зонда

}

::Вопрос 280:: Какой из методов бужирования пищевода является наиболее безопасным? {

~ ретроградное бужирование за нитку

~ ортоградное бужирование по нитке направителю.

~ бужирование под контролем эзофагоскопа

= ортоградное бужирование по струне полыми рентгеноконтрастными бужами

~ ортоградное бужирование вслепую

}

::Вопрос 281:: Больная 53 лет, повышенного питания, жалуется на сильные изжоги и боли за грудиной, усиливающиеся при наклоне вперед. О каком

предварительном диагнозе можно подумать? {

~ хронический гастрит

~ хронический панкреатит

= рефлюксэзофагит

~ ценкеровский дивертикул пищевода;

~ рак пищевода

}

::Вопрос 282::Какое диагностическое мероприятие вы проведете для  
подтверждения диагноза рефлюкс-эзофагита? {

~ контрастную рентгеноскопию желудка

= эзофагогастроскопию

~ исследование кислотности желудочного сока

~ эхографию

~ колоноскопию

}

::Вопрос 283:: Симптомы, характерные для поражения органов грудной  
полости: {

= все верно

~ одышка

~ тахикардия после еды

~ приступы кашля

~ набухание надключичной ямки

}

::Вопрос 284::К общим неспецифическим симптомам рака пищевода не относится: {

= регургитация

~ адинамия

~ безразличие

~ похудание

~ утомляемость

}

::Вопрос 285::При прорастании опухоли возвратных нервов развивается {

~ рвота

~ брадикардия

~ кашель

~ паралич диафрагмы

= охриплость голоса

}

::Вопрос 286:: При прорастании опухолью узлов симпатических нервов развивается: {

= синдром Бернара -Горнера

~ охриплость голоса

~ паралич диафрагмы

~ брадикардия

~ рвота

}

::Вопрос 287:: При прорастании опухолью диафрагмального нерва развивается: {

~ синдром Бернара -Горнера

~ охриплость голоса

= паралич диафрагмы

~ брадикардия

~ рвота

}

::Вопрос 288:: При прорастании опухолью блуждающего нерва не развивается: {

~ нарушение моторики ЖКТ

= охриплость голоса

~ рвота

~ кашель

~ брадикардия

}

::Вопрос 289:: Характерные рентгенологические признаки рака пищевода, кроме: {

= выпячивание стенки с четким контуром

~ стеноз пищевода

~ неравномерность контуров

~ ригидность стенок

~ дефект наполнения

}

::Вопрос 290:: Рак пищевода надо дифференцировать с доброкачественными опухолями: {

~ лейомиома

= дивертикул

~ полип

~ фибролипома

~ миксофиброма

}

::Вопрос 291::Лучевая терапия показана при локализации опухоли  
в \_\_\_\_\_ трети пищевода: {  
= верхней  
}

::Вопрос 292::Многоэтапная операция по Добромыслову-Тореку состоит из  
\_\_\_\_\_этапов: {  
= 3  
}

:: Вопрос 293::К паллиативным операциям относятся все, кроме: {  
~ гастростомия  
~ паллиативная резекция  
= типа Льюиса  
~ реканализация опухоли  
~ обходное шунтирование  
}

:: Вопрос 294:: К радикальным операциям относятся: {

~ обходное шунтирование

~% 50% экстирпация пищевода

~ гастростомия

~ реканализация опухоли

~% 50% типа Льюиса

}

:: Вопрос 295::Химиотерапия при раке пищевода неэффективна: {

= TRUE

}

:: Вопрос 296::Регионарное метастазирование рака шейного отдела по лимфатическому пути не происходит через: {

~параэзофагеальные

% 50% бифуркационные

~ паратрахеальные

~надключичные

% 50% паракардиальные

}

:: Вопрос 297:: Регионарное метастазирование рака грудного отдела по лимфатическому пути происходит через:{

~ параэзофагеальные

~ парабронхиальные

= надключичные

~ бифуркационные

~ паракардиальные узлы

}

:: Вопрос 298:: Регионарное метастазирование рака абоминального отдела по лимфатическому пути не происходит через:{

~ бифуркационные

~ окологреивные

~ паракардиальные

= паратрахеальные

~ параэзофагеальные

}

:: Вопрос 299:: Метастаз Вирхова не относится к отдаленному: {

= False

}

:: Вопрос 300:: Показанием к хирургическому лечению рака пищевода является: {

~ шейного отдела

~ % 50% абоминального отдела

~ верхнегрудного

~ среднегрудного

~ % 50% грудного отдела

}

### **Раздел Варикозная болезнь**

:: Вопрос 301:: К факторам, влияющим на варикозное расширение вен нижних конечностей, относятся: {

~ беременность

~ тугие повязки в области верхней трети конечности

~ увеличенные паховые лимфатические узлы;

= все перечисленное

~ ничего из перечисленного

}

:: Вопрос 302:: Варикозное расширение вен нижних конечностей проявляется:

{

~ отеками

~ гиперпигментацией кожи голеней

~ образованием язв на голенях

~ дерматитом

= всем названным.

}

::Вопрос 303:: Назовите факторы, не участвующие в развитии варикозной болезни нижних конечностей: {

~ затруднение оттока крови из венозной системы нижних конечностей

~ сброс крови из глубоких вен в поверхностные через перфоранты

~ относительная клапанная недостаточность глубоких вен

= системная артериальная гипертензия

~ несостоятельность остиальных клапанов.

}

::Вопрос 304:: Симптомами варикозного расширения подкожных вен нижних конечностей являются все нижеперечисленные, кроме: {

~ отеков дистальных отделов конечностей по вечерам

= перемежающейся хромоты

~ признаки трофических расстройств кожи голени

~ судороги по ночам

~ видимого расширения подкожных вен.

}

::Вопрос 305:: Какие функциональные пробы не используют для выявления недостаточности клапанов поверхностных и перфорантных вен нижних конечностей? {

~ проба Троянова – Тренделенбурга

~ симптом «кашлевого толчка» Гаккенбруха-Сикара

= маршевая проба Дельбе-Пертеса

~ трехжгутовая проба

~ проба Пратта с двумя эластическими бинтами.

}

::Вопрос 306:: Какую информацию нельзя получить посредством выполнения функциональных проб при варикозной болезни нижних конечностей? {

~ выявление клапанной недостаточности поверхностных вен

~%50% диагностику поверхностного тромбофлебита

~ определение локализации несостоятельных перфорантных вен

~%50% данные о наличии артериовенозного сброса крови

~ оценку непроходимости глубоких вен.

}

::Вопрос 307::Симптом Троянова - Тренделенбурга служит для диагностики: {

= недостаточности остиального клапана при варикозном расширении вен нижних конечностей

~ острого тромбоза глубоких вен бедра

~ синдрома Лериша

~ посттромбофлебитической болезни

~ болезни Бюргера.

}

::Вопрос 308:: Перечислите методы, применяемые с целью выявления недостаточности перфорантных вен при варикозной болезни нижних конечностей: {

~% 50% проба Претта

~ антеградная илеокаваграфия

~ ретроградная илеокаваграфия

~% 50% дистальная восходящая флебография

~ определение насыщения венозной крови кислородом

}

::Вопрос 309:: Маршевая проба проводится с целью выявления: {

~ несостоятельности коммуникантных вен

= проходимости глубоких вен нижних конечностей

~ недостаточности артериального кровообращения в нижних конечностях

~ тромбоза подколенной артерии

~ острого тромбоза.

}

::Вопрос 310:: Проба Патта проводится с целью выявления: {

~ проходимость глубоких вен нижних конечностей

~ недостаточности артериального кровообращения в нижних конечностях

= несостоятельных коммуникантных вен

~ тромбоз подколенной артерии

~ острого тромбоза.

}

::Вопрос 311:: Основными клиническими проявлениями варикозной болезни нижних конечностей не являются: {

~ отек стопы и тупые боли в конечности, появляющиеся к концу рабочего дня

~%50% гиперемия кожных покровов

~ варикозное расширение поверхностных вен

~%50% "низкая" перемежающаяся хромота

~ трофические изменения кожи на медиальной поверхности голени.

}

::Вопрос 312::С какими заболеваниями нет необходимости дифференцировать варикозную болезнь нижних конечностей? {

~ посттромботической болезнью нижних конечностей

- ~ пороками развития глубоких вен
  - ~ % 50% острым лимфангоитом
  - ~ врожденными артериовенозными свищами
  - ~ % 50% острым илеофemorальным венозным тромбозом
- }

::Вопрос 313::Перечислите состояния, не являющиеся осложнениями варикозной болезни нижних конечностей: {

- ~ острый тромбоз
  - ~ кровотечение из варикозного узла
  - ~ трофическая язва голени
  - ~ % 50% эмболия легочной артерии
  - ~ % 50% слоновость
- }

::Вопрос 314:: В предоперационном периоде у больных с варикозным расширением вен нижних конечностей нет необходимости исследовать проходимость глубокой венозной системы путем: {

- ~ % 50% пальпации
- ~ флебографии
- ~ пробы Дельбе-Пертеса
- ~ % 50% измерением температуры
- ~ ультразвуковой флоуметрии

}

::Вопрос 315:: К осложнениям варикозного расширения вен нижних конечностей относят все, кроме {

= гангрены

~ тромбоза

~ хронической венозной недостаточности

~ экземы и дерматита

~ трофических язв

}

::Вопрос 316:: Наиболее редким осложнением при первичном варикозе вен является: {

~ экзематозный дерматит

= глубокий тромбоз малоберцовой вены

~ безболезненный разрыв расширенной вены

~ изъязвление нижней трети конечности

~ гипертрофированные ногти и атрофичная кожа

}

::Вопрос 317:: Прогрессирование варикозного расширения вен нижних конечностей обусловлено: {

= нарушением клапанного аппарата вен

~ нарушением свертывающей системы крови

~ нарушением артериального кровотока в конечности

~ сердечной слабостью

~ нарушением водно-солевого обмена.

}

::Вопрос 318::Перечислите какие цели преследует оперативное вмешательство при варикозной болезни нижних конечностей, кроме? {

~ устранение патологического сброса крови из глубоких вен в поверхностные

~ удаление варикозно измененных вен

~ % 50% восстановление проходимости глубоких вен

~ коррекцию несостоятельности клапанов бедренной вены

~ % 50% удаление трофически измененных тканей

}

::Вопрос 319:: : Противопоказанием для склеротерапии варикозно расширенных вен является: {

~ рассыпной тип поражения

~ мягкие, легко спадающиеся варикозные узлы

~ рецидив после оперативного лечения

= непроходимость глубоких вен

~ острый тромбофлебит подкожных вен в анамнезе

}

::Вопрос 320:: При несостоятельности коммуникантных вен нижних конечностей наиболее целесообразной операцией следует считать операцию: {

~ Бебкока

~ Нарата

~ Маделунга

~ Троянова

~ Тренделенбурга

= Линтона

}

::Вопрос 321:: Операция Троянова - Тренделенбурга заключается: {

= в перевязке большой подкожной вены в области ее устья со всеми притоками в области сафено-бедренного треугольника

~ в удалении подкожных вен методом тоннелирования

~ в удалении подкожных вен зондом

~ в перевязке коммуникантных вен над фасцией

~ в субфасциальной перевязке коммуникантных вен

}

::Вопрос 321:: Операция Нарата заключается: {

~ в удалении подкожных вен из лампасных разрезов на бедре и голени

= в удалении подкожных вен методом тоннелирования

- ~ в удалении подкожных вен зондом
  - ~ в чрескожном прошивании варикозных вен кетгутом
  - ~ в субфасциальной перевязке коммуникантных вен.
- }

::Вопрос 322::Операция Маделунга заключается: {

- = в удалении подкожных вен из лампасных разрезов на бедре и голени
  - ~ в удалении подкожных вен методом тоннелирования
  - ~ в удалении подкожных вен зондом
  - ~ в чрескожном прошивании варикозных вен кетгутом
  - ~ в надфасциальной перевязке коммуникантных вен.
- }

::Вопрос 323:: Операция Клаппа заключается: {

- ~ в удалении подкожных вен из лампасных разрезов на бедре и голени
  - ~ в удалении подкожных вен методом тоннелирования
  - ~ в удалении подкожных вен зондом
  - = в чрескожном прошивании варикозных вен кетгутом
  - ~ в надфасциальной перевязке коммуникантных вен.
- }

::Вопрос 324:: Операция Коккета заключается: {

~ в удалении подкожных вен методом тоннелирования

~ в удалении подкожных вен зондом

~ в чрескожном прошивании варикозных вен кетгутом

= в надфасциальной перевязке коммуникантных вен

~ в субфасциальной перевязке коммуникантных вен

}

::Вопрос 325:: Операция Линтона заключается: {

~ в удалении подкожных вен методом тоннелирования

~ в удалении подкожных вен зондом

~ в чрескожном прошивании варикозных вен кетгутом

~ в надфасциальной перевязке коммуникантных вен

= в субфасциальной перевязке коммуникантных вен.

}

::Вопрос 326:: : При магистральном типе варикозного расширения вен нижних конечностей показано: {

~ только склеротерапия

= комбинированное лечение (склеротерапия + операция)

~ только бинтование эластическим бинтом

~ только операция Троянова-Тренделенбурга

~ только операция Линтона.

}

::Вопрос 327:: Наибольший косметический эффект в лечении варикозного расширения подкожных вен нижних конечностей достигается: {

~ операцией Бебкока

~ операцией Троянова – Тренделенбурга

= склеротерапией

~ операцией Клаппа

~ операцией Маделунга.

}

::Вопрос 328:: Наименьшее количество рецидивов после оперативного лечения варикозного расширения подкожных вен нижних конечностей достигается: {

= комбинированным оперативным методом

~ операцией Линтона

~ операцией Бебкока

~ операцией Нарата

~ операцией Маделунга.

}

::Вопрос 329:: Какие операции применяются при варикозной болезни нижних конечностей с целью устранения вено-венозного сброса через коммуникантные вены голени? {

~ операция Троянова – Тренделенбурга

~ операция Бебкока

~ % 50% операция Коккета

~ операция Нарата

~ % 50% операция Линтона

}

::Вопрос 330::К предрасполагающим факторам варикозной болезни не относятся: {

~ анатомо-физиологические условия кровотока в венах

~ возрастные изменения венозной стенки

~ % 50% повышение венозного давления

~ % 50% механическое затруднение оттока

~ врожденная слабость эластических мышечных волокон стенок вен

}

::Вопрос 331::Для стадии компенсации не характерно: {

~ ощущение тяжести и полноты в ногах

~ ноющие боли

~ судороги

= кожный зуд

~ пастозность

}

::Вопрос 332:: Для стадии декомпенсации не характерно {

~ отеки

~ экземы и язвы

~ трофические нарушения

= судороги

~ кожный зуд

}

::Вопрос 333::Какое осложнение нехарактерно для стадии декомпенсации? {

~ индурация подкожной клетчатки

~ лимфангоиты

~ тромбофлебиты

= ноющие боли

~ кровотечения из лопнувшей вены

}

::Вопрос 334::Дополнительные методы исследования при варикозной болезни все, кроме: {

~ реовазография

~ лимфография

~ капилляроскопия

= ангиографии

~ метод радиоиндикации

}

::Вопрос 335::Показанием к операции служит наличие компенсированного варикоза 1 степени: {

=FALSE

}

::Вопрос 336:: Противопоказанием к операции служит наличие тяжелой патологии сердца и сосудов, печени, легких, почек: {

=TRUE

}

::Вопрос 337::О состоянии клапанного аппарата лучше всего свидетельствует

\_\_\_\_\_ {

= флебография

}

::Вопрос 338::Тромбофлебит- это воспаление стенок вен, в которых формируется\_\_\_\_\_ {

=тромб

}

::Вопрос 339::Основными причинами тромбофлебита служат все, кроме {

~ венозный стаз

~ % 50% аллергия

~ гиперкоагуляция

~ нарушение целостности стенок

~ % 50% нейротрофические расстройства

}

::Вопрос 340::Эндокринные расстройства могут спровоцировать тромбофлебит: {

=TRUE

}

::Вопрос 341::Клиника острого тромбофлебита : {

~ боли по ходу вены

~ повышение T\* до 37,5\*

= отсутствие пульсации

~отек

~ уплотнение вены по ходу вены

}

: ~Вопрос 342:: Варианты течения тромбофлебита подкожных вен нижних конечностей{

~ тромбофлебит дистальных отделов

~ восходящий тромбофлебит поверхностных вен

~ тромбофлебит поверхностных вен с переходом в глубокие вены

= бледность кожного покрова

~ тромбофлебит через несостоятельные коммуниканты переходит на глубокие вены

}

::Вопрос 343:: Дифференциальная диагностика тромбофлебита все, кроме: {

~ лимфангоит

~ рожистое воспаление

~ флегмона

= коревая краснуха

~ узловатая эритема

}

::Вопрос 344:: В основе патогенеза первично- клапанного варикоза лежит нарушение функции клапанов\_\_\_\_\_ вен: {

= коммуникантных

}

::Вопрос 345::В основе патогенеза первично-атонического варикоза лежит нарушение функции\_\_\_\_\_ клапана: {

= остеального

}

::Вопрос 346::К клиническим формам истинного варикоза относятся все , кроме: {

~ первично-клапанный

~ % 50%вторично-атонический

~ первично-атонический

~ клапанно- атонический

~ % 50%- первично-остеальный

}

::Вопрос 347::Посттромбофлебитический синдром- это заболевание, развивающееся после перенесенного \_\_\_\_\_ вен нижних конечностей:

{

= тромбоза

}

::Вопрос 348:: к симптомам ПТФС относятся, кроме: {

~ тромбоз

~ варикозное расширение вен

~ трофические язвы

= гиперемия

~ отеки

}

::Вопрос 349::В перечень специальных обследований входит все, кроме {

~ флебография

~ капилляроскопия

= ангиография

~ лимфография

~ УЗДГ сосудов нижних конечностей

}

::Вопрос 350:: Самым распространенным методом лечения ПТФС является

\_\_\_\_\_ : {

= кроссэктомия

}

::Вопрос 351:: Для синей флегмазии характерно {

~ молниеносное течение

~ массивный тромбоз поверхностных вен

~ массивный тромбоз глубоких вен

= бледность кожного покрова

~ диффузный отек тканей нижних конечностей

}

::Вопрос 352:: Для белой флегмазии характерно {

~ похолодание конечности

~ бледность кожного покрова

~ онемение

= четкая пульсация артерий

~ острая пульсирующая боль

}

## Раздел: Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки

::Вопрос 353:: Для прободной язвы желудка в первые шесть часов не типичны следующие симптомы: {

~ резкие внезапные боли в животе

~ доскообразный живот

~%50% многократная рвота

~%50% вздутие живота

~ исчезновение печеночной тупости, рентгенологически - "серп" газа под правым куполом диафрагмы

}

::Вопрос 354:: : У больного, в течение многих лет страдающего язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, при клинико-рентгенологическом и гастроскопическом исследовании выявлена рубцовая язвенная деформация пилорического отдела желудка с нарушением эвакуации. В какой фазе желудочной секреции можно ожидать гиперсекреции? {

~ цефалической

~ гуморальной

~ кишечной

= цефалической и гуморальной

~ цефалической и кишечной.

}

::Вопрос 355:: Женщина 38 лет жалуется на боли в эпигастрии, возникающие через 2 часа после еды, ночные и "голодные" боли. О каком предварительном диагнозе можно думать? {

~ язва желудка

~ хронический холецистит

~ хронический панкреатит

= язва двенадцатиперстной кишки

~ хронический гастрит.

}

::Вопрос 356:: Какие дополнительные методы диагностики необходимы для уточнения диагноза? {

~ исследование кислотности желудочного сока

~ определение уровня гастрина сыворотки крови

~ холецистография

~ обзорная рентгеноскопия органов брюшной полости

= фиброэзофагогастродуоденоскопия.

}

::Вопрос 357:: Мужчина 50 лет жалуется на боли в эпигастрии, не связанные с приемом пищи и не проходящие после приема соды. Бывает рвота, иногда с примесью крови. Кислотность желудочного сока снижена.

Рентгенологически большая язва на малой кривизне желудка. Решение какого вопроса является основным в данном случае? {

~ похожа ли клиника на рефлюксную болезнь пищевода

~ какой вариант ваготомии показан в данном случае

~ похожа ли клиника на синдром Цолингера – Элиссона

~ показана ли в данной ситуации операция – гастрэктомия

= злокачественная или доброкачественная эта язва.

}

::Вопрос 358:: При язве желудка небольших размеров требуется: {

~ периодический рентгенологический контроль за состоянием язвы

= оперативное лечение, если в течение 3 месяцев эпителизация язвы на фоне консервативной терапии не произойдет

~ повторная гастроскопия и лечение в зависимости от ее результатов

~ длительное консервативное лечение

~ немедленная операция резекция желудка.

}

::Вопрос 359:: Что вызывает исчезновение печеночной тупости при прободной язве желудка? {

~ вздутие кишечника

~ высокое стояние диафрагмы

~ интерпозиция кишечных петель между печенью и брюшной стенкой

= наличие свободного газа в брюшной полости

~ наличие жидкости в брюшной полости.

}

::Вопрос 360:: Мужчина 29 лет поступил в приемный покой с жалобами на слабость: в анамнезе ночные и "голодные" боли в течение 5 лет с сезонными обострениями. Ранее не обследовался и не лечился. Кожные покровы бледные, влажные, тахикардия, АД 90/70 мм рт.ст. ЦВД - 3 см вод.ст. Гематокрит – 20%. Во время осмотра повторно была рвота со сгустками крови. После проведения гемостатической и инфузионной терапии гемодинамика стабилизировалась, но через час отмечен повторный коллапс. Ваш предварительный диагноз? {

~ синдром Меллори-Вейса

~ геморрагический гастрит

= язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, кровотечение из язвы

~ кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода

~ острый лейкоз.

}

::Вопрос 361:: Объясните причину появления напряжения мышц в правой подвздошной области при прободной язве двенадцатиперстной кишки: {

~ рефлексорные связи через спинномозговые нервы

~ скопление воздуха в брюшной полости

= затекание кислого желудочного содержимого по правому боковому каналу

~ развивающийся разлитой перитонит

~ висцеро-висцеральные связи с червеобразным отростком.

}

::Вопрос 362:: При синдроме Меллори - Вейса поражается слизистая: {

~ пищевода

= кардиального отдела желудка

~ антрального отдела желудка

~ тонкой кишки

~ прямой кишки.

}

::Вопрос 363:: Декомпенсированный стеноз привратника язвенной этиологии характеризуется всем, кроме:

~ "шумом плеска" натошак

~ резким похуданием больного

= рентгенологически - задержкой бария не более 12 часов

~ нарушением волемиического статуса

~ часто возникающими рвотами пищей, съеденной накануне

~ возможными приступами тетании

}

::Вопрос 364:: При эндоскопическом исследовании можно выявить все, кроме: {

~ формы гастрита

~ синдрома Меллори – Вейса  
~ начальной формы рака  
= синдрома Цолингера – Эллисона  
~ степени стеноза привратника.  
}

::Вопрос 363:: Синдром Меллори – Вейса - это: {

~ стеноз привратника  
~ наличие "целующихся язв"  
~ пенетрирующая в печень язва  
= разрыв слизистой кардиального отдела желудка  
~ стойкий спазм кардиального сфинктера.

}

::Вопрос 364:: Стрессовая язва желудка проявляется чаще: {

~ перфорацией  
= кровотечением  
~ пенетрацией  
~ малигнизацией  
~ ничем из названного  
}

::Вопрос 365 : : При подозрении на перфоративную язву желудка основным методом диагностики является: {

~ рентгеноскопия желудка с бариевой взвесью

= обзорная рентгеноскопия брюшной полости

~ экстренная гастродуоденоскопия

~ ангиография

~ лапароскопия.

}

::Вопрос 366:: Клиника декомпенсированного язвенного пилородуоденального стеноза характеризуется: {

~ "шумом плеска" натошак

~ снижением массы тела

~% 50% задержкой бария в желудке до 12 часов

~ развитием гиповолемии

~% 50% неукротимой рвотой

}

::Вопрос 367:: Для прободной язвы желудка в первые 6 часов типично все, кроме: {

~ пневмоперитонеума

~ доскообразного живота

= частых позывов на стул

~ "кинжальной" боли в животе

~ отсутствия рвоты.

}

::Вопрос 368:: Установить, продолжается ли у больного желудочно-кишечное кровотечение или оно остановилось, можно с помощью: {

~ рентгеноскопии желудка

~ лапароскопии

~ % 50% назогастрального зонда

~ анализа крови на содержание сывороточного железа

~ % 50% гастродуоденоскопии

}

::Вопрос 369:: Типичными осложнениями язвенной болезни двенадцатиперстной кишки являются все, кроме: {

~ перфорация

~ пенетрация

= малигнизация

~ кровотечение

~ стеноз привратника

}

::Вопрос 370:: Что относится к первой стадии пенетрации гастродуоденальной язвы? {

= фиброзное сращение язвы с подлежащими органами

~ проникновение язвы через все слои органа

~ выраженность явлений стеноза привратника

~ проникновение язвы в соседний орган

~ интенсивные боли после еды, ночные и "голодные" боли.

}

::Вопрос 371:: Что определяет вторую стадию пенетрации язвы? {

~ проникновение язвы через все слои органа

~ интенсивность болей

~ выраженность явлений стеноза

= проникновение язвы в соседний орган

~ фиброзное сращение дна язвы с соседним органом.

}

::Вопрос 372:: В чем опасность третьей стадии пенетрации язвы? {

~ возможность возникновения стеноза привратника

~ возможность ракового перерождения язвы

~ % 50% возможность возникновения желудочно-органного свища

~ % 50% возможность профузного кровотечения

~ возможность прободения в свободную брюшную полость

}

::Вопрос 373:: Клиника стеноза привратника II степени характеризуется: {

~ стойкой атонией желудка

~ % 50% периодическими рвотами

~ отрыжкой "тухлым"

~ рвотой пищей, съеденной накануне

~ % 50% изжогами

}

::Вопрос 374:: Что соответствует понятию демпинг-синдром? {

~ расширение приводящей петли

~ гиповолемиа

= гипогликемия

~ гипергликемия

~ гиперволемиа.

}

::Вопрос 375:: Наиболее типичным осложнением язвы двенадцатиперстной кишки, пенетрирующей в поджелудочную железу, является: {

~ малигнизация

~ перфорация

= острый панкреатит

~ стеноз кардиального отдела желудка

~ рефлюкс-эзофагит.

}

::Вопрос 376:: Для какого осложнения язвенной болезни желудка характерно вынужденное положение больного с приведенными к животу ногами и доскообразное напряжение брюшных мышц? {

~ пенетрация язвы в малый сальник

~ прикрытая перфорация

= перфорация в свободную брюшную полость

~ пенетрация в поджелудочную железу

~ декомпенсированный стеноз пилородуоденального отдела

}

::Вопрос 377:: Перечислите какие факторы обуславливают тяжесть состояния больных с язвенным пилородуоденальным стенозом, кроме? {

~ % 50% гиперволемиа

~ гипокалиемиа

~ % 50% интоксикация

~ гипонатриемиа

~ гиповолемия

}

::Вопрос 378:: Что не является показанием к операции при дуоденальной язве: {

~ длительная потеря трудоспособности и неуспех консервативной терапии

~ профузное кровотечение из язвы

~ стеноз привратника

= наличие множественных плоских язв в луковице двенадцатиперстной кишки, обнаруженных при гастродуоденоскопии

~ пенетрация язвы.

}

::Вопрос 379:: Показаниями к оперативному лечению дуоденальной язвы являются все, кроме: {

~ неудача консервативной терапии и длительная потеря трудоспособности

~ профузное кровотечение

~ стеноз привратника

~ перфорация язвы

= эрозия

}

::Вопрос 380:: Показанием к операции при пептической язве двенадцатиперстной кишки является все, кроме: {

~ перфорации

~ массивного кровотечения

~ стеноза привратника

~ отсутствия эффекта от консервативной терапии

= возникновение язвы на фоне приема канцерогенных препаратов

}

::Вопрос 381:: При установлении диагноза перфоративной язвы желудка показан один из следующих методов лечения: {

= экстренная операция

~ лечение по Тейлору

~ операция при неэффективности консервативного лечения

~ операция при нарастании явлений перитонита

}

::Вопрос 382:: При установлении диагноза перфоративной язвы желудка показан один из следующих методов лечения: {

= экстренная операция

~ лечение по Тейлору

~ операция при неэффективности консервативного лечения

~ операция при нарастании явлений перитонита

~ лапароскопическое дренирование брюшной полости

}

::Вопрос 383:: Селективная проксимальная ваготомия показана при: {

~ язве антрального отдела желудка

~ дуоденальной язве с явлениями субкомпенсированного стеноза привратника

~ прободной язве двенадцатиперстной кишки

= дуоденальной язве без явлений стеноза

~ гастродуоденальном кровотечении.

}

::Вопрос 384:: Успех операции при дуоденальной язве зависит: {

~ от подавления кислотности

~ устранения стеноза привратника

~ устранения возможного источника кровотечения

~ обеспечения нормальной функции желудка

= всего перечисленного.

}

::Вопрос 385:: Выберите оптимальный вариант лечения язвы желудка, осложненной пилородуоденальным стенозом: {

= резекция 2/3 желудка

~ стволовая ваготомия с пилоропластикой

~ селективная проксимальная ваготомия с дренирующей операцией

~ консервативная терапия

~ гастроэнтеростомия.

}

::Вопрос 386:: Что определяет характер оперативного вмешательства при прободной язве желудка? {

~ возраст больного

~ локализация перфоративного отверстия

~ степень выраженности явлений перитонита

~ срок с момента перфорации

= все выше перечисленное.

}

::Вопрос 387:: Перечислите каковы теоретические основы применения диеты Мейленграхта, кроме: {

~ механическое щажение слизистой желудка

- ~ подавление секреции желудочного сока
  - ~ обеспечение высококалорийного питания
  - ~ % 50% прямой гемостатический эффект
  - ~ % 50% подавление перистальтики желудка
- }

::Вопрос 388:: У больного 60 лет диагностирована прободная язва желудка. Давность заболевания 14 часов. Ему нужно произвести операцию: {

- ~ резекцию желудка
  - ~ стволовую ваготомию с пилоропластикой по Финнею
  - = ушивание прободного отверстия
  - ~ селективную проксимальную ваготомию с ушиванием язвы
  - ~ стволовую ваготомию с ушиванием язвы и гастроэнтероанастомозом.
- }

::Вопрос 389:: Больному, поступившему в клинику с желудочным кровотечением, в экстренном порядке показано проведение следующих мероприятий все, кроме: {

- ~ постоянная аспирация желудочного содержимого
- ~ % 50% рентгеноскопия желудка
- ~ гастродуоденоскопия
- ~ % 50% лапароскопия
- ~ определение гематокрита и объема циркулирующих эритроцитов

}

::Вопрос 390:: Больным с декомпенсированным стенозом привратника с целью предоперационной подготовки показано все, кроме: {

~ % 50% переливание крови

~ переливание концентрированных растворов глюкозы

~ внутривенное введение раствора Рингера – Локка

~ внутривенное введение ионов калия

~ % 50% введение осмотических диуретиков

}

::Вопрос 391:: У больного 26 лет, поступившего в клинику с желудочно-кишечным кровотечением, при экстренной гастродуоденоскопии обнаружена хроническая язва двенадцатиперстной кишки с тромбированным сосудом и угрозой рецидива кровотечения. Ваша тактика?

{

= срочная операция

~ консервативное лечение

~ эмболизация сосудов желудка

~ операция при рецидиве кровотечения

~ все верно.

}

::Вопрос 392:: В желудке различают все, кроме {

~ переднюю и заднюю стенки

= дно желудка

~ малую и большую кривизну

~ четыре отдела

~ два сфинктера

}

::Вопрос 393:: Область желудка, расположенная на протяжении 5 см ниже и подковообразно вокруг пищеводно-желудочного жома \_\_\_\_\_ отдел {

= кардиальный

}

::Вопрос 394:: Область расположенная выше уровня угловой вырезки \_\_\_\_\_ желудка {

= дно

}

::Вопрос 395:: Область между дном и астральным отделом \_\_\_\_\_ желудка {

= тело

}

::Вопрос 396:: Дистальная четверть желудка \_\_\_\_ отдел {

= антральный

}

::Вопрос 397:: Стенка желудка состоит из слоев, кроме {

~ слизистый

= жировой

~ подслизистый

~ мышечный

~ серозный

}

::Вопрос 398:: К социальным факторам вызывающим ЯБЖ относятся {

~ жирная пища

~ % 50% алкоголь

~ растительная пища

~ белковая пища

~ % 50% табакокурение

}

::Вопрос 399:: Различают следующие стадии развития язвы {

~ эрозия

~ простая язва

~ калезная язва

= полип

~ язвенный рубец или малигнизация

}

::Вопрос 400:: К антацидам относятся все , кроме {

~ циметидин

~ ранитидин

~ фамотидин

= гастрोцепин

~ низадин

}

::Вопрос 401:: Прободную язву желудка дифференцируют {

~ острый аппендицит

~ острый панкреатит

= острый аднексит

~ острый холецистит  
~ острая кишечная перфорация  
}

::Вопрос 402:: Перфоративную язву по фазам течения различают {

~ абдоминальный шок  
~ % 50% местного перитонита  
~ мнимое благополучие  
~ разлитой перитонит  
~ % 50% относительного благополучия  
}

### **Раздел Рак желудка**

::Вопрос 403:: Все перечисленное относится к болезни Менетрие, кроме: {

~ гипертрофии слизистой желудка  
~ абдоминального дискомфорта  
= атрофии слизистой желудка  
~ гипопропротеинемии  
~ кардиоспазма.  
}

::Вопрос 404:: Что относится к предраковым заболеваниям желудка? {

= болезнь Менетрие

~ синдром Пейтца – Егерса

~ синдром Меллори – Вейса

~ синдром Золингера – Эллисона

~ болезнь Уипла.

}

::Вопрос 405:: Полип желудка наиболее вероятно является малигнизированным при диаметре полипа: {

~ 0,5 см

~ 1 см

~ 1,5 см

~ 2 см

= размер не имеет значения

}

::Вопрос 406::К предраковым заболеваниям желудка относится все, кроме: {

= синдрома Меллори – Вейса

~ хронической язвы желудка

~ полипоза желудка

~ болезни Менетрие

~ кишечной метаплазии слизистой желудка.

}

::Вопрос 407:: К предраковым заболеваниям относится все, кроме: {

~ полипоз желудка

~ % 50% синдром Цоллингера – Эллисона

~ % 50% фитобезоар

~ хронический атрофический гастрит

~ язвенная язва желудка

}

::Вопрос 408:: Что из перечисленного неверно в отношении рака желудка? {

~ чаще возникает у мужчин, чем у женщин

~ развивается на фоне хронического атрофического гастрита

~ может развиваться из полипа

~ редко локализуется на большой кривизне желудка

= рано диагностируется определением содержания альфа-фетопротеина.

}

::Вопрос 409:: Какая локализация рака желудка сопровождается наименьшей клинической симптоматикой? {

~ рак кардии с переходом на пищевод

~ рак субкардии

= рак тела желудка

~ рак пилорического канала

~ рак антрального отдела.

}

::Вопрос 410:: Какие из указанных относятся к симптомам полипоза желудка?

{

~ высокая кислотность желудочного сока

~ тошнота и отрыжка

~ ночные и "голодные" боли

= тупые боли в поджелудочной области

~ рентгенологически - симптом ниши.

}

::Вопрос 411:: Рак каких отделов желудка наиболее поздно проявляется клинически? {

~ % 50% тела желудка

~ % 50% субкардиального отдела

~ кардиального отдела

~ антрального отдела

~ пилорического канала

}

::Вопрос 412:: Критерием раннего рака желудка является: {

~ низкая степень морфологической дифференциации опухоли

= глубина инвазии, ограниченная слизистой и подслизистым слоем

~ глубина инвазии, ограниченная мышечным слоем желудочной стенки

~ опухоли размером не менее 2 см

~ опухоли без регионарного метастазирования.

}

::Вопрос 413:: Типичными клиническими проявлениями рака выходного отдела желудка являются: {

~ % 50% повторная рвота

~ дисфагия

~ % 50% "шум плеска" натощак

~ полиурия

~ гиперсаливация

}

::Вопрос 414:: Выберите комбинацию признаков, характерных для рака тела желудка: {

~ дисфагия

- ~ % 50% анемия
- ~ неукротимая рвота
- ~ гиперсаливация
- ~ % 50% похудание

}

::Вопрос 415:: Какая локализация рака желудка клинически проявляется наиболее рано? {

- ~ рак малой кривизны желудка
- ~ дна желудка
- ~ тела желудка
- ~ % 50% антрального отдела желудка
- ~ % 50% кардиального отдела желудка

}

::Вопрос 416:: Отдаленными метастазами рака желудка являются: {

- ~метастазы Шницлера
- =метастазы в печень
- ~метастаз Крукенберга
- ~ метастазы в пупок
- ~ метастаз Вирхова

}

::Вопрос 418:: Для рака кардиального отдела желудка не характерно: {

~ затруднение при глотании твердой пищи

~ боли за грудиной

~ гиперсаливация

~ % 50% симптом "шума плеска"

~ % 50% полиурия

}

::Вопрос 419:: Для рака тела желудка не характерны следующие симптомы: {

~ % 50% дисфагия

~ анемия

~ желудочный дискомфорт

~ % 50% гиперсаливация

~ похудание

}

::Вопрос 420:: : С помощью какого метода можно наиболее рано диагностировать рак желудка? {

= обзорная эзофагогастроскопия

~ поиск синдрома «малых признаков»

~ выявление раковой триады по А. В. Мельникову

~ рентгенография желудка

~ хромогастроскопия.

}

::Вопрос 421:: Какие методы исследования могут быть использованы для определения резектабельности рака желудка? {

= пальцевое ректальное исследование

~ фиброгастроскопия

~ УЗИ

~ лапароскопия

~ рентгенография желудка

}

::Вопрос 422:: В план обследования больного с раком выходного отдела желудка с явлениями стеноза необходимо включить следующие исследования, кроме: {

~ определение объема циркулирующей крови

~ определение электролитного состава плазмы

~ % 50% PH-метрию желудка

~ % 50% дуоденальное зондирование

~ измерение суточного диуреза

}

::Вопрос 423:: С помощью какого метода исследования можно доказать наличие метастазов рака желудка в печень? {

~ клиническое обследование

~ лабораторные тесты

~ радиоизотопное сканирование печени

= лапароскопия с биопсией печени

~ ультразвуковая эхография.

}

::Вопрос 424:: Абсолютными признаками неоперабельности рака желудка являются: {

~ %5 0% множественные метастазы в печень

~ метастатическое поражение селезенки

~ метастазы в большой сальник

~ большие размеры опухоли

~ % 50% асцит

}

::Вопрос 425:: Имплантационным метастазом рака желудка является: {

= метастаз Шницлера

~ метастазы в лимфоузле малого сальника

~ метастаз Вирхова

~ метастаз в ворота печени

~ все неверно

}

::Вопрос 426:: Гастростомия показана: {

~ % 50% при нарушениях глотания после операции или облучения рта и глотки

~ % 50% неоперабельных раках пищевода и кардии после безуспешной попытки реканализации опухоли

~ для питания больных, находящихся без сознания

~ кровоточащей язве желудка

~ рецидиве варикозного расширения вен пищевода

}

::Вопрос 427:: Операцией выбора при раке дистального отдела желудка является: {

~ гастрэктомия

= субтотальная резекция желудка

~ антрумэктомия

~ резекция пораженного участка желудка

~ эзофагостомия.

}

::Вопрос 428:: Назовите паллиативную операцию при раке антрального отдела желудка IV стадии заболевания: {

= передний гастроэнтероанастомоз

~ пилоропластика

~ эзофагогастроанастомоз

~ гастростомия

~ задний гастроэнтероанастомоз.

}

::Вопрос 429:: Когда показана операция гастростомия? {

~ при раке дистального отдела желудка IV стадии

= при раке кардиального отдела желудка IV стадии

~ при раке проксимального отдела желудка II стадии

~ при кардиоспазме

~ при язвенном стенозе привратника.

}

::Вопрос 430:: Выберите онкологически оправданную операцию при раке проксимального отдела желудка T2 N2 M1 P2 с явлениями дисфагии: {

= гастростомия

~ гастроэнтеростомия

~ гастрэктомия

~ проксимальная резекция желудка

~ комбинированная гастрэктомия.

}

::Вопрос 431:: Какая операция является паллиативной при раке выходного отдела желудка? {

~ антрумэктомия

= гастроэнтероанастомоз

~ дистальная субтотальная резекция желудка

~ проксимальная резекция желудка

~ гастрэктомия.

}

::Вопрос 432:: Онкологически обоснованными операциями при раке кардиального отдела желудка T3N1M0 являются: {

~ резекция кардии с эзофагогастроанастомозом

~ резекция 2/3 желудка по Бильроту-2

~ гастростомия

~ % 50% гастрэктомия

~ % 50% проксимальная субтотальная резекция желудка

}

:: Вопрос 433:: Больному с операбельным раком выходного отдела желудка с явлениями стеноза показана операция: {

~ гастродуоденостомия

= субтотальная дистальная резекция желудка

~ пилоропластика

~ гастростомия

~ гастроэнтеростомия.

}

:: Вопрос 434:: У больного с раком антрального отдела желудка по вскрытии брюшной полости обнаружено небольшое количество асцитической жидкости и увеличение лимфоузлов по ходу аорты. Прорастания опухоли в соседние органы не выявлено. Ваша тактика? {

= паллиативная субтотальная резекция желудка

~ гастрэктомия

~ ограничиться эксплоративной лапаротомией

~ гастростомия

~ гастроэнтеростомия

}

::Вопрос 435:: Больному с раком кардиального отдела желудка может быть выполнено все, кроме: {

~ гастрэктомия

~ проксимальная резекция желудка

~ % 50% дистальная резекция желудка

~ гастростомия

~ % 50% гастроэнтероанастомоз.

}

::Вопрос 436:: Больному с раком антрального отдела желудка IV стадии показана: {

= передняя гастроэнтеростомия

~ задняя гастроэнтеростомия

~ гастрэктомия

~ превентивная гастростомия

~ все неверно.

}

:: Вопрос 437:: Опирируя больного 50 лет по поводу рака тела желудка, вы обнаружили прорастание опухоли в левую долю печени. Отдаленных метастазов нет. Укажите оптимальный объем операции: {

~ резекция 2/3 желудка

~ субтотальная проксимальная резекция

~ субтотальная дистальная резекция

= гастрэктомия в сочетании с атипичной резекцией левой доли печени

~ эксплоративная лапаротомия

}

:: Вопрос 438:: В общей структуре онкологической заболеваемости рак желудка занимает по частоте {

= 2 место

}

:: Вопрос 439:: К облигатным предраковым заболеваниям относятся {

~ болезнь оперированного желудка

= аденоматозные полипы

~ атрофический гастрит

~ пернициозная анемия

~ инфицирование *Helicobacter pylori*

}

:: Вопрос 440:: Факультативными формами являются все, кроме {

~ болезнь оперированного желудка

= аденоматозные полипы

~ атрофический гастрит

~ пернициозная анемия

~инфицирование *Helicobacter pylori*

}

::Вопрос 441:: По микроскопическому признаку различают {

~ полиповидный рак

~ блюдцеобразный рак

~ язвенно-инфильтративный

= рубцовый рак

~ диффузно инфильтративный

}

::Вопрос 442::К доброкачественным опухолям желудка относятся все, кроме

{

~ лейомиома

= невринома

~ аденоматозные полипы

~ гиперпластические полипы

~ рабдомиома

}

::Вопрос443:: Сколько бассейнов лимфоттока различают в желудке? {#4}

::Вопрос 444:: Синдром малых признаков по Савицкому А.И. включает все, кроме{

~ ухудшение самочувствия

~ психическая депрессия

~ похудание

= булемия

~ желудочный дискомфорт

}

::Вопрос 445:: Верно ли, что иррадиация боли в спину частый признак прорастания опухоли в поджелудочную железу?{

= TRUE

}

::Вопрос 446::Верно ли, что рак антрального отдела желудка проявляется чувством голода {

= FALSE

}

::Вопрос 447:: Химиотерапия при раке желудка подавляет злокачественный  
рост \_\_\_\_\_ случаях {  
= 40%  
}

::Вопрос 448::К группе повышенного риска относятся лица страдающие {  
~ иммунодефицитом  
~ хроническим атрофическим гастритом  
~ пернициозной анемией  
= хроническим холециститом  
~ ахлоргидрией  
}

::Вопрос 449:: Верно ли, что лица с группой крови A(II) Rh+ обязательно  
страдают раком желудка{  
= FALSE  
}

::Вопрос 450:: Гистологическое исследование \_\_\_\_\_ на наличие раковых  
клеток подтверждает диагноз {

= биоптата

}

::Вопрос 504:: При быстром проведении ладонью по передней брюшной стенке (поверх рубашки) от правого реберного края вниз больной испытывает боль, симптом: {

~ Раздольского

= Воскресенского

~ Ситковского

~ Образцова

~ Ровзинга

}

::Вопрос 505: При перкуссии брюшной стенки молоточком или пальцем выявляется болезненность в правой подвздошной области, симптом:

~ Раздольского

~ Воскресенского

~ Ситковского

~ Образцова

= Ровзинга

}

::Вопрос 506:: Возникновение боли в правой подвздошной области при толчкообразном надавливании на брюшную стенку в месте расположения нисходящей ободочной кишки является симптомом {

= Раздольского

~ Воскресенского

~ Ситковского

~ Образцова

~ Ровзинга

}

::Вопрос 507:: Болезненность при пальпации слепой кишки, усиливающаяся в положении больного на левом боку, - симптом: {

~ Щеткина - Блюмберга

= Бартомье - Михельсона

~ Образцова

~ Воскресенского

~ Ситковского

}

::Вопрос 508:: Усиление боли во время пальпации в илеоцекальной области, когда правая нога приподнята, является симптомом: {

~ Щеткина - Блюмберга

~ Бартомье – Михельсона

= Образцова

~ Воскресенского

~ Ситковского

}

::Вопрос 509:: Для острого аппендицита наиболее характерно: {

~ болезненность в точке Мак -Бурнея

~ доскообразный живот

= напряжение мышц и локальная болезненность в правой подвздошной области

~ болезненность в точке Ланца

~ болезненность в точке Кюммеля

}

::Вопрос 510:: Симптомы, характерные для аппендикулярного инфильтрата, кроме: {

~ субфебрильной температуры

~ длительности заболевания 4-5 дней

= профузных поносов

~ повышения числа лейкоцитов крови

~ пальпируемого опухолевидного образования в правой подвздошной области

}

::Вопрос 511:: Основной симптом, позволяющий диагностировать тазовое расположение острого аппендицита: выберите правильную комбинацию ответов:{

~ симптом Щеткина – Блюмберга

~ % 50% болезненность при вагинальном исследовании

~ симптом Кохера - Волковича

~ % 50% болезненность при ректальном исследовании

~ симптом Ровзинга

}

::Вопрос 512:: Укажите особенности клинической картины острого аппендицита при расположении червеобразного отростка в малом тазу: Выберите правильное сочетание ответов: {

~ примесь крови в каловых массах

~ % 50% отсутствие болезненности в треугольнике Шерера

~ отсутствие температурной реакции

~ % 50% болезненность передней стенки прямой кишки при ректальном исследовании

~ положительный симптом Пастернацкого

}

::Вопрос 513:: Абсцесс Дугласова пространства после аппендэктомии характеризуется следующими главными признаками, кроме: {

~ болями в глубине таза

= ограничением подвижности диафрагмы

~ тенезмами

~ нависанием стенок влагалища или передней стенки прямой кишки

~ гектической температурой

}

::Вопрос 514:: К наиболее важному болевому симптому при остром аппендиците относят:

- ~ "кинжальные" боли в средней части живота;
  - ~ боли в точке Мак-Бурнея;
  - ~ боли при симптоме Ровзинга;
  - ~ боли в Дугласовом пространстве;
  - = болевой симптом Щеткина – Блюмберга в правой подвздошной области.
- }

::Вопрос 515:: Симптомы характерные для гангренозной формы острого аппендицита, кроме: {

- ~ внезапное усиление болей в правой подвздошной области
  - ~ доскообразный живот
  - ~ уменьшение болевых ощущений
  - ~ % 50% тахикардия
  - ~ % 50% симптом Щеткина - Блюмберга в правой подвздошной области
- }

::Вопрос 516:: Для прободного аппендицита характерны следующие признаки, кроме: {

- ~ внезапное усиление болей в правой подвздошной области
- ~ доскообразный живот
- ~ симптом Щеткина - Блюмберга в правой подвздошной области

~ % 50% тахикардия

~ % 50% уменьшение болевых ощущений

}

::Вопрос 517:: Наиболее опасно применять при подозрении на острый аппендицит: {

~ пузырь со льдом;

~ антибиотики

~ промывание желудка

= слабительное или клизму,

~ экстренную лапаротомию.

}

::Вопрос 518 ::В дифференциальной диагностике острого аппендицита учитывается все, кроме: {

~ инфекции мочевых путей

~ правосторонней нижнедолевой пневмонии

~ заболеваний Меккелева дивертикула

~ заболеваний яичников

= кисты желточного протока (омфалоцеле)

}

::Вопрос 519: Усиление боли в правой подвздошной области в положении на левом боку - симптом: {

~ Раздольского

~ Образцова

~ Ровзинга

~ Воскресенского

= Ситковского

}

::Вопрос 520:: Для дифференциальной диагностики острого аппендицита и правосторонней почечной колики вы предпримете все, кроме: {

~ срочное исследование мочи

~ введение спазмолитиков

~ % 50% введение наркотиков

~ % 50% ангиографию почечных артерий

~ хромоцистоскопию

}

::Вопрос 521:: Для отличия острого аппендицита от апоплексии яичника необходимо учитывать следующие признаки, кроме: {

~ симптом Кохера-Волковича

~ симптом Промптова

~ симптом Бартомье-Михельсона

~ головокружение или обморочное состояние

= иррадиацию болей

}

::Вопрос 522:: Для дифференциальной диагностики острого аппендицита и острого калькулезного холецистита следует использовать, кроме: {

~% 50% ультразвуковой метод

~ оральную холецистографию

~ исследования

~ обзорную рентгеноскопию брюшной полости

~% 50% лапароскопию

}

::Вопрос 523:: Какие специальные методы исследования нужно применить при дифференцировании острого аппендицита и прикрытой прободной язвы двенадцатиперстной кишки?: {

~ % 50% обзорную рентгеноскопию брюшной полости

~ гастродуоденоскопию

~ ультрасонографию брюшной полости

~ % 50% лапароскопию

~ ирригоскопию

}

::Вопрос 524:: Какой метод исследования позволит вам точно от дифференцировать острый аппендицит от нарушенной внематочной беременности? {

~ динамика лейкоцитоза,

~ гипертермия;

~ рентгенологическое исследование – обзорная рентгеноскопия;

~ ректальное и вагинальное исследование;

= пункция заднего свода влагалища.

}

::Вопрос 526:: Экстренная аппендэктомия не показана: {

~ при остром катаральном аппендиците;

~ остром аппендиците во второй половине беременности;

~ первом приступе острого аппендицита;

= неясном диагнозе острого аппендицита у пожилых больных;

~ остром аппендиците у детей.

}

::Вопрос 527:: Что не является показанием к оперативному лечению при остром аппендиците? {

~ разлитой перитонит;

~ беременность 37–38 недель;

~ острый инфаркт миокарда;

= аппендикулярный инфильтрат;

~ абсцедирование аппендикулярного инфильтрата

}

::Вопрос 528:: К вам поступил больной с аппендикулярным инфильтратом. Комплекс каких консервативных мероприятий наиболее целесообразен у данного больного в первые 3 дня, кроме: {

~ холод на живот;

~ антибиотикотерапия;

~ местно УВЧ или УФО;

~ % 50% тепло на правую подвздошную область;

~ % 50% парентеральное применение протеолитических ферментов.

}

::Вопрос 529:: Во время операции по поводу острого аппендицита у больного обнаружен аппендикулярный инфильтрат. Какое тактическое решение нужно принять? {

= произвести диагностическую пункцию инфильтрата;

~ отказаться от дальнейших манипуляций и закрыть операционную рану наглухо;

~ ограничить воспалительный инфильтрат марлевыми тампонами;

~ выделить червеобразный отросток из инфильтрата и произвести аппендэктомия.

}

::Вопрос 530::Вы должны оперировать больного с типичной картиной острого флегмонозного аппендицита. Каким оперативным доступом целесообразно произвести аппендэктомия в данном случае? {

~ нижнесрединной лапаротомией;

= разрезом Волковича - Дьяконова;

~ правосторонним параректальным доступом;

~ поперечной лапаротомией над лоном;

~ правосторонним трансректальным разрезом.

}

::Вопрос 531:: В лечении разлитого перитонита аппендикулярного происхождения основное значение имеет все, кроме: {

~ устранение источника перитонита;

~ антибактериальная терапия;

~ коррекция водно-электролитных нарушений;

~ санация брюшной полости;

= выжидательная тактика

::Вопрос 532:: Аппендикулярным инфильтратом называется \_\_\_\_\_ спаянных между собой прядей большого сальника и петель кишок, центром которого является измененный червеобразный отросток: {

= конгломерат

}

::Вопрос 533:: Аппендикулярным абсцессом называется конгломерат спаянных между собой прядей большого сальника и петель кишок, центром которого является плавающий в \_\_\_\_\_ червеобразный отросток: {

= гною

}

::Вопрос 534:: Основные этапы лапароскопической аппендэктомии все, кроме: {

~ пациент в положении Тренделенбурга с ротацией на левый бок.

~ отросток подтягивают и с помощью Liga-Sure отсекают брыжейку отростка.

~ на основание аппендикса накладывают дважды эндопетлю и отсекают и удаляют в контейнере.

~ санация правой подвздошной ямки и полости малого таза.

= доступом

}

::Вопрос 535:: В клинику аппендикулярного абсцесса входит все, кроме: {

~ ознобы

~ гектический характер температуры

= брадикардия

~ усиление болей в животе

~ пальпируемое болезненное флюктуирующее образование в правой подвздошной области у не тучных пациентов

}

::Вопрос 536:: В лечение аппендикулярного абсцесса входит все, кроме: {

~ вскрытие и дренирование абсцесса доступом Пирогова

~ комбинированная антибиотикотерапия

= антикоагулянты

~ дезинтоксикационная терапия

~ иммуномодулирующая терапия

}

::Вопрос 537:: Пилефлебит- гнойный \_\_\_\_\_ ветвей воротной вены , с развитием множественных абсцессов печени: {

= тромбофлебит

}

::Вопрос 538:: В клинику пилефлебита входит все, кроме: {

~ гектическая температура с ознобами

~ желтушность кожных покровов

= спастические боли в животе

~сопровождается сепсисом

~ боли в правом подреберье с иррадиацией в спину и правую ключицу

}

::Вопрос 539:: В лечение пилефлебита входит все, кроме: {

~ антикоагулянты

~ вскрытие и дренирование больших гнойников печени.

= промывания желудка

~ профилактика печеночной и почечной недостаточности

~ массивная антибиотикотерапия

}

::Вопрос 540:: УЗИ признаки острого аппендицита: {

~ наличие в просвете копролитов

~ ригидная не перистальтирующая структура

~ симптом «мишени»

= наложение фибрина в илеоцекальной области

~ утолщение и увеличение размеров аппендикса

}

::Вопрос 541::Лапароскопические признаки острого аппендицита: {

~ наложение фибрина в илеоцекальной области

= симптом «мишени»

~ симптом «карандаша» – ригидность отростка

~ отечность и гиперемия париетальной и висцеральной брюшины

~ наличие выпота в брюшной полости

}

::Вопрос 542::К вариантам атипичного аппендицита относятся все, кроме: {

~ ретроцекальный

~ медиальный

~ подпеченочный

= подпочечный

~левосторонний

}

::Вопрос 543::Острым аппендицитом чаще страдают \_\_\_\_\_: {

= мужчины

}

::Вопрос 544::По поводу острого аппендицита чаще оперируются \_\_\_\_\_: {

= женщины

}

::Вопрос 545::Доступы к открытой аппендэктомии все, кроме: {

~ Линандера

~ Волковича- Дьяконова

~ Шпренгеля

= Пратта

~ Мак-Бурнея

}

::Вопрос 546::Этапы открытой антеградной аппендэктомии все, кроме: {

~ мобилизация купола слепой кишки и лигирование брыжейки отростка с аппендикулярной артерией

~ перевязка основания отростка и наложение кисетного шва

~ отсечение отростка с обработкой культи и погружением в кисетный и Z-образный швы

~ контрольный осмотр, при необходимости дренирование брюшной полости

= ушивание раны через все слои

}

::Вопрос 547:: Этапы открытой ретроградной аппендэктомии все, кроме: {

~ мобилизация купола слепой кишки и перевязка основания отростка с наложением кисетного шва

~ отсечение отростка с обработкой культи и погружением в кисетный и Z-образный швы

~ лигирование брыжейки отростка с аппендикулярной артерией

~ контрольный осмотр, при необходимости дренирование брюшной полости

= интубация кишечника

}

::Вопрос 548:: Дифференциальную диагностику острого аппендицита проводят со следующими заболеваниями, кроме : {

~ терминальный илеит

= инфаркт миокарда

~ дивертикул Меккеля

~ мезаденит

~ острая гинекологическая патология

}

::Вопрос 549:: К морфологическим формам острого аппендицита относят все, кроме :{

~ катаральный

~% 50% серозный

~ флегмонозный

~ гангренозный

~% 50% гнойный

}

::Вопрос 550:: К осложнениям острого аппендицита относят все, кроме: {

~ аппендикулярный инфильтрат

~ аппендикулярный абсцесс

~ забрюшинная флегмона

~ пилефлебит.

= плеврит

}

### Раздел Заболевания прямой кишки

::Вопрос 551:: Предрасполагающим фактором в возникновении трещины анального канала является: {

~ запор

~ хронический парапроктит;

~ недостаточность сфинктера;

= криптит;

~ папиллит

}

::Вопрос 552:: Подкожный парапроктит характеризуется всем, кроме: {

~ % 50% боли в глубине таза

~ % 50% отсутствие изменений на коже промежности

~ повышение температуры

~ боли при дефекации

~ припухлость и гиперемия кожи в переанальной зоне

}

::Вопрос 553:: У больного сильнейшие боли в анальной области после акта дефекации, кровотечение в виде 2 - 3 капель крови после стула, стул обильный, хронические запоры. Ваш предварительный диагноз? {

~ геморрой;

~ рак прямой кишки;

~ острый парапроктит;

= трещина анального канала;

~)параректальный свищ.

}

### Раздел Грыжи живота

::Вопрос 451::Выход интраабдоминально расположенных органов , покрытых париетальной брюшиной, через врожденный или образовавшийся дефект брюшной стенки называется \_\_\_\_\_: {

= грыжей

}

::Вопрос 452:: По происхождению различают грыжи: {

~ поясничные

~ % 50%врожденные

~ спигелиевой линии

~ седалищные

~ % 50%приобретенные

}

::Вопрос 453:: По локализации различают наружные грыжи, кроме: {

~ паховые

~ бедренные

~ пупочные

= диафрагмальные

~ белой линии

}

::Вопрос 454::К редким грыжам относятся все, кроме {

~ мечевидного отростка

~ запираательные

= подпузырные

~ промежностные

~ надпузырные

}

::Вопрос 455::По клиническому течению различают: {

~ осложненные

~ % 50%затрудненные

~ неосложненные (вправимые)

~ рецидивные

~ % 50% производные

}

::Вопрос 456::К осложненным грыжам относят все, кроме: {

~ ущемление

~ воспаление

~ невраивимость

~ копростаз

= спайки

}

::Вопрос 457::К предрасполагающим факторам относят все, кроме: {

~ наследственность

~ пол

~ возраст

~ паралич нервов передней брюшной стенки

= трудные роды

}

::Вопрос 458::К производящим факторам относят патологические состояния при которых обязательно повышается\_\_\_\_\_давление: {

= внутрибрюшное

}

::Вопрос459:: Назовите частые факторы, способствующие образованию послеоперационных грыж, кроме: {

~ нагноение раны

~ % 50% парез кишечника в послеоперационном периоде

~ тампонада раны

~ нарушение иннервации брюшных мышц

~ % 50% раннее вставание с постели после операции

}

::Вопрос 460:: : Стенками пахового канала являются все перечисленные образования, кроме: {

~ апоневроза наружной косой мышцы живота

= подвздошно - гребешковой связки

~ паховой связки

~ нижнего края внутренней косой и поперечной мышц

~ поперечной фасции живота

}

::Вопрос 461:: Факторы, способствующие возникновению брюшных грыж, кроме {

~ пожилой возраст

~ прогрессирующее похудание

= сахарный диабет

~ заболевания, повышающие внутрибрюшное давление

~ тяжелая физическая работа

}

::Вопрос 462:: Бедренные грыжи чаще встречаются {

~ у мужчин

~ у стариков

= у женщин

~ у детей

~ пол и возраст не имеет значения

}

::Вопрос 463:: Наиболее частая грыжа {

= пупочная

~ косая паховая

~ бедренная

~ белой линии живота

~ прямая паховая

}

::Вопрос 464:: Возникновению грыж белой линии живота способствуют {

~ хронический гастрит

~ прохождение через белую линию кровеносных сосудов и нервов

= дефекты в белой линии живота

~ растяжение белой линии живота

~ повышение внутрибрюшного давления в верхнем этаже брюшной полости

}

::Вопрос 465:: Назовите частые факторы, способствующие образованию послеоперационных грыж все, кроме {

~ нагноение раны

~ % 50% парез кишечника в послеоперационном периоде

~ тампонада раны

~ нарушение иннервации брюшных мышц

~ % 50% раннее вставание с постели после операции

}

::Вопрос 466:: Что такое Рихтеровское ущемление? {

~ ущемление кишечника в области дуоденально-тощекишечного мешка

~ ущемление перекрученной сигмовидной кишки

~ ущемление желудка в диафрагмальной грыже

= пристеночное ущемление кишки

~ ущемление Меккелева дивертикула

}

::Вопрос 467:: Грыжевым мешком врожденной грыжи является {

~ париетальная брюшина

~ брыжейка кишки

= влагалищный отросток брюшины

~ висцеральная брюшина

~ поперечная фасция

}

::Вопрос 468:: В ходе операции по поводу ущемленной грыжи по вскрытии грыжевого мешка обнаружены две петли тонкой кишки. О каком виде ущемления идет речь? {

= ретроградном

~ пристеночном

~ злообразовании в грыжевом мешке

~ ущемлении 2 петель кишки

~ заворот кишок

}

::Вопрос 469::Слабость какой стенки пахового канала характерна для прямой паховой грыжи? {

= задней

~ верхней

~ передней

~ нижней

~ боковая

}

::Вопрос 470:: Невправимость грыжи зависит от всех факторов , кроме {

~ % 50% от спаек между вышедшими в грыжевой мешок органами и стенкой мешка

~ % 50% спаек между вышедшими в грыжевой мешок петлями кишечника

~ спаяк между грыжевым мешком и окружающими его тканями

~ от несоответствия вышедших в грыжевой мешок органов размеру грыжевых ворот

~ от объема грыжевого мешка

}

::Вопрос 471:: Что является критерием скользящей грыжи? {

~ участие в образовании грыжевого мешка экстраперитонеально  
расположенного

органа

~ отсутствие грыжевого содержимого

~ участие в образовании грыжевого мешка интраперитонеально  
расположенного

органа

= участие в образовании грыжевого мешка мезоперитонеально  
расположенного

органа

~ наличие грыжевого содержимого

}

::Вопрос 472:: Для послеоперационной вентральной грыжи характерно все,  
кроме {

~ несправимость

~ широкие грыжевые ворота

~ плотные края грыжевых ворот

= болезненность грыжевого выпячивания

~ многокамерность грыжевого мешка

}

::Вопрос 473:: Ранними признаками ущемления наружной грыжи брюшной стенки является все, кроме {

~ резкой боли

~ внезапной неврправимости грыжи

~ болезненности и напряжения грыжевого выпячивания

~ острого начала заболевания

= высокой температуры

}

::Вопрос 474::Симптомы косой паховой грыжи все, кроме {

= шаровидной формы

~ овальной формы

~ утолщения семенного канатика на стороне грыжи

~ расположения выше пупартовой связки

~ «кашлевого толчка» по ходу пахового канала

}

::Вопрос 475:: Ущемление грыжи характеризуется всеми следующими признаками, кроме {

~ резких болей в области грыжевого выпячивания  
~ внезапного развития заболевания  
~ симптомов кишечной непроходимости  
= свободного вправления грыжи в брюшную полость  
~ внезапного прекращения возможности вправляться в брюшную полость  
}

::Вопрос 476:: С чем нет необходимости дифференцировать паховую грыжу?  
{  
= туберкулезным натечником  
~ варикоцеле  
~ паховым лимфаденитом  
~ опухолью яичка  
~ гидроцеле  
}

::Вопрос 477:: Ущемленную бедренную грыжу нет необходимости дифференцировать с {  
~ с ущемленной паховой грыжей  
~ острым тромбозом варикозного узла в области овальной ямки  
~ острым лимфаденитом  
~ % 50% холодным натечником

~ % 50% липомой

}

::Вопрос 478:: Дифференцируя пахово-мошоночную грыжу с водянкой оболочек яичка, ненужно прибегнуть к следующим диагностическим приемам {

= пункции

~ аускультации

~ перкуссии

~ транслюминации

~ пальпации

}

::Вопрос 479:: Бедренную грыжу необходимо дифференцировать со следующими заболеваниями все, кроме {

~ холодного натечника

~ паховой грыжи

~ липомы

= кисты Бартолиниевой железы

~ варикозного узла

}

::Вопрос 480:: С помощью какого метода можно отличить бедренную грыжу от паховой? {

= симптома Купера

~ кашлевого толчка

~ симптома "натянутой струны"

~ Пробы Вальсальвы

~ неврправимость

}

::Вопрос 481:: У 17-летнего школьника во время игры в футбол появились резкие боли в правой паховой области, в анамнезе - правосторонняя паховая грыжа с неоднократными ущемлениями. Больной пытался сам вправить грыжу, но неудачно. Определите тактику ведения больного {

~ попытка нового вправления через 2-3 часа

~ спазмолитики и теплая ванна

~ антибиотики и строгий постельный режим

= срочное грыжесечение

~ обзорная рентгеноскопия брюшной полости в положении стоя и лежа

}

::Вопрос 482:: Что соответствует операции грыжесечения с пластикой пахового канала по Бассини? {

~ % 50% пластика задней стенки пахового канала

~ семенной канатик перевязывают 2 лигатурами, причем сосуды семенного канатика

остаются неперевязанными

~ волокна кремастера после рассечения не сшиваются

~ % 50% грыжевые ворота при прямой грыже должны быть полностью ушиты, при

косой – сужены

}

::Вопрос 483:: : Каковы отличия операции при ущемленной грыже от планового грыжесечения все, кроме? {

~ % 50% вначале рассекается ущемляющее кольцо

~ вначале вскрывается грыжевой мешок

~ % 50% методика вмешательства совершенно одинакова

~ заканчивается аналогичной пластикой грыжевых ворот

~ может сопровождаться резекцией ущемленных органов

}

::Вопрос 484:: : Больная 70 лет поступила в клинику с правосторонней паховой грыжей, дважды были явления ущемления, но грыжа самостоятельно вправлялась в брюшную полость. Состояние больной относительно удовлетворительное. Пульс 70 ударов в минуту, АД-170/100 мм рт.ст. На ЭКГ - гипертрофия левого желудочка, умеренная недостаточность коронарного кровообращения. Со стороны органов дыхания - возрастные изменения. Ваша тактика? {

~ рекомендовать ношение бандажа

~ диспансерное наблюдение за больной

= оперативное лечение

~ больная не нуждается в наблюдении хирургом

~ оперативное лечение показано только в случае ущемления

}

::Вопрос 485:: Какое мероприятие вы считаете первоочередным при ущемленной паховой грыже многочасовой давности? {

~ теплая ванна

~ попытка вправления грыжи

= срочная операция

~ спазмолитики для облегчения вправления грыжи

~ анальгетики перед вправлением грыжи

}

::Вопрос 486:: Почему при ущемлении грыжи показана экстренная операция все, кроме? {

~ % 50% из-за резкой болевой реакции

~ % 50% из-за возможных рецидивов ущемления

~ из-за возможного некроза ущемленного органа

~ из-за возможного развития перитонита

~ из-за возникновения острой кишечной непроходимости

}

::Вопрос 487:: Что служит показанием к экстренному оперативному вмешательству при самопроизвольном вправлении ущемленной грыжи? {

~ наличие грыжевого выпячивания

= появление перитонеальных признаков

~ повышение температуры

~ дизурические явления

~ ничего из названного

}

::Вопрос 488:: На консультативном приеме у больного 60 лет обнаружена прямая паховая грыжа. Больной страдает аденомой предстательной железы. Остаточной мочи 100 мл. Ваши рекомендации? {

~ грыжесечение

= аденомэктомия, потом грыжесечение

~ консервативное лечение

~ грыжесечение, аденомэктомия

~ наблюдение

}

::Вопрос 489:: Для хирургического лечения прямой паховой грыжи целесообразнее всего применять операцию {

= Бассини и Постемпски

~ Мартынова

~ Жирара – Спасокукоцкого

~ Руджи – Парлавеччо

~ Ру

}

::Вопрос 490:: Верно ли что при способе Лихтенштейна обязательно используют сетчатый эксплантат при пластике пахового канала {

= TRUE

}

::Вопрос 491::Верно ли что пластика с применением проленовой герниосистемой представляет собой одну сетчатую пластину {

= FALSE

}

::Вопрос 492::При небольших грыжевых воротах для закрытия пупочных грыж применяют методы аутопластики с удвоением апоневроза {

~ % 50% способ Сапежко

~ способ Лексера

~ % 50 % способ Мейо

~ способ Чемпионера

~ способ Напалкова

}

::Вопрос 493::Показанием к пластике передней брюшной стенки сетчатым пропиленовым эксплантом является грыжи \_\_\_\_\_ размеров: {

= больших

}

::Вопрос 494::Различают следующие методики аллопластики передней брюшной стенки кроме {

~ Onlay

= Сапешко

~ Sublay

~ Inlay

~ Лапароскопическая операция

}

::Вопрос 495:: К ранним послеоперационным осложнениям относятся все, кроме {

~ местные раневые осложнения

~ % 50% рецидив грыжи

~ абдоминальный компартмент

~ % 50% свищи

~ послеоперационный венозный тромбоз и ТЕЛА

}

::Вопрос 496:: К поздним послеоперационным осложнениям относятся все, кроме {

~ рецидив грыжи

~ % 50% послеоперационный венозный тромбоз и ТЕЛА

~ хроническая невралгия в области вмешательства

~ воспалительные инфильтраты, нагноение и свищи

~ % 50% абдоминальный компартмент

}

::Вопрос 497:: Для выявления сочетанной патологии при грыжах живота, проводят следующие исследования, кроме {

~ рентген

~ УЗИ

= герниография

~ эндоскопия

~ функциональные пробы

}

::Вопрос 498:: Основной симптом брюшной грыжи наличие \_\_\_\_\_  
образования, которое изменяет свои размеры под влияние различных  
факторов{

= опухолевидное

}

::Вопрос 499:: Операцию по поводу грыжи традиционно  
называют \_\_\_\_\_?{

= грыжесечением

}

::Вопрос 500:: Сколько этапов операции необходимо провести для  
неосложненного грыжесечения {#2}

### **Раздел Острый аппендицит**

::Вопрос 501:: Развитие патологического процесса при остром аппендиците  
начинается: {

~ с серозного покрова червеобразного отростка

= со слизистой червеобразного отростка

~ мышечного слоя червеобразного отростка

~ купола слепой кишки

~ с терминального отдела толстой кишки

}

::Вопрос 502:: Основная причина развития острого аппендицита: {

= каловые камни

~ инородное тело

~ новообразование

~ гиперплазия лимфоидной ткани

~ гельминты

}

::Вопрос 503:: Диагностическая программа при остром аппендиците включает в себя, кроме: {

~ тщательный сбор анамнестических данных

~ последовательность развития симптомов;

~ ректальное исследование у мужчин и дополнительное вагинальное исследование у женщин

~ проведение лабораторных исследований

= бронхоскопию

{

**Раздел Грыжи живота**

::Вопрос 451::Выход интраабдоминально расположенных органов , покрытых париетальной брюшиной, через врожденный или образовавшийся дефект брюшной стенки называется \_\_\_\_\_: {

= грыжей

}

::Вопрос 452:: По происхождению различают грыжи: {

~ поясничные

~ % 50%врожденные

~ спигелиевой линии

~ седалищные

~ % 50%приобретенные

}

::Вопрос 453:: По локализации различают наружные грыжи, кроме: {

~ паховые

~ бедренные

~ пупочные

= диафрагмальные

~ белой линии

}

::Вопрос 454::К редким грыжам относятся все, кроме {

~ мечевидного отростка

~ запиральные

= подпузырные

~ промежностные

~ надпузырные

}

::Вопрос 455::По клиническому течению различают: {

~ осложненные

~ % 50%затрудненные

~ неосложненные (вправимые)

~ рецидивные

~ % 50%производные

}

::Вопрос 456::К осложненным грыжам относят все, кроме: {

~ ущемление

~ воспаление

~ невраивимость

~ копростаз

= спайки

}

::Вопрос 457::К предрасполагающим факторам относят все, кроме: {

~ наследственность

~ пол

~ возраст

~ паралич нервов передней брюшной стенки

= трудные роды

}

::Вопрос 458::К производящим факторам относят патологические состояния при которых обязательно повышается \_\_\_\_\_ давление: {

= внутрибрюшное

}

::Вопрос 459:: Назовите частые факторы, способствующие образованию послеоперационных грыж, кроме: {

~ нагноение раны

~ % 50% парез кишечника в послеоперационном периоде

~ тампонада раны

~ нарушение иннервации брюшных мышц

~ % 50% раннее вставание с постели после операции

}

::Вопрос 460:: : Стенками пахового канала являются все перечисленные образования, кроме: {

~ апоневроза наружной косой мышцы живота

= подвздошно - гребешковой связки

~ паховой связки

~ нижнего края внутренней косой и поперечной мышц

~ поперечной фасции живота

}

::Вопрос 461:: Факторы, способствующие возникновению брюшных грыж, кроме {

~ пожилой возраст

~ прогрессирующее похудание

= сахарный диабет

~ заболевания, повышающие внутрибрюшное давление

~ тяжелая физическая работа

}

::Вопрос 462:: Бедренные грыжи чаще встречаются {

~ у мужчин

~ у стариков

= у женщин

~ у детей

~ пол и возраст не имеет значения

}

::Вопрос 463:: Наиболее частая грыжа {

= пупочная

~ косая паховая

~ бедренная

~ белой линии живота

~ прямая паховая

}

::Вопрос 464:: Возникновению грыж белой линии живота способствуют {

~ хронический гастрит

~ прохождение через белую линию кровеносных сосудов и нервов

= дефекты в белой линии живота

~ растяжение белой линии живота

~ повышение внутрибрюшного давления в верхнем этаже брюшной полости  
}

::Вопрос 465:: Назовите частые факторы, способствующие образованию послеоперационных грыж все, кроме {

~ нагноение раны

~ % 50% парез кишечника в послеоперационном периоде

~ тампонада раны

~ нарушение иннервации брюшных мышц

~ % 50% раннее вставание с постели после операции

}

::Вопрос 466:: Что такое Рихтеровское ущемление? {

~ ущемление кишечника в области дуоденально-тощекишечного мешка

~ ущемление перекрученной сигмовидной кишки

~ ущемление желудка в диафрагмальной грыже

= пристеночное ущемление кишки

~ ущемление Меккелева дивертикула

}

::Вопрос 467:: Грыжевым мешком врожденной грыжи является {

- ~ париетальная брюшина
- ~ брыжейка кишки
- = влагалищный отросток брюшины
- ~ висцеральная брюшина
- ~ поперечная фасция
- }

::Вопрос 468:: В ходе операции по поводу ущемленной грыжи по вскрытии грыжевого мешка обнаружены две петли тонкой кишки. О каком виде ущемления идет речь? {

- = ретроградном
- ~ пристеночном
- ~ узлообразовании в грыжевом мешке
- ~ ущемлении 2 петель кишки
- ~ заворот кишок
- }

::Вопрос 469:: Слабость какой стенки пахового канала характерна для прямой паховой грыжи? {

- = задней
- ~ верхней
- ~ передней

~ нижней

~ боковая

}

::Вопрос 470:: Невправимость грыжи зависит от всех факторов , кроме {

~ % 50% от спаек между вышедшими в грыжевой мешок органами и стенкой мешка

~ % 50% спаек между вышедшими в грыжевой мешок петлями кишечника

~ спаяк между грыжевым мешком и окружающими его тканями

~ от несоответствия вышедших в грыжевой мешок органов размеру грыжевых ворот

~ от объема грыжевого мешка

}

::Вопрос 471:: Что является критерием скользящей грыжи? {

~ участие в образовании грыжевого мешка экстраперитонеально расположенного

органа

~ отсутствие грыжевого содержимого

~ участие в образовании грыжевого мешка интраперитонеально расположенного

органа

= участие в образовании грыжевого мешка мезоперитонеально  
расположенного

органа

~ наличие грыжевого содержимого

}

::Вопрос 472:: Для послеоперационной вентральной грыжи характерно все,  
кроме {

~ невраивимость

~ широкие грыжевые ворота

~ плотные края грыжевых ворот

= болезненность грыжевого выпячивания

~ многокамерность грыжевого мешка

}

::Вопрос 473:: Ранними признаками ущемления наружной грыжи брюшной  
стенки является все, кроме {

~ резкой боли

~ внезапной невраивимости грыжи

~ болезненности и напряжения грыжевого выпячивания

~ острого начала заболевания

= высокой температуры

}

::Вопрос 474::Симптомы косой паховой грыжи все, кроме {

= шаровидной формы

~ овальной формы

~ утолщения семенного канатика на стороне грыжи

~ расположения выше пупартовой связки

~ «кашлевого толчка» по ходу пахового канала

}

::Вопрос 475:: Ущемление грыжи характеризуется всеми следующими признаками, кроме {

~ резких болей в области грыжевого выпячивания

~ внезапного развития заболевания

~ симптомов кишечной непроходимости

= свободного вправления грыжи в брюшную полость

~ внезапного прекращения возможности вправляться в брюшную полость

}

::Вопрос 476:: С чем нет необходимости дифференцировать паховую грыжу?

{

= туберкулезным натечником

~ варикоцеле

~ паховым лимфаденитом

~ опухолью яичка

~ гидроцеле

}

::Вопрос 477:: Ущемленную бедренную грыжу нет необходимости дифференцировать с {

~ с ущемленной паховой грыжей

~ острым тромбозом варикозного узла в области овальной ямки

~ острым лимфаденитом

~ % 50% холодным натечником

~ % 50% липомой

}

::Вопрос 478:: Дифференцируя пахово-мошоночную грыжу с водянкой оболочек яичка, не нужно прибегнуть к следующим диагностическим приемам {

= пункции

~ аускультации

~ перкуссии

~ транслюминации

~ пальпации

}

::Вопрос 479:: Бедренную грыжу необходимо дифференцировать со следующими заболеваниями все, кроме {

~ холодного натечника

~ паховой грыжи

~ липомы

= кисты Бартолиниевой железы

~ варикозного узла

}

::Вопрос 480:: С помощью какого метода можно отличить бедренную грыжу от паховой? {

= симптома Купера

~ кашлевого толчка

~ симптома "натянутой струны"

~ Пробы Вальсальвы

~ невраивимость

}

::Вопрос 481:: У 17-летнего школьника во время игры в футбол появились резкие боли в правой паховой области, в анамнезе - правосторонняя паховая грыжа с неоднократными ущемлениями. Больной пытался сам вправить грыжу, но неудачно. Определите тактику ведения больного {

~ попытка нового вправления через 2-3 часа

~ спазмолитики и теплая ванна

~ антибиотики и строгий постельный режим

= срочное грыжесечение

~ обзорная рентгеноскопия брюшной полости в положении стоя и лежа

}

::Вопрос 482:: Что соответствует операции грыжесечения с пластикой пахового канала по Бассини? {

~ % 50% пластика задней стенки пахового канала

~ семенной канатик перевязывают 2 лигатурами, причем сосуды семенного канатика

остаются неперевязанными

~ волокна кремастера после рассечения не сшиваются

~ % 50% грыжевые ворота при прямой грыже должны быть полностью ушиты, при

косой – сужены

}

::Вопрос 483:: : Каковы отличия операции при ущемленной грыже от планового грыжесечения все, кроме? {

- ~ % 50% вначале рассекается ущемляющее кольцо
  - ~ вначале вскрывается грыжевой мешок
  - ~ % 50% методика вмешательства совершенно одинакова
  - ~ заканчивается аналогичной пластикой грыжевых ворот
  - ~ может сопровождаться резекцией ущемленных органов
- }

::Вопрос 484:: : Больная 70 лет поступила в клинику с правосторонней паховой грыжей, дважды были явления ущемления, но грыжа самостоятельно вправлялась в брюшную полость. Состояние больной относительно удовлетворительное. Пульс 70 ударов в минуту, АД-170/100 мм рт.ст. На ЭКГ - гипертрофия левого желудочка, умеренная недостаточность коронарного кровообращения. Со стороны органов дыхания - возрастные изменения. Ваша тактика? {

- ~ рекомендовать ношение бандажа
  - ~ диспансерное наблюдение за больной
  - = оперативное лечение
  - ~ больная не нуждается в наблюдении хирургом
  - ~ оперативное лечение показано только в случае ущемления
- }

::Вопрос 485:: Какое мероприятие вы считаете первоочередным при ущемленной паховой грыже многочасовой давности? {

- ~ теплая ванна

- ~ попытка вправления грыжи
- = срочная операция
- ~ спазмолитики для облегчения вправления грыжи
- ~ анальгетики перед вправлением грыжи
- }

::Вопрос 486:: Почему при ущемлении грыжи показана экстренная операция все, кроме? {

- ~ % 50% из-за резкой болевой реакции
- ~ % 50% из-за возможных рецидивов ущемления
- ~ из-за возможного некроза ущемленного органа
- ~ из-за возможного развития перитонита
- ~ из-за возникновения острой кишечной непроходимости
- }

::Вопрос 487:: Что служит показанием к экстренному оперативному вмешательству при самопроизвольном вправлении ущемленной грыжи? {

- ~ наличие грыжевого выпячивания
- = появление перитонеальных признаков
- ~ повышение температуры
- ~ дизурические явления

~ ничего из названного

}

::Вопрос 488:: На консультативном приеме у больного 60 лет обнаружена прямая паховая грыжа. Больной страдает аденомой предстательной железы. Остаточной мочи 100 мл. Ваши рекомендации? {

~ грыжесечение

= аденомэктомия, потом грыжесечение

~ консервативное лечение

~ грыжесечение, аденомэктомия

~ наблюдение

}

::Вопрос 489:: Для хирургического лечения прямой паховой грыжи целесообразнее всего применять операцию {

= Бассини и Постемпски

~ Мартынова

~ Жирара – Спасокукоцкого

~ Руджи – Парлавеччо

~ Ру

}

::Вопрос 490:: Верно ли что при способе Лихтенштейна обязательно используют сетчатый эксплантат при пластике пахового канала {

= TRUE

}

::Вопрос 491::Верно ли что пластика с применением проленовой герниосистемой представляет собой одну сетчатую пластину {

= FALSE

}

::Вопрос 492::При небольших грыжевых воротах для закрытия пупочных грыж применяют методы аутопластики с удвоением апоневроза {

~ % 50% способ Сапежко

~ способ Лексера

~ % 50 % способ Мейо

~ способ Чемпионера

~ способ Напалкова

}

::Вопрос 493::Показанием к пластике передней брюшной стенки сетчатым пропиленовым эксплантом является грыжи \_\_\_\_\_ размеров: {

= больших

}

::Вопрос 494::Различают следующие методики аллопластики передней брюшной стенки кроме {

~ Onlay

= Сапезко

~ Sublay

~ Inlay

~ Лапароскопическая операция

}

::Вопрос 495:: К ранним послеоперационным осложнениям относятся все, кроме {

~ местные раневые осложнения

~ % 50% рецидив грыжи

~ абдоминальный компартмент

~ % 50% свищи

~ послеоперационный венозный тромбоз и ТЕЛА

}

::Вопрос 496:: К поздним послеоперационным осложнениям относятся все, кроме {

~ рецидив грыжи

~ % 50% послеоперационный венозный тромбоз и ТЕЛА

~ хроническая невралгия в области вмешательства

~ воспалительные инфильтраты, нагноение и свищи

~ % 50% абдоминальный компартмент

}

::Вопрос 497::Для выявления сочетанной патологии при грыжах живота, проводят следующие исследования, кроме {

~ рентген

~ УЗИ

= герниография

~ эндоскопия

~ функциональные пробы

}

::Вопрос 498:: Основной симптом брюшной грыжи наличие \_\_\_\_\_ образования, которое изменяет свои размеры под влияние различных факторов{

= опухолевидное

}

::Вопрос 499:: Операцию по поводу грыжи традиционно называют \_\_\_\_\_?{

= грыжесечением

}

::Вопрос 500:: Сколько этапов операции необходимо провести для неосложненного грыжесечения {#2}

### Раздел Острый аппендицит

::Вопрос 501:: Развитие патологического процесса при остром аппендиците начинается: {

~ с серозного покрова червеобразного отростка

= со слизистой червеобразного отростка

~ мышечного слоя червеобразного отростка

~ купола слепой кишки

~ с терминального отдела толстой кишки

}

::Вопрос 502:: Основная причина развития острого аппендицита: {

= каловые камни

~ инородное тело

~ новообразование

~ гиперплазия лимфоидной ткани

~ гельминты

}

::Вопрос 503::Диагностическая программа при остром аппендиците включает в себя, кроме: {

~ тщательный сбор анамнестических данных

~ последовательность развития симптомов;

~ ректальное исследование у мужчин и дополнительное вагинальное исследование у женщин

~ проведение лабораторных исследований

= бронхоскопию

{

::Вопрос 504:: При быстром проведении ладонью по передней брюшной стенке (поверх рубашки) от правого реберного края вниз больной испытывает боль, симптом: {

~ Раздольского

= Воскресенского

~ Ситковского

~ Образцова

~ Ровзинга

}

::Вопрос 505: При перкуссии брюшной стенки молоточком или пальцем выявляется болезненность в правой подвздошной области, симптом:

~ Раздольского

~ Воскресенского

~ Ситковского

~ Образцова

= Ровзинга

}

::Вопрос 506:: Возникновение боли в правой подвздошной области при толчкообразном надавливании на брюшную стенку в месте расположения нисходящей ободочной кишки является симптомом {

= Раздольского

~ Воскресенского

~ Ситковского

~ Образцова

~ Ровзинга

}

::Вопрос 507:: Болезненность при пальпации слепой кишки, усиливающаяся в положении больного на левом боку, - симптом:{

~ Щеткина - Блюмберга

= Бартомье - Михельсона

~ Образцова

~ Воскресенского

~ Ситковского

}

::Вопрос 508:: Усиление боли во время пальпации в илеоцекальной области, когда правая нога приподнята, является симптомом: {

~ Щеткина - Блюмберга

~ Бартомье – Михельсона

= Образцова

~ Воскресенского

~ Ситковского

}

::Вопрос 509::Для острого аппендицита наиболее характерно: {

~ болезненность в точке Мак -Бурнея

~ доскообразный живот

= напряжение мышц и локальная болезненность в правой подвздошной области

~ болезненность в точке Ланца

~ болезненность в точке Кюммеля

}

::Вопрос 510:: Симптомы, характерные для аппендикулярного инфильтрата, кроме: {

~ субфебрильной температуры

~ длительности заболевания 4-5 дней

= профузных поносов

~ повышения числа лейкоцитов крови

~ пальпируемого опухолевидного образования в правой подвздошной области

}

::Вопрос 511:: Основной симптом, позволяющий диагностировать тазовое расположение острого аппендицита: выберите правильную комбинацию ответов:{

~ симптом Щеткина – Блюмберга

~ % 50% болезненность при вагинальном исследовании

~ симптом Кохера - Волковича

~ % 50% болезненность при ректальном исследовании

~ симптом Ровзинга

}

::Вопрос 512:: Укажите особенности клинической картины острого аппендицита при расположении червеобразного отростка в малом тазу: Выберите правильное сочетание ответов: {

~ примесь крови в каловых массах

- ~ % 50% отсутствие болезненности в треугольнике Шерера
  - ~ отсутствие температурной реакции
  - ~ % 50% болезненность передней стенки прямой кишки при ректальном исследовании
  - ~ положительный симптом Пастернацкого
- }

::Вопрос 513:: Абсцесс Дугласова пространства после аппендэктомии характеризуется следующими главными признаками, кроме: {

- ~ болями в глубине таза
  - = ограничением подвижности диафрагмы
  - ~ тенезмами
  - ~ нависанием стенок влагалища или передней стенки прямой кишки
  - ~ гектической температурой
- }

::Вопрос 514:: К наиболее важному болевому симптому при остром аппендиците относят:

- ~ "кинжальные" боли в средней части живота;
- ~ боли в точке Мак-Бурнея;
- ~ боли при симптоме Ровзинга;
- ~ боли в Дугласовом пространстве;
- = болевой симптом Щеткина – Блюмберга в правой подвздошной области.

}

::Вопрос 515:: Симптомы характерные для гангренозной формы острого аппендицита, кроме: {

~ внезапное усиление болей в правой подвздошной области

~ доскообразный живот

~ уменьшение болевых ощущений

~ % 50% тахикардия

~ % 50% симптом Щеткина - Блюмберга в правой подвздошной области

}

::Вопрос 516:: Для прободного аппендицита характерны следующие признаки, кроме: {

~ внезапное усиление болей в правой подвздошной области

~ доскообразный живот

~ симптом Щеткина - Блюмберга в правой подвздошной области

~ % 50% тахикардия

~ % 50% уменьшение болевых ощущений

}

::Вопрос 517:: Наиболее опасно применять при подозрении на острый аппендицит: {

~ пузырь со льдом;  
~ антибиотики  
~ промывание желудка  
= слабительное или клизму,  
~ экстренную лапаротомию.  
}

::Вопрос 518 ::В дифференциальной диагностике острого аппендицита учитывается все, кроме: {

~ инфекции мочевых путей  
~ правосторонней нижнедолевой пневмонии  
~ заболеваний Меккелева дивертикула  
~ заболеваний яичников  
= кисты желточного протока (омфалоцеле)  
}

::Вопрос 519: Усиление боли в правой подвздошной области в положении на левом боку - симптом: {

~ Раздольского  
~ Образцова  
~ Ровзинга  
~ Воскресенского

= Ситковского

}

::Вопрос 520:: Для дифференциальной диагностики острого аппендицита и правосторонней почечной колики вы предпримете все, кроме: {

~ срочное исследование мочи

~ введение спазмолитиков

~ % 50% введение наркотиков

~ % 50% ангиографию почечных артерий

~ хромоцистоскопию

}

::Вопрос 521:: Для отличия острого аппендицита от апоплексии яичника необходимо учитывать следующие признаки, кроме: {

~ симптом Кохера-Волковича

~ симптом Промптова

~ симптом Бартомье-Михельсона

~ головокружение или обморочное состояние

= иррадиацию болей

}

::Вопрос 522:: Для дифференциальной диагностики острого аппендицита и острого калькулезного холецистита следует использовать, кроме: {

~% 50% ультразвуковой метод

~ оральную холецистографию

~ исследования

~ обзорную рентгеноскопию брюшной полости

~% 50% лапароскопию

}

::Вопрос 523:: Какие специальные методы исследования нужно применить при дифференцировании острого аппендицита и прикрытой прободной язвы двенадцатиперстной кишки?:{

~ % 50% обзорную рентгеноскопию брюшной полости

~ гастродуоденоскопию

~ ультрасонографию брюшной полости

~ % 50% лапароскопию

~ ирригоскопию

}

::Вопрос 524:: Какой метод исследования позволит вам точно от дифференцировать острый аппендицит от нарушенной внематочной беременности? {

~ динамика лейкоцитоза,

~ гипертермия;

~ рентгенологическое исследование – обзорная рентгеноскопия;

~ ректальное и вагинальное исследование;

= пункция заднего свода влагалища.

}

::Вопрос 526:: Экстренная аппендэктомия не показана: {

~ при остром катаральном аппендиците;

~ остром аппендиците во второй половине беременности;

~ первом приступе острого аппендицита;

= неясном диагнозе острого аппендицита у пожилых больных;

~ остром аппендиците у детей.

}

::Вопрос 527:: Что не является показанием к оперативному лечению при остром аппендиците? {

~ разлитой перитонит;

~ беременность 37–38 недель;

~ острый инфаркт миокарда;

= аппендикулярный инфильтрат;

~ абсцедирование аппендикулярного инфильтрата

}

::Вопрос 528:: К вам поступил больной с аппендикулярным инфильтратом. Комплекс каких консервативных мероприятий наиболее целесообразен у данного больного в первые 3 дня, кроме: {

~ холод на живот;

~ антибиотикотерапия;

~ местно УВЧ или УФО;

~ % 50% тепло на правую подвздошную область;

~ % 50% парентеральное применение протеолитических ферментов.

}

::Вопрос 529:: Во время операции по поводу острого аппендицита у больного обнаружен аппендикулярный инфильтрат. Какое тактическое решение нужно принять? {

= произвести диагностическую пункцию инфильтрата;

~ отказаться от дальнейших манипуляций и зашить операционную рану наглухо;

~ ограничить воспалительный инфильтрат марлевыми тампонами;

~ выделить червеобразный отросток из инфильтрата и произвести аппендэктомия.

}

::Вопрос 530::Вы должны оперировать больного с типичной картиной острого флегмонозного аппендицита. Каким оперативным доступом целесообразно произвести аппендэктомию в данном случае? {

~ нижнесрединной лапаротомией;

- = разрезом Волковича - Дьяконова;
  - ~ правосторонним параректальным доступом;
  - ~ поперечной лапаротомией над лоном;
  - ~ правосторонним трансректальным разрезом.
- }

::Вопрос 531:: В лечении разлитого перитонита аппендикулярного происхождения основное значение имеет все, кроме: {

- ~ устранение источника перитонита;
  - ~ антибактериальная терапия;
  - ~ коррекция водно-электролитных нарушений;
  - ~ санация брюшной полости;
- = выжидательная тактика

::Вопрос 532:: Аппендикулярным инфильтратом называется \_\_\_\_\_ спаянных между собой пряжей большого сальника и петель кишок, центром которого является измененный червеобразный отросток: {

= конгломерат

}

::Вопрос 533:: Аппендикулярным абсцессом называется конгломерат спаянных между собой пряжей большого сальника и петель кишок, центром которого является плавающий в \_\_\_\_\_ червеобразный отросток: {

= гною

}

::Вопрос 534::Основные этапы лапароскопической аппендэктомии все, кроме: {

~ пациент в положении Тренделенбурга с ротацией на левый бок.

~ отросток подтягивают и с помощью Liga-Sure отсекают брыжейку отростка.

~ на основание аппендикса накладывают дважды эндопетлю и отсекают и удаляют в контейнере.

~ санация правой подвздошной ямки и полости малого таза.

= доступом

}

::Вопрос 535:: В клинику аппендикулярного абсцесса входит все, кроме: {

~ ознобы

~ гектический характер температуры

= брадикардия

~ усиление болей в животе

~ пальпируемое болезненное флюктуирующее образование в правой подвздошной области у не тучных пациентов

}

::Вопрос 536:: В лечение аппендикулярного абсцесса входит все, кроме: {

~ вскрытие и дренирование абсцесса доступом Пирогова

~ комбинированная антибиотикотерапия

= антикоагулянты

~ дезинтоксикационная терапия

~ иммуномодулирующая терапия

}

::Вопрос 537:: Пилефлебит- гнойный \_\_\_\_\_ ветвей воротной вены , с развитием множественных абсцессов печени: {

= тромбофлебит

}

::Вопрос 538:: В клинику пилефлебита входит все, кроме: {

~ гектическая температура с ознобами

~ желтушность кожных покровов

= спастические боли в животе

~сопровождается сепсисом

~ боли в правом подреберье с иррадиацией в спину и правую ключицу

}

::Вопрос 539:: В лечение пилефлебита входит все, кроме: {

~ антикоагулянты

~ вскрытие и дренирование больших гнойников печени.

= промывания желудка

~ профилактика печеночной и почечной недостаточности

~ массивная антибиотикотерапия

}

::Вопрос 540:: УЗИ признаки острого аппендицита: {

~ наличие в просвете копролитов

~ ригидная не перистальтирующая структура

~ симптом «мишени»

= наложение фибрина в илеоцекальной области

~ утолщение и увеличение размеров аппендикса

}

::Вопрос 541::Лапароскопические признаки острого аппендицита: {

~ наложение фибрина в илеоцекальной области

= симптом «мишени»

~ симптом «карандаша» – ригидность отростка

~ отечность и гиперемия париетальной и висцеральной брюшины

~ наличие выпота в брюшной полости

}

::Вопрос 542::К вариантам атипичного аппендицита относятся все, кроме: {

~ ретроцекальный

~ медиальный

~ подпеченочный

= подпочечный

~ левосторонний

}

::Вопрос 543::Острым аппендицитом чаще страдают \_\_\_\_\_: {

= мужчины

}

::Вопрос 544::По поводу острого аппендицита чаще оперируются

\_\_\_\_\_: {

= женщины

}

::Вопрос 545::Доступы к открытой аппендэктомии все, кроме: {

~ Линандера

~ Волковича- Дьяконова

~ Шпренгеля

= Пратта

~ Мак-Бурнея

}

::Вопрос 546::Этапы открытой антеградной аппендэктомии все, кроме: {

~ мобилизация купола слепой кишки и лигирование брыжейки отростка с аппендикулярной артерией

~ перевязка основания отростка и наложение кисетного шва

~ отсечение отростка с обработкой культи и погружением в кисетный и Z-образный швы

~ контрольный осмотр, при необходимости дренирование брюшной полости

= ушивание раны через все слои

}

::Вопрос 547:: Этапы открытой ретроградной аппендэктомии все, кроме: {

~ мобилизация купола слепой кишки и перевязка основания отростка с наложением кисетного шва

~ отсечение отростка с обработкой культи и погружением в кисетный и Z-образный швы

~ лигирование брыжейки отростка с аппендикулярной артерией

~ контрольный осмотр, при необходимости дренирование брюшной полости

= интубация кишечника

}

::Вопрос 548:: Дифференциальную диагностику острого аппендицита проводят со следующими заболеваниями, кроме : {

~ терминальный илеит

= инфаркт миокарда

~ дивертикул Меккеля

~ мезаденит

~ острая гинекологическая патология

}

::Вопрос 549:: К морфологическим формам острого аппендицита относят все, кроме :{

~ катаральный

~% 50% серозный

~ флегмонозный

~ гангренозный

~% 50% гнойный

}

::Вопрос 550:: К осложнениям острого аппендицита относят все, кроме: {

~ аппендикулярный инфильтрат

~ аппендикулярный абсцесс

~ забрюшинная флегмона

~ пилефлебит.

= плеврит

}

### **Раздел Заболевания прямой кишки**

::Вопрос 551:: Предрасполагающим фактором в возникновении трещины анального канала является: {

~ запор

~ хронический парапроктит;

~ недостаточность сфинктера;

= криптит;

~ папиллит

}

::Вопрос 552:: Подкожный парапроктит характеризуется всем, кроме: {

~ % 50% боли в глубине таза

~ % 50% отсутствие изменений на коже промежности

~ повышение температуры

~ боли при дефекации

~ припухлость и гиперемия кожи в перианальной зоне

}

::Вопрос 553:: У больного сильнейшие боли в анальной области после акта дефекации, кровотечение в виде 2 - 3 капель крови после стула, стул обильный, хронические запоры. Ваш предварительный диагноз? {

~ геморрой;

~ рак прямой кишки;

~ острый парапроктит;

= трещина анального канала;

~) параректальный свищ.

}

::Вопрос 554 ::Острый парапроктит- воспаление околопрямокишечной клетчатки, обусловленное распространением воспалительного процесса из \_\_\_\_\_ криптальных желез: {

= анальных

}

::Вопрос 555:: Возбудителем гнойного парапроктита может быть: {

~ острая

% 50% аэробная инфекция

~ подострая

~ хроническая

% 50% анаэробная

}

::Вопрос 556:: Предрасполагающими факторами могут быть все, кроме: {

~ нарушения иммунитета

~ ангина

~ трещина

= бартолинит

~ острый геморрой

}

::Вопрос 557:: По локализации поражения различают парапроктит, кроме: {

~ подкожный

= трансректальный  
~ ишиоректальный  
~ ретроректальный  
~ пельвиоректальный  
}

::Вопрос 558:: По локализации крипты, вовлеченной в процесс различают парапроктит, кроме: {

~ задний  
~ передний  
~ боковой  
~ % 50%  
~ % 50%  
}

::Вопрос 559:: По характеру гнойного хода различают парапроктит, кроме: {

~ интрасфинктерный  
~ % 50% надсфинктерный  
~ трансфинктерный  
~ экстрасфинктерный  
~ % 50% подсфинктерный  
}

::Вопрос 560:: Клиника парапроктита зависит \_\_\_\_\_ от гнойника {  
= локализации  
}

::Вопрос 561:: Осложнения острого парапроктита: {  
~ прорыв в прямую кишку  
~ прорыв в брюшную полость-перитонит  
~ забрюшинная флегмона  
= организация процесса  
~ расплавление прямой кишки  
}

::Вопрос 562::Алгоритм обследования пациентов с острым парапроктитом: {  
~ осмотр и пальпация со стороны промежности  
= лапароскопия  
~ пальцевое исследование прямой кишки и анального канала  
~ влагалищное исследование у женщин  
~ УЗИ ректальным датчиком  
}

::Вопрос 563::Лечение острого парапроктита только\_\_\_\_\_: {

= хирургическое

}

::Вопрос 564::К радикальным операциям при остром парапроктите относят все, кроме: {

~ вскрытие и дренирование гнойника с иссечением пораженной крипты

~ % 50% вскрытие и дренирование гнойника и мазевой тампон

~ вскрытие и дренирование гнойника с иссечением пораженной крипты с проведением лигатуры

~ вскрытие и дренирование гнойника, проктопластика

~ % 50% вскрытие и дренирование гнойника промывание диоксидином

}

::Вопрос 565::Противопоказано при остром парапроктите все, кроме: {

~ необоснованно задерживать операцию

~ % 50% широкое вскрытие гнойника

~ проводить операцию в условиях неадекватного обезболивания

~ без ревизии раны назначать антибиотики

~ % 50% дренирование полости гнойника

}

::Вопрос 566::Геморроидальные узлы-сосудистые структуры подслизистого слоя дистального отдела прямой кишки {

= кавернозные

}

::Вопрос 567::Верно ли, что причиной геморроя является нарушение кровообращения в кавернозных структурах: {

= TRUE

}

::Вопрос 568::К предрасполагающим факторам возникновения геморроя относятся: {

~ беременность и роды

~ пожилой и старческий возраст

~ малоподвижный образ жизни

= пол

~ запоры

}

::Вопрос 569:: По локализации геморроя различают, кроме: {

~ наружный

~ % 50% передний

~ внутренний

~ комбинированный

~ % 50% задний

}

::Вопрос 570:: Различают следующие стадии острого геморроя, кроме: {

~ тромбоз наружных и внутренних узлов

~ % 50% выпадение узлов

~ воспаление тромбированных узлов

~ воспаление подкожной клетчатки на фоне тромбоза узлов

~ % 50% ущемление узлов

}

::Вопрос 571:: Различают \_\_\_\_ стадий хронического геморроя: {# 4 }

::Вопрос 572:: К осложнениям геморроя относят все, кроме: {

~ кровотечения

~ ущемление

~ воспаление

= разрыв

~ выпадение

}

::Вопрос 573:: Верно ли, что рак прямой кишки – опухоль располагающаяся в пределах 15-18 см от края гребешковой линии{

= TRUE

}

::Вопрос 574::К факторам риска относят все, кроме: {

~ диета (высокое содержание мяса и животных жиров, низкое содержание растительной пищи, злоупотребление алкоголем, курение) – приводит к застою плотных каловых масс

= слабость анального сфинктера

~ наследственность

~ полипоз (аденомы), воспалительные заболевания

~ возраст старше 50 лет, мужчины, городское население

}

::Вопрос 575:: Классификация рака прямой кишки по характеру роста включает все, кроме:{

~ экзофитный

~% 50% сочетанный

~ эндофитный

~ смешанный

~% 50% регионарный

}

::Вопрос 576 :: Классификация рака прямой кишки по локализации включает все, кроме:{

~ ректосигмоидный отдел

~ % 50% нисходящий отдел

~ ампулярный отдел

~ % 50% сигмовидный отдел

~ анальный канал

}

::Вопрос 577::Для рака ампулярного отдела характерно все, кроме {

~ тенезмы

~ патологические примеси

~ боли

= недержание кала

~ непроходимость

}

::Вопрос 578: Комплекс исследований для уточнения стадии заболевания включает все, кроме: {

~ лапароскопия

= ЭКГ

~ ПЭТ

~ КТ

~ УЗИ

}

::Вопрос 579: К радикальным операциям при раке прямой кишки относят все, кроме: {

~ брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки с наложением колостомы

~ брюшно-анальная резекция прямой кишки с низведением сигмы в анальный канал

~ передняя резекция прямой кишки

= выведение колостомы

~ операция Гартмана

}

::Вопрос 580::Верно ли ,что предоперационная лучевая терапия показана при местно распространенном раке (T1-2) {

= FALSE

}

::Вопрос 581:: Верно ли ,что послеоперационная лучевая терапия показана при раке (T3-4) и поражении параректальной клетчатки и региональных ЛУ: {

= TRUE

}

::Вопрос 582::В консервативное лечение острого геморроя 1 и2 стадии относят все, кроме: {

~ флеботоники

~ антикоагулянтные мази

~ % 50% новокаиновые блокады

~ обезболивающие средства

~ % 50% нестероидные гормоны

}

::Вопрос 583:: Ишиоректальный парапроктит в ранней стадии заболевания не характеризуется: {

- ~ отсутствием изменений на коже промежности
  - ~ % 50% выделением слизи из ануса
  - ~ болями в глубине таза
  - ~ высокой температурой
  - ~ % 50% припухлостью промежности с гиперемией кожи
- }

::Вопрос 584:: У больного жалобы на боли спустя 15 - 30 мин после стула, незначительное кровотечение после акта дефекации, запоры, стул обильный.  
Ваш

предварительный диагноз? {

- ~ геморрой
  - ~ параректальный свищ
  - ~ рак прямой кишки
  - = трещина анального канала
  - ~ хронический папиллит
- }

::Вопрос 585:: Клиническая картина параректального свища характеризуется всем, кроме: {

- ~ гноетечения
- = нормальной температуры
- ~ стул обильный
- ~ периодических обострений

~ выделения гноя и крови из свищевого отверстия

}

::Вопрос 586:: Хронический подкожный парапроктит характеризуется: {

~ болями при дефекации

~ наличием гнойного свища на коже промежности

= повышением температуры

~ болями в глубине таза

~ отсутствием изменений на коже промежности

}

::Вопрос 587:: Какой метод исследования достаточен для подтверждения диагноза "трещина анального канала"? {

~ ректоскопия

~ колоноскопия

~ ирригоскопия

= аноскопия

~ пальцевое исследование прямой кишки

}

::Вопрос 588:: Подкожный острый рецидивирующий парапроктит в типичных случаях характеризуется: {

- ~ отсутствием изменений на коже промежности
  - ~ % 50% припухлостью промежности с гиперемией кожи
  - ~ болями в глубине таза
  - ~ выделением слизи из ануса
  - ~ % 50% наличием параректальных свищей
- }

::Вопрос 589:: В приемное отделение доставлен мужчина 60 лет. Жалобы на высокую температуру, ознобы, распирающее боли в глубине таза, дизурические явления. В течение последних 2 дней у больного тенезмы с выделением слизи. Около года назад больному произведена аппендэктомия по поводу острого гангренозного аппендицита. Температура до 39°. Лейкоцитоз  $9 \times 10^9$ /л.. При осмотре в правой подвздошной области старый послеоперационный рубец без признаков воспаления. Живот мягкий, безболезненный. При осмотре анального отверстия патологии нет. При пальцевом исследовании кончиком пальца достигается болезненный инфильтрат. В анальном канале в области задней крипты легкая инфильтрация слизистой. Ваш предварительный диагноз? {

- ~ острый ретроректальный парапроктит
  - ~ острый подслизистый парапроктит
  - ~ острый цистит
  - = острый пельвиоректальный парапроктит
  - ~ абсцесс Дугласова пространства
- }

::Вопрос 590:: В клиническую картину полного параректального свища входят все симптомы, кроме: {

~ выделение газов через свищ

~ гнойное отделяемое из свища

~ выделение жидкого кала из свища

= болей в глубине таза

~ периодическое обострение болей с повышением температуры

}

::Вопрос 591:: В клиническую картину острого подкожного парапроктита входят все симптомы, кроме: {

~ гиперемия кожи и инфильтрат вблизи анального отверстия

~ боли в области анального отверстия, усиливающиеся при дефекации

~ повышение температуры

~ дизурические явления

= болями в глубине таза

}

::Вопрос 592:: К основным симптомам трещины анального канала относят все, кроме: {

~ резкие боли после акта дефекации

~ стулбоязнь

~ % 50% тенезмы с выделением крови

~ кровотечение в виде полоски крови на каловых массах

~ % 50% постоянные боли в анальном канале с иррадиацией в крестец

}

::Вопрос 593:: Выберите рациональный метод лечения острого парапроктита:

{

~ общая антибиотикотерапия

~ пункции гнойника с промыванием полости антибиотиками

~ сидячие теплые ванны

= вскрытие гнойника

~ физиопроцедуры

}

~ % 50%

::Вопрос 594:: Хирургическое лечение анальной трещины включает: {

~ антибиотики

~ диатермокоагуляцию трещины

~ растяжение сфинктера прямой кишки по Субботину

= иссечение трещины с боковой закрытой сфинктеротомией

~ рассечение наружного сфинктера

}

::Вопрос 595::Оптимальными вариантами лечения острого ишиоректального парапроктита являются все, кроме: {

~ пункция гнойника с последующим его дренированием и активной аспирацией

~ трансректальное вскрытие гнойника

~ % 50% физиопроцедуры

~широкое вскрытие гнойника радиальным разрезом

~ % 50% пункции гнойника с промыванием полости антибиотиками

}

::Вопрос 596:: Развитию геморроя способствуют все заболевания, кроме: {

~ септические заболевания

= полипы прямой кишки

~ хронические запоры

~ параректальные свищи

~ трещины анального канала

}

::Вопрос 597:: Развитию геморроя способствует все, кроме: {

~ гиперплазии ректальных и анальных кавернозных тел

= хронического воспаления анального канала

~ двух моментного акта дефекации

~ сидячей работы

~ наследственной предрасположенности

}

::Вопрос 598 :: Для утверждения диагноза геморроя достаточным будет: {

~ ректороманоскопия

~ ирригоскопия

~ колоноскопия

= пальцевое исследование прямой кишки и осмотр заднего прохода

~ ирригография

}

::Вопрос 599:: На следующий день после приема большого количества алкоголя больной почувствовал резкую боль в заднем проходе, ощущение инородного тела, появились скудные кровянистые выделения из прямой кишки. При осмотре в области ануса определяется "розетка" из резко болезненных и напряженных выпячиваний слизистой прямой кишки багрового цвета; - «на 7 часах по циферблату» отмечается некроз слизистой с умеренным кровотечением. В данном случае имеет место: {

~ острый подслизистый парапроктит

= ущемление геморроидальных узлов

- ~ геморрой, осложненный выпадением III ст
  - ~ острый тромбоз геморроидальных узлов
  - ~ выпадение и ущемление прямой кишки
- }

::Вопрос 600:: При геморрое не могут наблюдаться следующие симптомы: {

- ~ запоры
  - ~ % 50% тенезмы
  - ~ зуд в области заднего прохода
  - ~ кровотечения
  - ~% 50% лентовидный кал
- }

::Вопрос 601:: При геморрое могут наблюдаться следующие симптомы, кроме: {

- ~ зуда в области заднего прохода
  - = заворота узлов
  - ~ запоров
  - ~ кровотечений
  - ~ ущемлений
- }

::Вопрос 602:: Больной жалуется на кровотечение после акта дефекации в виде струйки или брызг по унитазу; периодический зуд в области анального отверстия. Ваш предварительный диагноз? {

~ параректальный свищ

~ геморрой

~ рак прямой кишки

= трещина анального канала

~ полип прямой кишки

}

::Вопрос 603:: Какой метод наиболее рационален при лечении острого тромбоза геморроидальных вен: {

~ склеротерапия

= оперативное вмешательство

~ анальгетики

~ антикоагулянты

~ пресакральная блокада

}

::Вопрос 604:: Противопоказаниями к оперативному лечению геморроя являются:{

- ~ язвенная болезнь желудка
- ~ % 50% гипертоническая болезнь с частыми кризами
- ~ хронический панкреатит
- ~ хроническая интерстициальная пневмония
- ~ % 50% портальная гипертензия
- }

::Вопрос 605:: Типичные осложнения геморроя, кроме: {

- ~ % 50% трещина анального канала
- ~ выпадение узлов
- ~ тромбоз геморроидальных узлов
- ~ кровотечение
- ~ % 50% малигнизация
- }

::Вопрос 606:: Какие заболевания анальной области являются показанием к операции: {

- ~ параректальный свищ
- = хроническая экзема анального канала
- ~ острый парапроктит
- ~ трещина анального канала
- ~ полип анального канала

}

::Вопрос 607:: Для диагностики рака прямой кишки в первую очередь необходимо произвести: а); б); в); г). {

~ анализ кала на скрытую кровь

= пальцевое исследование прямой кишки

~ лапароскопию

~ ультразвуковое исследование органов малого таза

~ ректороманоскопию

}

::Вопрос 608:: Наиболее частые симптомы рака прямой кишки: {

~ профузные поносы

~ % 50% патологические выделения из прямой кишки

~ упорные запоры

~ рвота

~% 50% неприятные ощущения в области прямой кишки

}

::Вопрос 609::Какие симптомы встречаются при раке верхнеампулярного отдела прямой кишки: {

~ произвольное отхождение газов

~ боли в правой подвздошной области и над лобком

~ изменение формы каловых масс

= тенезмы с выделением слизи и гноя с примесью темной крови,  
сменяющиеся запоры и поносы

~ рвота

}

::Вопрос 610:: Для выявления типичных отдаленных метастазов рака прямой кишки следует использовать: {

~ лабораторные биохимические тесты

~ ирригоскопию

~ лапароскопию

= КТ грудной клетки и брюшной полости

~ ректороманоскопию

}

::Вопрос 611:: При раке анального канала можно произвести следующую паллиативную операцию: {

~ экстирпацию прямой кишки

= наложение искусственного заднего прохода

~ наложение обходного анастомоза

~ цекостомию

~ операцию Гартмана

}

::Вопрос 612:: У больной 60 лет опухоль прямой кишки (нижний край опухоли на 12 см от анального отверстия). Отдаленных метастазов не выявлено. Какую операцию целесообразно выполнить? {

~ наложение колостомы

~ операцию Гартмана

~ экстирпацию прямой кишки по Кеню – Майлсу

= переднюю резекцию прямой кишки

~ брюшно-анальную резекцию

}

### **Раздел Желчнокаменная болезнь**

::Вопрос 613:: Камнеобразованию в желчном пузыре не способствует: {

~ застой желчи

~ обменные нарушения

~ воспалительные процессы в пузыре

= повышенное количество желчных кислот

~ конституция

}

=

~

::Вопрос 614:: Чем можно объяснить перемежающуюся желтуху? {

~ опухолью холедоха

~ множественными камнями желчного пузыря

~ камнем пузырного протока

= вентильным камнем холедоха

~ вклиненным камнем терминального отдела холедоха

}

::Вопрос 615:: Симптом Курвуазье характерен для следующих заболеваний: {

~ хронического калькулезного холецистита

~ % 50% рака головки поджелудочной железы

~ острого панкреатита

~ цирроза печени

~ % 50% опухоли большого дуоденального соска

}

::Вопрос 616:: Для механической желтухи на фоне холедохолитиаза не характерны: {

~ повышение прямой фракции билирубина в крови

~% 50% симптом Курвуазье

~ высокие цифры щелочной фосфатазы

~ резкое повышение уровня трансаминаз в плазме

~% 50% отсутствие стеркобилина в кале

}

::Вопрос 617:: Для клиники острого обтурационного холангита характерны: {

~ желтуха

~ озноб

~% 50% увеличение печени

~ лейкоцитоз в крови со сдвигом влево

~% 50% повышение щелочной фосфатазы в крови

}

::Вопрос 618:: Для желтухи на почве холедохолитиаза не характерны: {

~ билирубинемия

~ нормальная активность сывороточных трансаминаз

= спленомегалия

- ~ отсутствие стеркобилина в кале
- ~ повышение щелочной фосфатазы в крови
- }

::Вопрос 619:: При раке какого отдела гепатобилиарной системы не может возникнуть синдром Курвуазье: {

- ~ рак головки поджелудочной железы
- ~ рак общего желчного протока
- ~ % 50% рак общего печеночного протока
- ~ рак большого дуоденального соска
- ~ % 50% рак тела поджелудочной железы
- }

::Вопрос 620 ::Что не характерно для печеночной колики? {

- ~ френикус-симптом
- ~ боли в правом подреберье с иррадиацией в спину
- = симптом Мейо-Робсона
- ~ выраженное напряжение мышц и болезненность в правом подреберье
- ~ симптом Ортнера
- }

::Вопрос 621:: Причиной механической желтухи не может быть: {

- ~ рак головки поджелудочной железы
- = опухоль хвоста поджелудочной железы
- ~ опухоль большого дуоденального соска
- ~ камень общего желчного протока
- ~ камень пузырного протока
- }

::Вопрос 622:: Какой из перечисленных признаков является наиболее достоверным в диагностике желчнокаменной болезни? {

- ~ положительный симптом Курвуазье
- ~ наличие теней конкрементов на холецистограмме
- = положительный симптом Мэрфи
- ~ повышение билирубина сыворотки крови выше 30 мкм/л
- ~ высокие уровни трансаминаз - АСТ и АЛТ
- }

::Вопрос 623:: Для гангренозного холецистита не характерны следующие симптомы: {

- ~ % 50% симптом Бартомье Михельсона
- ~ тахикардия
- ~ % 50% уменьшение болей
- ~ симптом Щеткина - Блюмберга в правом подреберье

~ отсутствие печеночной тупости

}

::Вопрос 624:: Точный диагноз острого холецистита можно поставить на основании: {

~ анамнеза

~% 50% УЗИ желчного пузыря

~ инфузионной холангиографии

~ жалоб больного

~% 50% ретроградной панкреатохолангиографии

}

::Вопрос 625:: Оптимальным методом диагностики, не осложненной желчнокаменной болезни будет: а); б); в); г); д). {

~ транспеченочная холангиография

~ лапароскопия

~ ретроградная холангиопанкреатография

= ультрасонография

~ дуоденальное зондирование

}

::Вопрос 626:: Для уточнения характера механической желтухи и причины ее возникновения не следует произвести: {

=рентгенографию подпеченочного пространства

~ чрескожную чреспеченочную холангиографию

~ ультрасонографию печени и желчных путей

~ инфузионную холецистохолангиографию

~ эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию

}

::Вопрос 627:: Показания к интраоперационной холангиографии все, кроме: {

~ обнаружение при пальпации конкрементов в холедохе

~ увеличение диаметра общего желчного протока

~ наличие желтухи до операции

= подозрение на кисту печени

~ желтуха в момент операции

}

::Вопрос 628:: Для постановки диагноза механической желтухи и выяснения ее причины применяют все, кроме: {

~ инфузионной холеграфии

~ лапароскопии

= исследования цитологических ферментов печени

~ ретроградной холангиопанкреатографии

~ чрескожной чреспеченочной холангиографии

}

::Вопрос 629:: Какие признаки не характерны для механической желтухи? {

~ повышение прямого билирубина сыворотки крови

~ % 50% гиперхолестеринемия

~ повышение непрямого билирубина сыворотки крови

~ билирубинурия

~ % 50% повышение стеркобилина в кале

}

::Вопрос 630:: С каким заболеванием чаще всего приходится дифференцировать хронический холецистит? {

~ язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки

~ хроническим гастритом

~ язвенной болезнью желудка

= раком желудка

~ хроническим панкреатитом

}

::Вопрос 631:: При остром холецистите дифференциальную диагностику не проводят с: {

= хроническим панкреатитом

~ правосторонней плевропневмонией

~ острым аппендицитом

~ прободной язвой двенадцатиперстной кишки

~ с острым панкреатитом

}

::Вопрос 632:: Механическую желтуху на почве обтурации холедоха камнем необходимо дифференцировать, кроме: {

~ желтухой на почве рака холедоха

~ вирусного гепатита

~ желтухой на почве рака большого дуоденального соска

= обострением панкреатитом

~ опухолью головки поджелудочной железы со сдавлением холедоха

}

::Вопрос 633:: Укажите наиболее тяжелое осложнение механической желтухи: {

~ нарушение всасывательной функции кишечника

~ снижение белково-синтезирующей функции печени

= печеночно-клеточная недостаточность

~ водянка желчного пузыря

~ водянка желчного пузыря

}

::Вопрос 634:: Чем может быть обусловлен постхолецистэктомический синдром? {

~ рубцовым стенозом общего желчного протока

~ стенозом большого дуоденального соска

~ длинной культей пузырного протока

= холангитом

~ резидуальным камнем холедоха

}

::Вопрос 635:: Какое из осложнений желчнокаменной болезни не требует экстренного оперативного вмешательства? {

~ окклюзия пузырного протока

~ миграция камней из желчного пузыря в холедох

= холецистопанкреатит

~ механическая желтуха

~ рецидивирующая печеночная колика

}

::Вопрос 636:: У больной 50 лет, через шесть месяцев после холецистэктомии, выполненной по поводу хронического калькулезного холецистита, вновь стали возникать боли в правом подреберье, периодически сопровождающиеся пожелтением склер. При ультразвуковом исследовании желчных путей явной патологии со стороны внепеченочных желчных путей выявить не удалось. Какие из перечисленных методов наиболее информативны для диагностики в данном случае? {

= компьютерная томография печени и других органов брюшной полости

~ эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография

~ пероральная холецистография

~ сканирование печени

~ инфузионная холеграфия

}

::Вопрос 637::Какая патология не является осложнением холелитиаза: {

~ перфорации желчного пузыря, перитонит

~ водянка желчного пузыря

= хронический активный гепатит

~ эмпиема желчного пузыря

~ холангит

}

::Вопрос 638:: К осложнениям острого холецистита относят все, кроме: {

- ~ механической желтухи
- = варикозного расширения вен пищевода
- ~ холангита
- ~ подпеченочного абсцесса
- ~ перитонита
- }

::Вопрос 639:: Больной с желтухой желчнокаменного происхождения нуждается: {

- ~ % 50% детоксикационной терапии
- ~ % 50% обследовании и оперативном лечении в первые 3-5 дней
- ~ в экстренной операции
- ~ только консервативном лечении
- ~ катетеризации чревной артерии
- }

::Вопрос 640:: Какое лечение показано больному с приступом желчной колики, вызванной камнями желчного пузыря? {

- ~ экстренная операция
- = срочная операция после купирования приступа
- ~ консервативное лечение
- ~ антиферментная терапия

~ лапароскопическая холецистостомия

}

::Вопрос 641:: В каком случае при обнаружении камней в желчном пузыре показана операция холецистэктомия? {

~ операция противопоказана больным моложе 25 лет

~ операция противопоказана у больных старше 55 лет

~ при латентной форме заболевания

= при наличии клинических признаков заболевания и снижения трудоспособности

~ во всех случаях

}

::Вопрос 642 :: В каких случаях желчнокаменной болезни не показано вскрытие холедоха и его инструментальная ревизия во время операции? {

~ % 50% мелкие камни в желчном пузыре

~ расширение холедоха

~ % 50% хронический панкреатит

~ желтуха в момент операции

~ пальпируемые камни в холедохе

}

::Вопрос 643:: Холецистэктомия при холелитиазе не показана: {

~ более пяти конкрементов на холецистограмме

~ при отсутствии заполнения желчного пузыря на холангиограмме

= бессимптомном холелитиазе при сопутствующем сахарном диабете

~ камнях, часто приводящих к рецидивам холецистита

~ камнях желчного пузыря, вызывающих диспепсические явления

}

::Вопрос 644:: В каких ситуациях не показано интраоперационное обследование желчных путей? {

= панкреатит

~ механическая желтуха в анамнезе

~ расширение холедоха

~ множественные мелкие конкременты в желчном пузыре

~ желтуха в момент операции

}

::Вопрос 645:: Фактором, определяющим тактику хирурга при остром флегмонозном холецистите, является: {

~ квалификация хирурга

~ возраст больного

= распространенность перитонита

~ сопутствующие заболевания

~ повышение температуры

}

::Вопрос 646:: Больному с гангренозным холециститом показано: {

~ отсроченная операция

= экстренная операция

~ принятие решения зависит от возраста больного

~ консервативное лечение

~ при отсутствии эффекта от консервативной терапии

}

::Вопрос 647:: В чем заключается преимущество выполнения холецистэктомии от шейки?{

~ прерывается путь поступления гнойной желчи в желудок

~ позволяет воздержаться от холедохотомии

~ исключается необходимость в интраоперационной холангиографии

~ % 50% создаются условия для бескровного удаления желчного пузыря

~ % 50% удается избежать миграции камней из пузыря в холедох

}

::Вопрос 648:: В классификацию ЖКБ входят: бессимптомный холелитиаз;  
хронический калькулезный холецистит (болевая форма); острый  
калькулезный холецистит; осложнения холецистита; холедохолитиаз. {  
= TRUE  
}

::Вопрос 649:: Патологоанатомическая классификация острого холецистита  
включает, кроме: {  
~ катаральный  
= отечный  
~ флегмонозный  
~ гангренозный без перфорации  
~ гангренозный с перфорацией  
}

::Вопрос 650:: К рентгенологическим признакам ЖКБ относится все, кроме: {  
~ деформация желчного пузыря  
= «каменный провал» за конкрементом.  
~ крапчатый рисунок  
~ снижение сократительной способности после пробного завтрака  
~ повышенная экскреция

}

::Вопрос 651::В тетраду УЗИ симптомов при остром холецистите входит все, кроме: {

~ неравномерное утолщение стенки желчного пузыря

~ неоднородная внутренняя среда

~ перифокальное воспаление

= повышенная экскреция

~ «каменный провал» за конкрементом.

}

::Вопрос 652::Варианты холецистэктомии все, кроме: {

~ открытая, традиционная.

~ лапароскопическая.

= холецистостомия

~ из мини-доступа с лапароскопической ассистенцией

~ ретроградная или антеградная

}

::Вопрос 653:: Водянка развивается вследствие \_\_\_\_\_

конкрементами выводного протока желчного пузыря: {

= обтурации

}

::Вопрос 654:: Триада Шарко включает все, кроме:

~ печеночную колику

~ чувство тяжести в правом подреберье;

~ повышение температуры гектического характера и озноб

~ желтуха периодически проявляющаяся.

= симптом Мерфи

}

::Вопрос 655:: Осложнения механической желтухи

~ острая печеночно-почечная недостаточность

= энцефалит

~ холемические кровотечения

~ билиарный цирроз печени

~ синдром полиорганной недостаточности

}

**Раздел Острая кишечная непроходимость**

::Вопрос 656:: Назовите факторы, способствующие развитию странгуляционной кишечной непроходимости, кроме: {

~ длинная узкая брыжейка

~ наличие спаек

~ повышение внутрибрюшного давления

~ % 50% прием алкоголя

~ % 50% прием жирной пищи

}

::Вопрос 657:: Причиной развития паралитической кишечной непроходимости могут быть все, кроме: {

~ перитонит

= свинцовое отравление

~ острый панкреатит

~ забрюшинная гематома

~ расстройства мезентерального кровообращения

}

::Вопрос 658:: Наиболее частой причиной тонкокишечной механической непроходимости являются: {

~ инородные тела

~ желчные камни

~ опухоли

= спайки брюшной полости

~ гельминты

}

::Вопрос 659:: Толстокишечная обтурационная непроходимость чаще всего вызывается: {

~ инородными телами

~ желчными камнями

= злокачественными опухолями кишечника

~ спайками брюшной полости

~ гельминтами}

}

::Вопрос 660:: Заворот тонкой кишки относится к одному из следующих видов кишечной непроходимости: {

~ обтурационной

= странгуляционной

~ смешанной

~ спастической

~ динамической

}

::Вопрос 661:: Какие из перечисленных видов непроходимости относят к странгуляционной, кроме? {

~ заворот

~ % 50% обтурация желчным камнем

~ узлообразование

~ % 50% сдавление опухолью извне

~ ущемление

}

::Вопрос 662:: В ранних стадиях заболевания при острой кишечной непроходимости в организме развивается все, кроме: {

~ % 50% гиперкалиемия

~ дегидратация

~ % 50% снижение гематокрита

~ повышение гематокрита

~ гипокалиемия.

}

::Вопрос 663:: Какие симптомы патогномоничны для обтурационной кишечной непроходимости? {

~ постоянные боли в животе

~%50% схваткообразные боли в животе

~ рвота цвета кофейной гущи

~%50% вздутие живота

~ доскообразный живот

}

::Вопрос 664:: При каком виде кишечной непроходимости могут быть кровянистые выделения из заднего прохода? {

~ паралитической

~ спастической

= инвагинационной

~ завороте тонкой кишки

~ странгуляции

}

::Вопрос 665:: Для низкой толстокишечной непроходимости характерно все, кроме: {

~ постепенного нарастания симптомов

~ вздутия живота

~ появления чаш Клойбера

~ задержки стула

= быстрого обезвоживания

}

::Вопрос 666:: Дегидратация организма наиболее быстро развивается: {

= при завороте тонкой кишки

~ завороте сигмовидной кишки

~ опухоли прямой кишки с явлениями кишечной непроходимости

~ обтурационной толстокишечной непроходимости

~ илиоцекальной инвагинации

}

::Вопрос 667:: Появление "шума плеска" при острой кишечной непроходимости объясняется: {

~ наличием выпота в брюшной полости

= скоплением жидкости и газа в приводящей петле кишечника

~ скоплением жидкости и газа в отводящей петле кишечника

~ наличием свободного газа в брюшной полости

~ все перечисленное неверно

}

::Вопрос 668:: Для паралитической кишечной непроходимости характерно: {

- ~ асимметрия живота
  - ~ % 50% задержка стула и газов
  - ~ схваткообразные боли в животе
  - ~ % 50% резкое равномерное вздутие живота
  - ~ симптом Цеге-Мантейфеля.
- }

::Вопрос 669:: Характерными признаками острой механической кишечной непроходимости являются: {

- ~ постоянные боли в животе
  - ~ однократная рвота
  - ~ положительный симптом "шум плеска"
  - ~ % 50% схваткообразные боли в животе
  - ~ % 50% многократная рвота.
- }

::Вопрос 670:: Обезвоживание организма при острой кишечной непроходимости наиболее быстро развивается в следующих случаях, кроме: {

- ~ % 50% спастической кишечной непроходимости
- ~ завороте тонкой кишки
- ~ % 50% обтурации поперечноободочной кишки опухолью
- ~ узлообразовании между тонкой и сигмовидной кишками

~ ущемлении тонкой кишки в пупочной грыже

}

::Вопрос 671:: Клиническая картина острой обтурационной толстокишечной непроходимости характеризуется всем, кроме: {

~ схваткообразными болями в животе

~ вздутием живота

~ % 50% «ладьевидным животом»

~ % 50% постоянными болями в животе

~ задержкой стула и газов

}

::Вопрос 672:: Для высокой тонкокишечной непроходимости характерно все, кроме: {

~ схваткообразные боли в животе

~ «шум плеска» (симптом Склярова)

~ многократная рвота

= симптом Цеге-Мантейфеля

~ чаши Клойбера на обзорной рентгеноскопии брюшной полости

}

::Вопрос 673:: Для кишечной непроходимости на почве тонко-толстокишечной инвагинации характерно все, кроме: {

~ кровянистые выделения из прямой кишки

~ % 50% "овечий" кал

~ пальпируемое опухолевидное образование в правой подвздошной области

~ схваткообразные боли в животе

~ % 50% атония сфинктера прямой кишки

}

::Вопрос 674:: При обследовании больного с острой кишечной непроходимостью установлено: симптомы Цеге-Мантейфеля и Обуховской больницы положительны. Для какого вида непроходимости это характерно? {

~ илеоцекальной инвагинации

~ обтурации опухолью восходящей кишки

~ заворота тонкой кишки

= заворота сигмовидной кишки

~ все верно

}

::Вопрос 676:: Для высокой странгуляционной кишечной непроходимости характерно, все кроме: {

~ многократная рвота

~ % 50% симптом Цеге-Мантейфеля

~ % 50% симптом Обуховской больницы

~ симптом Тэвенара

~ усиленная перистальтика в начале заболевания

}

::Вопрос 677:: Схваткообразные боли в животе наблюдаются всегда, кроме: {

~ при obturации толстой кишки опухолью

~ завороте тонкой кишки

= паралитической кишечной непроходимости

~ узлообразовании

~ спаечной непроходимости

}

::Вопрос 678:: Для заворота тонкой кишки не характерно: {

~ схваткообразные боли

~ асимметрия живота

~ "шум плеска"

~ рвота

= симптом Цеге-Мантейфеля.

}

::Вопрос 679:: При низкой обтурационной кишечной непроходимости наблюдается все, кроме: {

~ % 50% ранняя многократная рвота

~ задержка стула и газов

~ % 50% симптом Валя

~ выраженное вздутие живота

~ симптом Цеге-Мантейфеля.

}

::Вопрос 680:: Назовите решающие методы исследования в постановке диагноза «острая кишечная непроходимость»: {

~ % 50% обзорная рентгеноскопия брюшной полости

~ % 50% исследование пассажа бария по кишечнику

~ эзофагогастродуоденоскопия

~ лапароскопия

~ биохимический анализ крови

}

::Вопрос 681:: Для острой кишечной непроходимости характерны следующие рентгенологические признаки, кроме: {

~ чаши Клойбера

~ симптом «органых труб» под куполом диафрагмы

~ крипты Керкрина (круговые складки)

~ % 50% симптом Валя

~ % 50% симптом Цеге-Мантейфеля

}

::Вопрос 682:: Какие диагностические мероприятия проводятся в первую очередь при подозрении на острую кишечную непроходимость, кроме? {

~ % 50% ангиография чревной артерии

~ % 50% гастродуоденоскопия

~ аускультация живота

~ обзорная рентгенокопия брюшной полости

~ пальпация живота, пальцевое исследование прямой кишки

}

::Вопрос 683:: Наиболее информативным методом диагностики острой кишечной непроходимости является: {

= обзорная рентгенокопия брюшной полости

~ лапароскопия

- ~ ангиография
- ~ гастроскопия
- ~ колоноскопия
- }

::Вопрос 684:: Для проведения инфузионной терапии больному с острой тонкокишечной непроходимостью необходимо назначить все, кроме: {

- ~ белковые гидролизаты
- ~ раствор Рингера
- ~ глюкозо-калиевый раствор
- ~ % 50% лейкомассу
- ~ % 50% фибриноген
- }

::Вопрос 685:: В каких случаях применяют консервативное лечение острой кишечной непроходимости, кроме? {

- ~ % 50% заворот
- ~ % 50% узлообразование
- ~ спастическая непроходимость
- ~ паралитическая непроходимость
- ~ копростаз
- }

::Вопрос 686:: При выборе лечебной тактики при острой кишечной непроходимости ориентируются на все, кроме: {

~ на вид непроходимости

~ локализацию уровня непроходимости

~ наличие перитонеальных симптомов

~ % 50% интенсивность перистальтики

~ % 50% интенсивность болей

}

::Вопрос 687:: Какую операцию рациональнее всего произвести больному раком слепой кишки, осложненным острой кишечной непроходимостью в ранние сроки? {

= правостороннюю гемиколэктомию с илиотрасверзоанастомозом

~ наложение илеостомы

~ наложение цекостомы

~ операцию Гартмана

~ операцию Микулича

}

::Вопрос 688:: При острой кишечной непроходимости возможны следующие виды операции, кроме: {

~ % 50% гастростомия

~ правосторонняя гемиколэктомия в сочетании с энтеростомией

~ резекция кишки

~ колостомия

~ % 50% задний гастроэнтероанастомоз

}

::Вопрос 689:: У больной 75 лет, поступившей в поздние сроки с острой кишечной непроходимостью на почве опухоли сигмовидной кишки, наиболее рациональна следующая тактика: {

~ обследование и выполнение операции через 48-72 часа

~ строго консервативная терапия

~ инфузионная терапия и повторные сифонные клизмы

= подготовка к операции в течение 2-3 часов с последующим выполнением операции Гартмана

~ экстренная операция с выполнением резекции сигмовидной кишки с анастомозом конец в конец

}

::Вопрос 690:: При каком виде непроходимости быстро развивается некроз кишки, кроме? {

~ % 50% обтурации просвета подвздошной кишки опухолью

~ завороте тонкой кишки

~ % 50% обтурации просвета тощей кишки желчным камнем

~ узлообразовании

~ ущемлении кишки в грыжевых воротах

}

::Вопрос 691:: При операции у больного с кишечной непроходимостью необходимо: {

~ восстановить проходимость кишечной трубки

~ произвести новокаиновую блокаду корня брыжейки тонкой кишки

~ удалить выпот из брюшной полости

~ оценить жизнеспособность измененного отдела кишечника

~ выполнить назоинтестинальную интубацию

= все верно

}

::Вопрос 692:: Об эффективности проводимой консервативной терапии при острой кишечной непроходимости говорит все, кроме: {

~ % 50% удлинение интервалов между приступами болей

~ обильное отхождение кала и газов

~ уменьшение вздутия живота

~ % 50% ослабление перистальтики

~ исчезновение боли

}

::Вопрос 693:: Выберите правильную тактику в начальной стадии  
обтурационной кишечной непроходимости: {

~ только консервативное лечение

~ экстренная операция

~ плановая операция

= оперативное лечение при неэффективности консервативных мероприятий

~ назогастральная интубация

}

::Вопрос 694:: Симптом Тэвенара – резкая болезненность в проекции \_\_\_\_\_  
брыжейки при надавливании:{

= корня

}

::Вопрос 695:: Симптом Склярова- при сотрясении живота можно услышать  
«шум \_\_\_\_\_» : {

= плеска

}

::Вопрос 696:: К критериям оценки жизнеспособности кишки относится все, кроме: {

~ цвет

~ блеск брюшины

~ перистальтика

= наличие содержимого кишки

~ наличие пульсации

}

::Вопрос 697:: Симптом Валя включает следующие местные признаки непроходимости, кроме: {

~ видимая асимметрия живота

~ видимая перистальтика кишечника

~ прощупываемая гладкая эластичная кишечная выпуклость

= шум лопнувшего пузыря

~ тимпанит

}

::Вопрос 698:: Симптом Вильса – шум лопнувшего \_\_\_\_\_ : {

= пузыря

}

::Вопрос 699:: Симптом Спассоуккоцкого- звук падающей \_\_\_\_\_: {

= капли

}

::Вопрос 700:: Симптом Бейля – проведение \_\_\_\_\_ тонов на брюшную стенку: {

= сердечных

}

::Вопрос 701:: Симптом Обуховской больницы- баллонообразное вздутие пустой прямой кишки , « \_\_\_\_\_ анус»: {

= зияющий

}

::Вопрос 702:: Симптом Шланге - видимая перистальтика кишечника , которая \_\_\_\_\_ при пальпации : {

= усиливается

}

::Вопрос 703::В послеоперационную терапию входит все, кроме {

- ~ адекватное обезболивание
- ~ декомпрессия кишечника
- ~ сбалансированной инфузионной терапии
- = физиотерапия
- ~ восстановление функции ЖКТ
- }

### **Раздел Панкреатиты**

::Вопрос 704::Причинами возникновения острого панкреатита могут быть все указанные, кроме: {

- ~ дуоденостаз
- ~ стеноза сфинктера Одди
- = проявления аллергии
- ~ заброса желчи в панкреатический проток;
- = вирусного гепатита
- }

::Вопрос 705::Наиболее частой причиной возникновения острого панкреатита у мужчин является: {

- ~ травма живот
- ~ применение кортикостероидов
- = алкоголизм

~ хронический холецистит

~ цирроз печени

}

::Вопрос 706::Наиболее частой причиной возникновения острого панкреатита у женщин может быть:{

~ беременность

= хронический холецистит

~ алкоголизм

~ травма живота

~ применение кортикостероидов

}

::Вопрос 707::В патогенезе острого панкреатита могут участвовать роль:{

~ операционная травма

~ холелитиаз

~ пенетрирующая пептическая язва

~ алкоголь

= все перечисленные факторы

}

::Вопрос 708::Шок и коллапс при остром деструктивном панкреатите вызываются:{

~ отеком поджелудочной железы

~ сдавлением дистального отдела холедоха

= ферментной токсемией

~ билиарной гипертензией

~ динамической непроходимостью кишечника

}

::Вопрос 708::Ферментная токсемия при остром деструктивном панкреатите обусловлена всем, кроме : {

~ калликреином

~ гистамином

~ брадикинином

~ калидином

= гликогеном

}

::Вопрос 709::К острому панкреатиту относятся все формы, кроме:{

~ отечного панкреатита

= псевдотуморозного панкреатита

~ жирового панкреатита

~ геморрагического панкреатита

~ рецидивирующий

}

::Вопрос 710::В клинику поступил больной 35 лет с жалобами на резкие опоясывающие боли в верхних отделах живота, многократную рвоту. Боли возникли после приема алкоголя. Состояние тяжелое. Пульс 120 уд/мин, АД 90/60 мм рт ст. Живот резко болезненный в верхних отделах, в отлогих местах живота - притупление перкуторного звука. Перистальтика ослаблена. Ваш диагноз? {

~ перфоративная язва желудка

~ острая кишечная непроходимость

~ инфаркт кишечника

~ желудочно-кишечное кровотечение

= острый геморрагический панкреатит

}

::Вопрос 711::Какие дополнительные исследования вы проведете этому больному для уточнения диагноза, кроме?: {

~ лапароскопию

~ ангиографию

~ исследование мочи на амилазу

~ % 50% гастродуоденоскопию

~ % 50% обзорную рентгенографию брюшной полости

}

::Вопрос 712::При жировом панкреонекрозе не может наблюдаться: {

~ многократная рвота

~ инфильтрат в эпигастрии

= симптом Бартомье -Михельсона

~ симптом Мейо – Робсона

~ симптом Воскресенского

}

:: Вопрос 713::При геморрагическом панкреонекрозе не могут наблюдаться: {

~ симптом Мейо - Робсона

~ коллапс

~ % 50% усиление перистальтики

~ многократная рвота

~ % 50% исчезновение печеночной тупости

}

::Вопрос 714::У больного 30 лет с деструктивным панкреатитом на 14 день от поступления в клинику появились: гектическая температура, тахикардия, ознобы, сдвиг лейкоцитарной формулы крови влево, пальпируется инфильтрат в эпигастрии. Ваш диагноз? {

~ холангит

~ пневмония

~ киста поджелудочной железы

~ забрюшинная флегмона

= абсцесс сальниковой сумки

}

::Вопрос 715::Клиническая картина панкреонекроза характеризуется всем перечисленным, кроме: {

~ опоясывающих болей в животе

~ многократной рвоты

= пневмоперитонеума

~ коллапса

~ тахикардии

}

::Вопрос 716::Наиболее частый симптом острого панкреатита: {

~ тошнота и рвота

~ запоры

~ желтуха

~ вздутие живота

= боли в эпигастрии, опоясывающего характера

}

::Вопрос717::46-летний больной жалуется на нарастающие боли в верхней половине живота. Около 2 месяцев у него был приступ болей с рвотой, после чего боли в эпигастрии носят постоянный характер. Ночью боли усиливаются, связи с приемом пищи нет. Под левой реберной дугой пальпируется гладкое опухолевидное образование с четкими контурами, около 15 см в диаметре. Рентгенологически желудок оттеснен вправо и вперед. Какой диагноз наиболее вероятен? {

~ рак печени

~ рак желудка

= киста поджелудочной железы

~ инсулином

~ киста левой почки

}

::Вопрос 718::Какой метод исследования наиболее информативен в диагностике различных форм острого панкреатита? {

~ диагностический пневмоперитонеум

~ обзорная рентгеноскопия брюшной полости

= лапароскопия

~ гастродуоденоскопия

~ определение амилазы крови и мочи.

}

::Вопрос 719::Какое исследование окажется наиболее информативным в диагностике кисты поджелудочной железы? {

~ эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография

~ исследование пассажа бария по желудку и кишечнику

~ определение сахара крови

~ эхография брюшной полости

= МСКТ брюшной полости

}

::Вопрос 720::Какой диагностический метод наиболее информативен в дифференциальной диагностике острого панкреатита? {

~ диагностический пневмоперитонеум

~ обзорная рентгеноскопия брюшной полости

= лапароскопия

~ гастроскопия

~ УЗИ

}

::Вопрос 721::Какие биохимические изменения характерны для острого панкреатита? {

~ гипоамилаземия

~ % 50% гипокальциемия

~ % 50% гипергликемия

~ гиперальбуминемия

~ гипоглобулинемия

}

::Вопрос 722::Обнаружив при лапаротомии геморрагический выпот в брюшной полости и пятна жирового некроза на брюшине, вы в первую очередь подумаете:{

~ о повреждении полого органа

~ о разрыве печени

= об остром панкреатите

~ о перфоративной язве желудка

~ о мезентериальном тромбозе

}

::Вопрос 723::При обзорной рентгеноскопии грудной клетки у больного острым панкреатитом невозможно увидеть: {

~ % 50% медиастинальную эмфизему

~ % 50% смещение средостения

~ левосторонний плеврит

~ дисковидные ателектазы

~ ограничение подвижности диафрагмы

}

::Вопрос 724::У больного 26 лет, заболевшего 12 часов назад, геморрагический панкреонекроз все, кроме: {

~ лечебная катетеризация чревной артерии с целью введения антиметаболита

~ чрескожная гепатохоледохостомия

~ экстренная лапаротомия

~ % 50% лапароскопическое дренирование брюшной полости

~ % 50% массивная инфузионная терапия

}

::Вопрос 725::Основными направлениями патогенетического лечения острого панкреатита будут: {

~ подавление экскреторной деятельности железы

= назогастральная декомпрессия желудочно-кишечного тракта

~ инактивация панкреатических ферментов

~ ликвидация гиповолемии

~ антибактериальная терапия

}

::Вопрос 726::Среди перечисленных ниже лекарственных препаратов при остром панкреатите применяются все, кроме: {

~ гордокса

~ контрикала

~ 5-фторурацила

~ атропина

= морфина

}

::Вопрос 727::У больного диагностирован жировой панкреонекроз. Ваша тактика? {

~ лапаротомия, дренирование брюшной полости

~ лапаротомия, рассечение капсулы железы

= инфузионная терапия, антиферментные препараты (5-фторурацил, фторафур)

~ дистальная резекция поджелудочной железы

~ панкреатодуоденальная резекция

}

::Вопрос 728::В лечении острого панкреатита применяют все, кроме:{

~ назогастрального зонда с аспирацией содержимого желудка

~ спазмолитиков

= морфина и его производных

~ ингибиторов протеаз

~ препаратов кальция

}

::Вопрос729 ::Показаниями к операции при остром панкреатите являются: {

~ % 50% нарастание явлений перитонита

~ % 50% гнойные осложнения панкреонекроза

~ появление серозного выпота в левой плевральной полости

~ нарастание лейкоцитоза

~ паралитическая кишечная непроходимость

}

::Вопрос730::Лечение острого панкреатита включает все, кроме: {

~ снижение экзокринной функции поджелудочной железы

= стероидные гормоны

~ инактивация ферментов

~ улучшение микроциркуляции в поджелудочной железе

~ профилактика легочных и сердечных осложнений

}

::Вопрос 731::Эффективность применения ингибиторов протеаз и антиметаболитов при остром панкреатите характеризуется всем перечисленным, кроме:{

~ стихания болей

~ исчезновением симптомов панкреатогенной токсемии

= повышением активности калликреин – кининовой системы крови

~ снижением амилаземии

~ уменьшением степени возбуждения

}

::Вопрос732:: Осложнением острого панкреатита может быть все, кроме: {

~ абсцесса сальниковой сумки

~ печеночно-почечной недостаточности

= портальной гипертензии

~ кисты поджелудочной железы

~ перитонита

}

::Вопрос733:: Ведущая роль в патогенезе острого панкреатита принадлежит \_\_\_\_\_ поджелудочной железы: {

= ферментам

}

::Вопрос734:: По распространённости процесса различают, кроме: {

~ % 50% единичный

~ % 50% сублокальный

~ локальный

~ субтотальный

~ тотальный

}

::Вопрос735:: Верно ли, что прогрессирующее течение заболевания сопровождается угнетением деятельности паренхиматозных органов? {

=TRUE

}

::Вопрос736:: Прогессирующее течение заболевания не сопровождается: {

~ панкреатогенной токсимии

~ гемодинамическими нарушениями

~ угнетением деятельности паренхиматозных органов

~ постнекротическими осложнениями

= повышенным аппетитом

}

::Вопрос737:: Симптом Мандора-это появление на лице и туловище\_\_\_\_\_:{

= цианоза

}

::Вопрос738:: Симптом Лагерлефа \_\_\_\_\_лице и конечностях{

= цианоз

}

::Вопрос739::Симптом Каллена – это \_\_\_\_\_ вокруг пупка :{

= экхимозы

}

::Вопрос740:: Симптом Грея-Тернера – это \_\_\_\_\_ на коже боковых отделов живота: {

= экхимозы

}

## Раздел Перитонит

::Вопрос741::Верно ли, что перитонит это воспаление брюшины вызванное бактериальным или химическим агентом {

= TRUE

}

::Вопрос742:: Классификация перитонита этиологии, кроме: {

~ % 50% общий

~ % 50% местный

~ первичный

~ вторичный

~ третичный

}

::Вопрос743:: Верно ли, что местный перитонит занимает 3 - 4 анатомические области: {

=FALSE

}

::Вопрос744:: Верно ли, что разлитой перитонит занимает более 5 анатомических областей: {

= TRUE

}

::Вопрос745:: К внутрибрюшинным осложнениям перитонита относиться все, кроме: {

~ оментит

~ кишечные свищи

~ абсцессы

~ вялотекущий перитонит

= трахеобронхит

}

::Вопрос746:: К внебрюшинным осложнениям перитонита относятся все, кроме: {

~ плеврит

~ медиастинит

~ ТЭЛА

= вялотекущий перитонит

~ трахеобронхит

}

::Вопрос747:: К осложнениям перитонита со стороны передней брюшной стенки относятся все, кроме: {

~ нагноение операционной раны

= медиастинит

~ флегмона брюшной стенки

~ флегмона забрюшинной клетчатки

~ эвентерация

}

::Вопрос748:: В патогенезе перитонита условно выделяют следующие тесно взаимосвязанные звенья все, кроме: {

~ механизмы отграничения процесса в полости брюшины

~ иммуногенез

~ эндотоксикоз

= алиментарный фактор

~ полиорганная дисфункция

}

::Вопрос749:: К симптомам перитонита относятся все, кроме: {

~ постоянные боли в животе

~ напряжение мышц брюшной стенки

~ положительный симптом Щеткина –Блюмберга

~ отсутствие перистальтики

= положительный симптом Пастернацкого

}

::Вопрос750:: В необходимый алгоритм обследования включено помимо общего обследования : {

~ % 50% МСКТ органов брюшной полости

~ % 50% лапароскопия

~ торакоцентез

~ медиастиноскопия

~ ректороманоскопия

}

::Вопрос751:: Верно ли, что лапароскопический метод применим при распространённом перитоните, если он носит серозно-фибринозный характер? : {

= TRUE

}

::Вопрос752:: Срединная лапаротомия представляется основным способом лечения разлитого гнойного перитонита: {

= TRUE

}

::Вопрос753:: В этапы оперативного пособия при перитоните входят все, кроме: {

~ лапаротомия  
~ ревизия брюшной полости  
~ изоляция или удаление источника перитонита  
~ санация брюшной полости  
= глухое закрытие брюшной раны  
}

::Вопрос754::Суперсимптом "острого живота" это: {

~ рвота  
~ боли в животе  
~ кровавый стул  
~ задержка кала и газов  
= напряжение мышц брюшной стенки  
}

::Вопрос755::Разлитой гнойный перитонит может быть следствием всех перечисленных заболеваний, кроме: {

~ перфорации дивертикула Меккеля  
~ болезни Крона  
= стеноза большого дуоденального соска  
~ Рихтеровского ущемления грыжи  
~ острой кишечной непроходимости

}

::Вопрос756::Операция при разлитом гнойном перитоните должна быть выполнена: {

= из срединного доступа

~ из подреберного доступа

~ из поперечного с пересечением прямых мышц

~ из торакального с рассечением диафрагмы

~ из внебрюшинного бокового доступа.

}

::Вопрос757::При каком виде перитонита можно ожидать фибринозные наложения на висцеральной и париетальной брюшине, кроме? {

= при серозном перитоните

~ при фибринозном перитоните

~ при гнойном перитоните

~ при гнилостном перитоните

~ при каловом перитоните

}

::Вопрос758::Комплекс лечебных мероприятий при диффузном гнойном перитоните аппендикулярного происхождения включает, кроме: {

- ~ аппендэктомию
  - ~ санацию брюшной полости
  - ~ коррекцию водно-электролитных нарушений
  - ~ антибактериальную терапию
  - ~ парентеральное питание после операции
- = мочевого катетер
- }

::Вопрос759:: Больная 19 лет заболела 8 часов назад, появились сильные боли в животе, рвота, не приносящая облегчения, живот вздут в нижней половине, перистальтика не выслушивается, симптома Валя нет, резко положительный симптом Блюмберга-Щеткина в нижней половине живота. При ректальном исследовании определяется болезненность тазовой брюшины. Ваш диагноз: {

- = перитонит неясной этиологии
- ~ острый гастроэнтерит
  - ~ прободная язва желудка
  - ~ острая кишечная непроходимость
  - ~ аппендицит
- }

::Вопрос760:: При перитоните неясной этиологии определите тактику ведения больного: {

- ~ паранефральная блокада

- ~ обезболивающие средства и спазмолитики
- ~ сифонная клизма
- = коррекция ОЦК, срединная лапаротомия
- ~ лапаротомия доступом Волковича – Дьяконова
- }

::Вопрос761:: При лечении диффузного гнойного перитонита производят трансназальную продленную интубацию кишечника с аспирацией содержимого, главным образом с целью: {

- ~ учета потерь жидкости через желудочно-кишечный тракт
- = профилактики паралитической кишечной непроходимости
- ~ питания больного через зонд
- ~ промывания желудочнокишечного тракта
- ~ введения лекарственных препаратов
- }

::Вопрос762:: Для реактивной стадии острого перитонита характерно все, кроме: {

- ~ положительный симптом Щеткина-Блюмберга
- ~ %50% нарастающий метеоризм
- ~ двигательное возбуждение
- ~ лейкоцитоз с умеренным сдвигом лейкоцитарной формулы влево
- ~ %50% значительный гнойно-токсический сдвиг в формуле крови

}

::Вопрос763::Терминальная стадия острого перитонита характеризуется всем, кроме: {

~ развитием после 72 часов

~ динамической кишечной непроходимостью

= гектической температурой

~ падением температуры тела на фоне резкого гнойно-токсического сдвига в формуле крови

~ бактериемией

}

::Вопрос764::Наиболее частой причиной перитонита является: {

~ послеоперационное осложнение

~ острая травма живота

~ перфоративный холецистит

~ кишечная непроходимость

= перфоративный аппендицит

}

::Вопрос765::Для поздней стадии перитонита характерно все, кроме: {

- ~ вздутия живота
- ~ обезвоживания
- ~ исчезновения кишечных шумов
- ~ гипопроотеинемии
- = усиленной перистальтики
- }

::Вопрос766::Какие симптомы не относятся к начальной фазе перитонита? {

- ~ % 50% болезненность тазовой брюшины при ректальном исследовании
- ~ тенденция к тахикардии
- ~ % 50% резкие электролитные сдвиги
- ~ напряжение мышц брюшной стенки
- ~ тенденция к нарастанию лейкоцитоза
- }

:: Вопрос767::Патогномоничным симптомом перфорации полого органа в свободную брюшную полость является: {

- ~ высокий лейкоцитоз
- ~ отсутствие перистальтических шумов
- = свободный газ под правым куполом диафрагмы
- ~ положительные симптомы раздражения брюшины
- ~ притупление перкуторного звука в отлогих местах брюшной полости

}

:: Вопрос768:: Диагноз перитонита на операционном столе ставится на основании всех признаков, кроме: {

~ гиперемии брюшины

= наличия крови в брюшной полости

~ наличия фибриновых наложений

~ тусклого вида брюшины

~ наличия мутного выпота

}

:: Вопрос769: Как устанавливается диагноз «диффузный перитонит» до операции? {

~ рентгенологически

~ анамнестически

~ лабораторным определением признаков воспалительной реакции

= клинически

~ по уровню секреции пищеварительного сока

}

:: Вопрос770: При поддиафрагмальном абсцессе можно ожидать: {

- ~ снижение дыхательной экскурсии легких
  - ~ высокое стояние купола диафрагмы
  - ~ базальные ателектазы легких
  - ~ содружественный выпот в плевральной полости
  - ~ боли, иррадиирующие в надключичную область
- = все верно
- }

:: Вопрос771::Какой способ исследования вы выберете для диагностики абсцесса Дугласова пространства? {

- ~ ректороманоскопию
  - ~ лапароскопию
  - ~ перкуссию и пальпацию брюшной полости
- = пальцевое ректальное исследование
- ~ рентгеноскопию брюшной полости
- }

:: Вопрос772::Болезненная пальпация печени, боли над правой ключицей, высокое стояние правого купола диафрагмы и гектическая лихорадка характеризуют: {

- ~ дугласов абсцесс
- ~ гангренозный аппендицит
- ~ острый панкреатит

= поддиафрагмальный абсцессе справа

~ острый холецистит

}

:: Вопрос773:: Выберите оптимальный вариант лечения поддиафрагмального абсцесса: {

~ массивная антибиотикотерапия

= внебрюшинное вскрытие и дренирование гнойника

~ лапаротомия, вскрытие и тампонада полости абсцесса

~ пункция гнойника толстой иглой, аспирации гноя, промывание антисептиками

~ консервативное лечение

}

:: Вопрос774:: У больного, перенесшего лапаротомию по поводу аппендикулярного перитонита, на шестые сутки после операции появились боли в нижней половине живота, тенезмы, дизурические явления. Температура 39°C, с гектическими размахами, ознобы. Язык влажный, живот мягкий, умеренно болезненный над лобком. При ректальном исследовании - в малом тазу пальпируется большой, резко болезненный инфильтрат с размягчением. Ваш диагноз? {

~ межпетельный абсцесс

= абсцесс Дугласова пространства

~ периаппендикулярный абсцесс

~ сепсис

~ пиелоплебит

}

:: Вопрос775::Какой метод лечения вы выберете в описанном выше случае? {

~ лапаротомию, вскрытие и дренирование гнойника

= вскрытие и дренирование гнойника через прямую кишку

~ антибиотикотерапию

~ пункцию гнойника через прямую кишку, аспирацию гноя, промывание полости антибиотиками

~ вскрытие гнойника через промежность

}

:: Вопрос776::Укажите возможные причины псевдоперитонеального синдрома, кроме: {

~ уремия

~ порфирия

~ диабетический криз

~ почечная колика

~ пиопневмоторакс

= инфаркт миокарда

}

:: Вопрос778::Какое из перечисленных заболеваний не может быть причиной псевдоперитонеального синдрома? {

~ расслаивающая аневризма брюшной аорты

~ нефролитиаз

~ тромбоз вен таза

~ пневмоторакс

~ забрюшинная гематома

= узловой зоб

}

:: Вопрос779::У больных перитонитом среди осложнений наиболее часто встречается: {

~ эвентрация

~ образование кишечных свищей

~ тромбоэмболия легочной артерии

= формирование гнойников брюшной полости

~ пневмония

}

:: Вопрос780::Перфорация любого полого органа брюшной полости характеризуется всеми следующими симптомами, кроме: {

~ появления резкой боли

~ напряжения мышц передней брюшной стенки

~ брадикардии

~ френикус-симптома

= симптома Мейо-Робсона

}

:: Вопрос781::Тяжесть течения перитонита в наибольшей степени зависит от всех указанных факторов, кроме: {

= массы тела больного

~ характера микрофлоры

~ степени выраженности интоксикации

~ гиповолемии

~ степени нарушения белкового, электролитного обмена и кислотно-щелочного равновесия

}

:: Вопрос782::При посевах перитонеального экссудата чаще всего отмечается рост: {

~ стафилококка

~ протей

= кишечной палочки

~ смешанной флоры

~ анаэробной флоры

}

**ПЛАН ПРОХОЖДЕНИЯ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ СТУДЕНТОВ 4 –ГО  
КУРСА ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА НА КАФЕДРЕ  
ФАКУЛЬТЕТСКОЙ ХИРУРГИИ**

№	Место прохождения	Дата прохождения
1.	Курация больных в х/о ЖДБ	Ежедневно
2.	Работа в перевязочной для чистых больных	
3.	Работа в перевязочной для гнойных больных	
4.	Работа в операционной	
5.	Работа в ОРИТ	
6.	Работа в кабинете УЗИ	
7.	Работа в эндоскопическом кабинете	
8.	Работа в рентген кабинете	
9.	Всего дней	56 часов на каждый цикл

**ПЕРЕЧЕНЬ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МИНИМУМА ПРАКТИЧЕСКИХ  
НАВЫКОВ ДЛЯ СТУДЕНТОВ 4 КУРСА**

1. Принципы деонтологии у постели больного.
2. Проведение инфузионной терапии в периферическую и центральную вены.
3. Введение медикаментов через дренажи и микро ирригатор, уход за ними.
4. Определение группы крови по системе АВО.
5. Определение резус-принадлежности экспресс методом.

6. Проведение проб на совместимость крови донора и реципиента перед переливанием крови.
7. Наблюдение за больными во время переливания крови и кровезаменителей.
8. Снятие швов.
9. Сердечно-легочная реанимация.
10. Первая помощь при острых нарушениях дыхания.
11. Первая помощь при синдроме длительного раздавливания
12. Первая помощь при закрытых повреждениях и ранениях живота.
13. Первая помощь при кровотечениях в пищеварительный тракт.
14. Первая помощь при ущемленной грыже.
15. Первая помощь при шоке.
16. Искусственная вентиляция легких ручными аппаратами.
17. Первая помощь при острых заболеваниях органов брюшной полости.
18. Первая помощь при остром тромбозе.
19. Первая помощь при тромбозах и эмболиях артерий.
20. Первая помощь при отравлениях.
21. Пункции плевральной и брюшной полостей.
22. Проведение парентерального питания по заданной программе.
23. Дренирование глубоких ран и полостей.
24. Обследование больного острым аппендицитом.
25. Обследование больного острым холециститом.
26. Обследование больного острым панкреатитом.
27. Обследование больного острым перитонитом.
28. Обследование больного кишечной непроходимостью.
29. Обследование больного язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки.
30. Обследование больного наружными грыжами живота.
31. Обследование больного раком желудка.
32. Обследование больного раком пищевода.
33. Обследование больного раком молочной железы.
34. Обследование больного раком прямой кишки.
35. Обследование больного раком легкого.
36. Обследование больного нераковым заболеванием молочной железы
37. Обследование больного нагноительными заболеваниями легкого и плевры.
38. Обследование больного заболеваниями артерий и вен.
39. Обследование больного геморроем.
40. Обследование больного хроническим парапроктитом
41. Остановка кровотечения пальцевым прижатием крупных сосудов
42. Наложение матерчатого и резинового жгутов.
43. Заготовка и хранение крови.

44. Внутрикожные, подкожные, внутримышечные и внутривенные инъекции.
45. Лигирование сосудов в ране.
46. Новокаиновые блокады.
47. Катетеризация подключичной вены.
48. Венесекция.
49. Торакоцентез.
50. Лапароцентез.
51. Заполнение хирургической документации в поликлинике, участие в диспансеризации больных.
52. Проводниковая анестезия по Оберст-Лукашевичу.
53. Подготовка больных к плановым операциям.
54. Подготовка больных к экстренным операциям.
55. Введение больных в послеоперационном периоде.
56. Трахеостомия.
57. Ушивание ран кишечника.
58. Блокада при переломе ребер.
59. Наложение пневмоперитонеума.
60. Лапароскопия.
61. Ректоскопия, ректороманоскопия, колоноскопия.
62. Первая помощь при открытом пневмотораксе.
63. Методика холецистографии, внутривенной и инфузионной холеграфии.
64. Методика свищеграфии.
65. Методика эзофагогастроскопии.
66. Методика проведение рентгенографии желудочно-кишечного тракта.
67. Методика флебографии, артериографии (по Сельдингеру и пункционным введением контраста).
68. Чтение рентгенограмм.
69. Методика ультразвукового исследования печени, желчных путей, желчного пузыря, поджелудочной железы.
70. Пункционная и эксцизионная биопсия. Приготовление препарата для цитологического исследования.

## **СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

### **Основная литература**

1. Кузин М.И. Хирургические болезни.-М.:Медицина, 2015. С-758. – 300экз.
2. Османов, А.О., Алиев Р.Г. Факультативная хирургия в вопросах и ответах: учебное пособие для студентов 4 курса.- Махачкала, 2012. С-375. -1000экз.
3. Савельева В.С., Кириенко А.И. Хирургические болезни: учеб., в 2 Т.-М.: ГЭОТАР-Медиа,2016. С-1070.– 400 экз.

### **Дополнительная литература.**

1. Черноусов, А.Ф. Хирургические болезни.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.
2. Мерзликин, Н.В. [и др.] Хирургические болезни. -М.: ГЭОАР-Медиа, 2012.
3. Горбунков В.Я. Поликлиническая хирургия/ СТГМА.- Ставрополь, 2011. С -412
4. Гостищев В.К. Общая хирургия: учебник/-М.: ГЭОТАР – Медиа, 2013. С-728
5. Меджидов Р.Т. Основы клинической хирургии в тестовых вопросах и клинических задачах: учебное пособие, Ч.2. Махачкала: ИПЦ ДГМА, 2013.
6. Абдуллаев А.Г. Госпитальная хирургия. Синдромология: учебное пособие. М.: ГЭОАР-Медиа, 2012.
7. Факультетская хирургия: учебное пособие для студентов 4 курса мед вуза / под ред. А.О. Османова., Р.Г. Алиева. - Махачкала: изд. «Лотос», 2007.
8. Газиев Р.М., Иманалиев М.Р. Хирургия воспалительных заболеваний легких и плевры: учебно-методическое пособие. – Махачкала: изд. «Лотос», 2011. С-142.
9. Евтихов, Р.М. и др. Клиническая хирургия: учебное пособие. - М., 2006.
10. 80 лекций по хирургии под общей редакцией В.С. Савельева. -М., 2008 г.
11. Фергюсон, М.К. Атлас «Торакальная хирургия»: перевод с англ. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2009.
12. Федоров, В.Д. [и др.] Хирургические болезни: рук-во для интернов.- М.- МИА, 2005.
13. Чисов В.И., Давыдов М.И. «Онкология» национальное руководство.- М.:«ГЭОТАР-Медиа», 2013.

#### **Периодические издания:**

1. Хирургия. Журнал им.Н.И.Пирогова.
2. Вестник хирургии. Журнал им.Грекова.
3. Хирургический научно-практический журнал.
4. Анналы хирургии.

#### **Базы данных, информационно-справочные и поисковые системы**

Электронно-библиотечная система. Консультант студента

Доступ: <http://www.studmedlib.ru/>

**Протоколы согласования рабочей программы дисциплины (практики) с другими кафедрами (приложение 1)**

#### *Приложение 1*

**Протокол согласования рабочей программы дисциплины (практики) с другими кафедрами (междисциплинарные связи)**

1. С обеспечивающими дисциплинами (изучение которых предшествует освоению настоящей дисциплины):

<b>№ п.п.</b>	<b>Наименование дисциплин, изучение которых предшествует освоению настоящей дисциплины</b>	<b>Наименование тем (разделов, модулей), изучение которых предшествует освоению дисциплины</b>	<b>Подпись заведующего кафедрой, с которой проводится согласование</b>
1	Анатомия	Все разделы	
2	Физиология	Все разделы	
3	Пат.анатомия	Все разделы	
4	Пат.физиология	Все разделы	
5.	Общая хирургия	Все разделы	

**2. С обеспечиваемыми (последующими) дисциплинами, изучаемыми после или одновременно с настоящей дисциплиной:**

<b>№ п.п.</b>	<b>Наименование обеспечиваемых дисциплин, изучаемых после или одновременно с настоящей дисциплиной</b>	<b>Наименование тем (разделов, модулей), изучение которых необходимо для освоения обеспечиваемых (последующих) дисциплин</b>	<b>Подпись заведующего кафедрой, с которой проводится согласование</b>
1	Оперативная хирургия	Все разделы	
2	Госпитальная хирургия	Все разделы	
3	Онкология	Все разделы	

## **Порядок утверждения рабочей программы.**

1. РП дисциплины разработана заведующим кафедрой факультетской хирургии д.м.н. Газиевым Р.М и зав. уч. частью кафедры д.м.н. Курбановой З.В., и обсуждена на методическом заседании кафедры, протокол от 19. 01. 2019г.
2. РП рецензирована профессором Алиевым С.А. Рецензия прилагается к рабочей программе и хранится на кафедре. Копия представлена в учебно-методический отдел вместе с программой.
3. РП по факультетской хирургии одобрена и утверждена ЦКМС.
4. Электронный аналог соответствует ее печатному варианту и представлен на сайте кафедры.

## **Хранение рабочей программы**

1. Первый экземпляр рабочей программы хранится на кафедре, разработавшей РП.
2. В учебно-методический отдел предоставлена копия РП и ее электронная версия.
3. Учебно-методический отдел обеспечит возможность свободного доступа студентам, преподавателям и сотрудникам вуза к электронной базе рабочих программ через официальный сайт ДГМУ.
4. Рабочие программы дисциплин, исключенные из учебного процесса, хранятся в архиве кафедры. Срок хранения – согласно утвержденной номенклатуре дел ДГМУ.

Дополнения и изменения к рабочей программе на 2019/20 уч. гг., внесены.  
Рабочая программа пересмотрена и одобрена на заседании кафедры от 19.01.2019, протокол №2

Зав. кафедрой факультетской  
хирургии с лабораторией  
инновационных клеточных технологий

Газиев Р.М.

«\_\_» \_\_\_\_\_ 2019г.

