

**федеральное государственное автономное образовательное учреждение  
высшего образования**

**Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М.  
Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации  
(Сеченовский Университет)**

Институт клинической медицины

**Методические материалы по дисциплине:**

**Хирургические болезни**

основная профессиональная образовательная программа высшего  
профессионального образования – программа специалитета

33.05.03 Стоматология

1. Симптом воспаления в правой подвздошной области:

1. Симптом Керте
2. Симптом Ортнера
3. Симптом Обуховской больницы
4. Симптом Ситковского +

2. Симптом Кохера при остром аппендиците:

1. Усиление боли при повороте на левый бок
2. Перемещение боли из мезо- и эпигастрия в правую подвздошную область +
3. Усиление боли при поднятии выпрямленной правой ноги
4. Болезненность при пальпации в левом реберно-позвоночном углу

3. Отсутствие «кашлевого толчка» у пациента с пупочной грыжей говорит об:

1. Флегмоне грыжевого мешка
2. Ущемлении грыжи +
3. Вправившейся грыже
4. Отсутствию грыжевого выпячивания

4. Задняя стенка пахового канала представлена:

1. Апоневрозом наружной косой мышцы живота
2. Паховой связкой
3. Поперечной фасцией +
4. Мышечной лакуной

5. Мелена является симптомом:

1. Острой кишечной непроходимости
2. Рубцового язвенного стеноза
3. Кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта +
4. Инвагинации

6. Основным методом диагностики механической кишечной непроходимости:

1. Ультразвуковое исследование
2. Рентгеноскопия органов брюшной полости +

3. Пальцевое исследование прямой кишки
4. МРТ

7. В классификации острой кишечной непроходимости не выделяют:

1. Высокую и низкую кишечную непроходимость
2. Паралитическую и спастическую непроходимость
3. Обтурационную и странгуляционную непроходимость
4. Частичную и полную непроходимость +

8. Рентгенологический признак перфорации полого органа:

1. Чаши Клойбера
2. Гаустрация
3. «Серп» воздуха под куполом диафрагмы +
4. Арки Петрова

9. Противопоказание для экстренной аппендэктомии при остром аппендиците:

1. Острый инфаркт миокарда
2. Беременность 35-37 недель
3. Нахождение пациента на скелетном вытяжении по поводу перелома бедренной кости
4. Аппендикулярный инфильтрат +

10. Ущемление пупочной грыжи требует:

1. Экстренной операции +
2. Госпитализации и наблюдения в хирургическом отделении
3. Наблюдения хирургом в поликлинике
4. Плановой герниотомии

11. Общий желчный проток формируется при слиянии:

1. Правого и левого печеночного протоков
2. Пузырного и общего печеночного протоков +
3. Общего печеночного протока и протока поджелудочной железы
4. Правого печеночного и пузырного протоков

12. У желчного пузыря отсутствует:

1. Тело
2. Дно
3. Шейка
4. Основание +

13. «Карман» Гартмана – это анатомическая часть:

1. Желудка
2. Желчного пузыря +
3. Прямой кишки
4. Печеночно-двенадцатипестной связки

14. Синдром Мэллори-Вейса – это:

1. Гастрин-продуцирующая опухоль в поджелудочной железе
2. Кровотечение из продольных разрывов слизистой оболочки кардиального отдела желудка +
3. Кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода
4. Кровотечение из опухоли правой половины ободочной кишки

15. Кал в виде «малинового» желе характерен для:

1. Инвагинации +
2. Кровотечения из опухоли прямой кишки
3. Геморроидального кровотечения
4. Кровотечения из язвы тела желудка

16. Кал в виде «смородинового» желе характерен для:

1. Геморроидального кровотечения
2. Кровотечения из опухоли правой половины ободочной кишки +
3. Кровотечения из опухоли левой половины ободочной кишки
4. Желудочного кровотечения

17. Пищевод Барретта является следствием:

1. Рефлюкс-гастрита
2. Рефлюкс-эзофагита +
3. Химического ожога пищевода
4. Дивертикулита

18. Дивертикул Ценкера формируется в:

1. В области бифуркационного сужения
2. В области пищеводно-кардиального перехода
3. В области глоточно-пищеводного перехода +
4. В кардиальном отделе желудка

19. Дивертикул Ценкера по механизму формирования является:

1. Тракционным дивертикулом
2. Пульсионным дивертикулом +
3. Смешанным дивертикулом
4. Посттравматическим дивертикулом

20. Рвота вида «кофейной гущи» - признак:

1. Кровотечения из расширенных вен пищевода
2. Легочного кровотечения
3. Кровотечения из язвы антрального отдела или 12-типерстной кишки +
4. Кровотечения из язвы кардии

21. Наиболее частая локализация дивертикулов в толстой кишке:

1. Слепая кишка
2. Прямая кишка
3. Ободочная кишка
4. Сигмовидная кишка +

22. Какой орган может участвовать в формировании скользящей грыжи:

1. Дивертикул Меккеля
2. Аппендикс
3. Слепая кишка +
4. Сигмовидная кишка

23. Какой орган может участвовать в формировании скользящей грыжи:

1. Восходящая кишка
2. Мочевой пузырь +
3. Сигмовидная кишка
4. Большой сальник

24. Что характерно для 3 степени дисфагии:

1. Боль при прохождении твердой пищи
2. Прохождение только полужидкой пищи
3. Прохождение только жидкой пищи +
4. Невозможно проглатывание слюны и воды

25. Что характерно для 1 степени дисфагии:

1. Боль при прохождении твердой пищи +
2. Прохождение только полужидкой пищи
3. Прохождение только жидкой пищи
4. Невозможно проглатывание слюны и воды

26. Фактором риска развития желчнокаменной болезни не является:

1. Женский пол
2. Мужской пол +
3. Ожирение
4. Быстрое снижение массы тела

27. Основной метод диагностики холелитиаза:

1. Ультразвуковое исследование +

2. Эзофагогастродуоденоскопия
3. Ретроградная панкреато-холангиография
4. Рентгенография органов брюшной полости

28. Для латентной формы желчнокаменной болезни характерно:

1. Тошнота, рвота с примесью желчи
2. Отсутствие клинических проявлений +
3. Периодически приступы боли в правом подреберье
4. Повышение температуры

29. Показанием к плановой холецистэктомии не является:

1. Латентная форма ЖКБ +
2. Хронический рецидивирующий калькулезный холецистит
3. Частые приступы желчной колики
4. Диспептическая форма ЖКБ

30. Эндоскопическая картина Forest 2A характеризует:

1. Продолжающееся струйное кровотечение из язвы желудка
2. Отсутствие источника кровотечения в желудке
3. Состоявшееся капиллярное кровотечение из язвы желудка
4. Состоявшееся струйное язвенное кровотечение +

31. Эндоскопическая картина Forest 1A характеризует:

1. Продолжающееся струйное кровотечение из язвы желудка +
2. Отсутствие источника кровотечения в желудке
3. Состоявшееся капиллярное кровотечение из язвы желудка
4. Состоявшееся струйное язвенное кровотечение

32. Эндоскопическая картина Forest 3 характеризует:

1. Продолжающееся струйное кровотечение из язвы желудка
2. Отсутствие источника кровотечения в желудке +
3. Состоявшееся капиллярное кровотечение из язвы желудка
4. Состоявшееся струйное язвенное кровотечение

33. Для декомпенсированного язвенного стеноза не характерно:

1. Рвота пищей, съеденной накануне
2. Похудание
3. «Шум плеска» натошак
4. Задержка бария в желудке менее 6 часов при выполнении контрастной рентгенографии +

34. Характерный симптом перфорации язвы луковицы 12-типерстной кишки:

1. «Шум плеска»

2. Исчезновение «печеночной тупости» +
  3. Симптом Валя
  4. Чаши Клойбера на рентгенограмме органов брюшной полости
35. Для острого гангренозного аппендицита характерно:
1. Доскообразный живот
  2. Анурия
  3. Внезапное усиление боли в животе
  4. Уменьшение боли в правой подвздошной области+
36. Основным методом диагностики кровотечения из язвы желудка:
1. УЗИ органов брюшной полости
  2. Эзофагогастродуоденоскопия +
  3. РХПГ
  4. Обзорная рентгеноскопия органов брюшной полости
37. Метод, позволяющий уточнить диагноз при неясной клинической картине аппендицита:
1. Ректороманоскопия
  2. Ирригоскопия
  3. Колоноскопия
  4. Лапароскопия +
38. Операцией выбора у коморбидного пациента 80 лет с острым деструктивным калькулезным холециститом является:
1. Экстренная холецистэктомия из срединного доступа
  2. Экстренная лапароскопическая холецистэктомия
  3. Экстренная холецистостомия +
  4. РХПГ с папиллосфинктеротомией
39. Грыжевой мешок врожденной паховой грыжи образован:
1. Влагалищным отростком брюшины +
  2. Поперечной фасцией
  3. Висцеральной брюшиной
  4. Париетальной брюшиной
40. Для острого холангита нехарактерно:
1. Неустойчивый стул +
  2. Боль в правом подреберье
  3. Желтуха
  4. Повышение температуры, озноб
41. При ущемленной грыже через 2 часа от момента ущемления показано:

1. Наблюдение
  2. Аккуратное ненасильственное вправление грыжи
  3. Введение спазмолитиков и теплая ванна
  4. Экстренное оперативное вмешательство +
42. Наиболее физиологичным методом резекции желудка считается:
1. Бильрот 2 в модификации Гоффмейстера-Финстерера
  2. Резекция желудка в модификации по Ру
  3. Бильрот 1 +
  4. Субтотальная резекция желудка с наложением гастроэнтероанастомоза
43. Причиной обтурационной кишечной непроходимости не является:
1. Желчный камень
  2. Опухоль
  3. Тромбоз брыжеечных сосудов +
  4. Инородное тело
44. Основным признаком странгуляционной кишечной непроходимости:
1. Острая постоянная боль в животе с периодами усиления +
  2. Вздутие живота
  3. Схваткообразная боль в животе с периодами стихания боли
  4. Зияющая ампула прямой кишки
45. Какой из перечисленных признаков наиболее достоверен в диагностике желчнокаменной болезни:
1. Положительный симптом Курвуазье
  2. Наличие теней конкрементов на холангиограмме +
  3. Повышение билирубина в сыворотке крови выше 30 мкм/л
  4. Положительный симптом Мерфи
46. Симптомом прободной язвы желудка и 12-ти перстной кишки не является:
1. Исчезновение «печеночной тупости»
  2. Доскообразный живот
  3. Задержка стула и отхождения газов +
  4. «Кинжальная боль» в анамнезе
47. Основным методом диагностики кишечной непроходимости является:
1. Эзофагогастродуоденоскопия
  2. Обзорная рентгенография органов брюшной полости +
  3. Компьютерная томография органов брюшной полости

4. УЗИ органов брюшной полости

48. Какой признак будет отсутствовать при Рихтеровском ущемлении:

1. Симптомы кишечной непроходимости +
2. Невправимость грыжевого выпячивания
3. Резкие боли в области грыжевого выпячивания
4. Отрицательный симптом «кашлевого толчка»

49. У больного с наличием одного крупного конкремента в желчном пузыре, желчная колика купировалась самостоятельно. Ваша дальнейшая тактика:

1. Предложите экстренную операцию
2. Посоветуете санаторно-курортное лечение
3. Назначите спазмолитики
4. Посоветуете плановую операцию +

50. Наиболее частой операцией при острой толстокишечной непроходимости является:

1. Левосторонняя гемиколэктомия
2. Операция Гартмана – обструктивная резекция +
3. Энтеролиз, назогастральная интубация тонкой кишки
4. Резекция кишки с опухолью с наложением первичного анастомоза

51. Выберите рентгенологический признак острой кишечной непроходимости:

1. Свободный газ под куполом диафрагмы
2. Симптом Валя
3. Симптом Обуховской больницы
4. Чаши Клойбера +

52. Для абсцесса Дугласова пространства после аппендэктомии не характерно:

1. Повышение температуры
2. Ограничение подвижности диафрагмы +
3. Нависание стенок влагалища или передней стенки прямой кишки
4. Болезненность при ректальном исследовании

53. Уровень какого гормона возрастает в крови при синдроме Золлингера-Элиссона:

1. Инсулина

2. Глюкагона
3. Гастрина +
4. Адреналина

54.УЗ-признак острого холецистита:

1. Утолщение стенок желчного пузыря с двойным контуром +
2. Симптом «мишени»
3. Расширение холедоха
4. Мелкие конкременты в желчном пузыре

55.Симптом «мишени» является УЗ-признаком:

1. Острого холецистита
2. Острого панкреатита
3. Острого аппендицита +
4. Прободной язвы желудка

56.Симптом перемещения боли из эпи- и мезогастрия в правую подвздошную область носит имя:

1. Мерфи
2. Мак-Берни
3. Кохера +
4. Мейо

56.Экстренная операция показана при:

1. Копростазе
2. Скользящей грыже
3. Невправимой грыже
4. Ущемленной грыже +

57.Грыжевыми воротами косой паховой грыжи является:

1. Внутреннее кольцо пахового канала +
2. Наружное кольцо пахового канала
3. Влагалищный отросток брюшины
4. Сосудистая лакуна медиальнее бедренной вены

58.Прямая паховая грыжа выходит через:

1. Внутреннее кольцо пахового канала

2. Наружное кольцо пахового канала +
3. Влагалищный отросток брюшины
4. Сосудистую лакуну медиальнее бедренной вены

59. Согласно классификации Forest, стадия Forest 2A – это

1. Струйное кровотечение из язвы
2. Налет гематина на язве
3. Отсутствие источника кровотечения
4. Тромбированный сосуд в дне язвы +

60. Важное значение в диагностике забрюшинно расположенного аппендикса при остром аппендиците имеет:

1. Положительный симптом Кохера
2. Положительный симптом Образцова +
3. «Крик Дугласа» при исследовании per rectum
4. Наличие свободного газа под правым куполом диафрагмы на рентгенограмме

61. Задержка бария в желудке более 12 часов при выполнении рентгенологического контрастного исследования характерно для:

1. Компенсированной стадии рубцового язвенного стеноза
2. Пенетрации язвы желудка в поджелудочную железу
3. Субкомпенсированной стадии рубцового язвенного стеноза
4. Декомпенсированной стадии рубцового язвенного стеноза +

62. РХПГ, дополненная папиллосфинктеротомией показана при:

1. Синдроме Курвуазье
2. Прободной язве луковицы 12-типерстной кишки
3. Холедохолитиазе +
4. Синдроме Меллори-Вейса

63. Наиболее частым видом тонкокишечной непроходимости является:

1. Обтурация желчным камнем
2. Обтурация опухолью
3. Спаечная непроходимость +
4. Ущемление кишки в грыжевых воротах

64. Чаще всего встречается у женщин:

1. Косая паховая грыжа
2. Пупочная грыжа +
3. Бедренная грыжа

4. Грыжа белой линии живота
65. Чаще всего встречается у мужчин:
1. Косая паховая грыжа +
  2. Пупочная грыжа
  3. Бедренная грыжа
  4. Грыжа белой линии живота
66. При определении жизнеспособности кишки не имеет большого значения:
1. Цвет кишки
  2. Наличие перистальтики
  3. Пульсация сосудов брыжейки
  4. Состояние отводящей петли +
67. Механическая желтуха при ЖКБ является следствием:
1. Острого гангренозно-перфоративного холецистита
  2. Закупорки камнем пузырного протока
  3. Закупорки камнем общего желчного протока +
  4. Острого гангренозного холецистита
68. Дивертикул Меккеля выявляют
1. На куполе слепой кишки
  2. На подвздошной кишке +
  3. На тощей кишке
  4. На поперечно-ободочной кишке
69. Для желчной колики не характерно:
1. Интенсивная боль в правом подреберье
  2. Положительный симптом Ортнера
  3. Положительный симптом Щеткина-Блюмберга в правом подреберье +
  4. Иррадиация боли в правое плечо
70. Выберите симптом острого панкреатита:
1. Симптом Кохера
  2. Симптом Бартомье-Михельсона
  3. Симптом Керте +
  4. Симптом Ортнера
71. Симптом Ортнера – это:
1. Перемещение боли в правую подвздошную область
  2. Усиление боли при поднятии выпрямленной правой ноги
  3. Усиление боли при поколачивании по правой реберной дуге +
  4. Усиление боли на вдохе при пальпации в точке Мерфи

72. Кровотечение из трещин в кардиальном отделе желудка носит название:

1. Синдром Курвуазье
2. Синдром Меллори-Вейса +
3. Синдром Золлингера-Элиссона
4. Синдром Жильбера

73. Для кровотечения из язвы желудка не характерно:

1. Рвота вида «кофейной гущи»
2. Усиление болевого синдрома +
3. Мелена
4. Уменьшение болевого синдрома

74. Рвота вида «кофейной гущи» характерна для кровотечения:

1. Из варикозно-расширенных вен пищевода
2. Из язвы луковицы 12-типерстной кишки +
3. Легочного кровотечения
4. Синдрома Меллори-Вейса

75. Снижение артериального давления и уменьшение боли при обострении язвенной болезни может быть признаком:

1. Перфорации язвы
2. Язвенного кровотечения +
3. Пенетрации язвы
4. Острого инфаркта миокарда

76. Показанием к операции при самопроизвольном вправлении грыжи является:

1. Повышение температуры
2. Появление перитонеальных симптомов +
3. Появление дизурических явлений
4. Указания на ущемления грыжи в анамнезе

77. Прямую паховую грыжу характеризует слабость следующей стенки пахового канала

1. Верхней
2. Задней +
3. Передней
4. Нижней

78. Объясните причину появления напряжения мышц в правой подвздошной области, возникающего при прободной язве 12-типерстной кишки:

1. Рефлекторные связи через спинномозговые нервы
2. Развивающийся распространенный перитонит
3. Висцеро-висцеральные связи с червеобразным отростком
4. Затекание кислого желудочного содержимого по правому латеральному каналу +

79. Первично-гангренозный аппендицит развивается вследствие:

1. Стеноза устья подвздошно-ободочной артерии
2. Тромбоза аппендикулярной артерии +
3. Неспецифического артериита висцеральных ветвей аорты
4. Тромбоза нижней брыжеечной вены

80. Какой из симптомов острого аппендицита редко встречается у пожилых пациентов:

1. Повышение температуры
2. Незначительная боль в правой подвздошной области
3. Задержка стула
4. Умеренный лейкоцитоз

81. Патогномоничным симптомом острого аппендицита является:

1. Симптом Воскресенского
2. Симптом Кохера
3. Симптом Ситковского
4. При остром аппендиците нет патогномоничных симптомов

82. Пилефлебит может быть осложнением:

1. Острого холецистита
2. Острого панкреатита
3. Острого аппендицита +
4. Заворота сигмовидной кишки

83. К странгуляционной кишечной непроходимости не относится:

1. Заворот кишки
2. Узлообразование петель кишки
3. Ущемление кишки в грыжевых воротах
4. Обтурация просвета кишки желчным камнем +

84. Аппендикулярный инфильтрат обычно развивается:

1. В первые двое суток от начала болезни
2. На 4-5 сутки с начала заболевания +
3. В 1-ые сутки после аппендэктомии
4. В позднем послеоперационном периоде после аппендэктомии

85. Для диагностики абсцесса Дугласова пространства необходимо выполнить:

1. Лапароскопию
2. Ректороманоскопию
3. Пальцевое исследование прямой кишки +
4. Ирригоскопию

86. Обнаружение яичка внутри грыжевого мешка при выполнении герниотомии характерно для:

1. Скользящей грыжи
2. Врожденной паховой грыжи +
3. Бедренной грыжи
4. Ущемленной грыжи

87. Что является причиной невправимости грыжи:

1. Рубцовый процесс между грыжевым мешком и окружающими тканями
2. Спайки между петлями кишки внутри грыжевого мешка
3. Спайки между петлями кишки и грыжевым мешком +
4. Несоответствия находящихся в грыжевом мешке органов размеру грыжевых ворот

88. Какой выпот Вы обнаружите в брюшной полости при панкреонекрозе:

1. Серозный
2. Фибринозный
3. Геморрагический +
4. Гнойный

89. В диагностике острого аппендицита не проводится:

1. Ультразвуковое исследование
2. Обзорная рентгеноскопия органов брюшной полости
3. Пальцевое исследование прямой кишки
4. Колоноскопия +

90. Для перфорации полого органа в свободную брюшную полость не характерно:

1. «Доскообразный» живот
2. Полиурия +
3. Острое начало заболевания
4. Тахикардия

91. Для начальной стадии перитонита не характерно:

1. Болезненность при пальпации живота
2. Тахикардия
3. Усиление перистальтики
4. Исчезновение перистальтики +

92. Характерный признак хронического парапроктита:

1. Выделение алой крови в конце дефекации
2. Наличие свищевого отверстия на коже промежности +
3. Диарея
4. Гематурия

93. Эпителиальный копчиковый ход:

1. Имеет сообщение с просветом прямой кишки
2. Слепо оканчивается в подкожной клетчатке межъягодичной области +
3. Связан с копчиком
4. Сообщается с крестцом

94. При болезни Гиршпрунга не имеет диагностического значения:

1. Ирригоскопия
2. Биопсия по Свенсону
3. Измерение тонуса внутреннего сфинктера прямой кишки +
4. Колоноскопия

95. Осложнением какого заболевания является токсический мегаколон:

1. Болезни Крона
2. Болезни Гиршпрунга
3. Неспецифического язвенного колита +
4. Синдрома Пейтса-Егерса

96. Дивертикулы чаще всего локализуются:

1. В слепой кишке
2. В прямой кишке
3. В поперечно-ободочной кишке
4. В сигмовидной кишке +

97. У пожилого пациента при выявлении причин неясной анемии в первую очередь показано выполнение:

1. УЗИ органов брюшной полости
2. Эзофагогастродуоденоскопии
3. Колоноскопии +

#### 4. Ректороманоскопии

98. Какие полипы ободочной кишки имеют меньшую склонность с малигнизации:

1. Гиперпластические +
2. Аденоматозные
3. Ворсинчатые
4. Индекс малигнизации одинаков во всех случаях

99. Для установления диагноза анальной трещины достаточно:

1. Колоноскопии
2. Ректороманоскопии
3. Пальцевого исследования прямой кишки
4. Аноскопии +

100. Появление “шума плеска” при спаечной обтурационной кишечной непроходимости объясняется:

1. Наличием выпота в брюшной полости
2. Наличием выпота и свободного газа в брюшной полости
3. Скоплением жидкости и газа в приводящей петле кишки +
4. Скоплением жидкости и газа в отводящей петле кишки
5. Скоплением жидкости в отводящей петле кишки

101. Какой метод обследования следует применить для подтверждения диагноза спаечной обтурационной кишечной непроходимости:

1. Обзорная рентгеноскопия органов брюшной полости +
2. Исследование пассажа по кишке введенного per os BaSO<sub>4</sub>
3. УЗИ органов брюшной полости
4. Экстренная ирригоскопия
5. Экстренная колоноскопия

102. Наиболее частой причиной тонкокишечной механической непроходимости является

1. инородные тела
2. желчные камни
3. опухоли
4. спаечный процесс в брюшной полости +
5. гельминты

103. К какому виду кишечной непроходимости относится заворот тонкой кишки:

1. обтурационной
2. странгуляционной +
3. динамической
4. спастической

104. При обследовании больного установлено: симптомы Цеге – Мантейфеля и Обуховской больницы положительны. Для какого вида непроходимости это характерно?

1. илеоцекальной инвагинации
2. обтурации опухолью восходящей кишки
3. заворота тонкой кишки
4. заворота сигмовидной кишки +

105. Наиболее информативным методом диагностики острой кишечной непроходимости является:

1. Обзорная рентгеноскопия брюшной полости +
2. Лапароскопия
3. Аортография
4. Гастроскопия

106. Лечение динамической кишечной непроходимости:

1. Только консервативное +
2. Только оперативное
3. Оперативное при отсутствии эффекта от консервативного
4. Лапароскопическое дренирование брюшной полости

107. Операция «аппендэктомия» при остром аппендиците противопоказана:

1. При аппендикулярном инфильтрате +
2. Остром инфаркте миокарда
3. Беременности 36-40 недель
4. Непереносимости новокаина
5. Нарушении свертываемости крови

108. Первичный гангренозный аппендицит развивается вследствие:

1. Тромбоза нижней брыжеечной вены
2. Стеноза устья подвздошно-ободочной артерии
3. Неспецифического артериита висцеральных ветвей аорты
4. Участия в воспалительном процессе бактериоидной инфекции
5. Тромбоза артерии червеобразного отростка +

109. Какой из симптомов острого аппендицита редко встречается у людей пожилого возраста?

1. Незначительная боль в правой подвздошной области
2. Высокая температура тела +
3. Мышечное напряжение в правой подвздошной области
4. Задержка стула
5. Умеренный лейкоцитоз

110. Оперативное вмешательство при остром аппендиците противопоказано в случае:

1. Образования аппендикулярного инфильтрата +
2. Беременности 36-38 недель
3. Декомпенсированного порока сердца
4. Острого инфаркта миокарда
5. Все перечисленное неверно

111. Для острого аппендицита не характерен симптом:

1. Ровзинга
2. Воскресенского
3. Мерфи +
4. Образцова
5. Бартомье-Михельсона

112. Специфическим для острого аппендицита является симптом:

1. Кохера-Волковича
2. Ровзинга
3. Ситковского
4. Все три симптома
5. Ни один из них +

113. К перитонеальным симптомам при остром аппендиците относят симптомы:

1. Воскресенского (синдром "рубашки")
2. Щеткина-Блюмберга
3. Раздольского
4. Все названные симптомы +
5. Ни один из них

114. Острый аппендицит следует дифференцировать со всеми перечисленными заболеваниями, кроме:

1. Гломерулонефрита +
2. Острого панкреатита
3. Острого аднексита
4. Острого гастроэнтерита
5. Правосторонней почечной коликой

115. Клинически острый аппендицит может быть принят:

1. За сальпингит
2. За острый холецистит
3. За дивертикулит Меккеля
4. За внематочную беременность
5. За любую из этих видов патологии +

116. Решающим в дифференциальной диагностике острого аппендицита с нарушенной внематочной беременностью является:

1. Симптом Кохера-Волковича
2. Симптом Промптова
3. Головокружение и обмороки
4. Бартомье-Михельсона симптом
5. Пункция заднего свода влагалища +

117. Для диагностики острого аппендицита используются методы:

1. Лапароскопия
2. Клинический анализ крови
3. Ректальное исследование
4. КТ
5. Все перечисленное верно +

118. Симптом Кохера-Волковича - это:

1. Усиление болей в правой подвздошной области при нанесении толчков в левой подвздошной области
2. Усиление болей в правой подвздошной области при напряжении в правой подвздошно-поясничной мышце
3. Усиление болей в правой подвздошной области в положении больного на левом боку
4. Усиление болей в правой подвздошной области при повороте больного на левый бок
5. Перемещение болей из эпигастральной области или верхней половины живота в подвздошную область +

119. Основным симптомом, позволяющим диагностировать тазовое расположение острого аппендицита:

1. Симптом Щеткина-Блюмберга
2. Симптом Ровзинга
3. Болезненность передней стенки прямой кишки при ректальном

Исследования +

4. Напряжение мышц в правой подвздошной области
5. Симптом Кохера – Волковича

120. Пилефлебит обычно является осложнением:

1. Прободной язвы желудка
2. Заворота тонкой кишки
3. Инфаркта тонкой кишки вследствие эмболии верхней брыжеечной артерии
4. Деструктивного аппендицита +
5. Распадающейся опухоли слепой кишки с явлениями параколического лимфаденита

121. Аппендикулярный инфильтрат обычно развивается:

1. В первые двое суток с момента заболевания
2. На 3-4 сутки с момента заболевания +
3. На 7-9 сутки с момента заболевания
4. В раннем периоде после аппендэктомии
5. В позднем периоде после операции аппендэктомии

122. У больного, 18 лет, на 7-й день после операции аппендэктомии развился абсцесс малого таза. Что вы предпримете?

1. Массивную антибиотикотерапию
2. Вскроете абсцесс нижнесрединным доступом и дренируете малый таз
3. Вскроете абсцесс через правую подвздошную область
4. Дренируете абсцесс через переднюю стенку прямой кишки +
5. Вскроете абсцесс правосторонним внебрюшным доступом

**123.** Флегмона забрюшинного пространства, как осложнение острого аппендицита, развивается при:

1. Переднем подпеченочном расположении червеобразного отростка
2. Местном перитоните в правой подвздошной области
3. Ретроперитонеальном расположении червеобразного отростка +
4. Медиальном расположении червеобразного отростка
5. Расположении червеобразного отростка латерально от слепой кишки

124. У больного 41 года в момент выполнения гастроскопии возникли резкие боли за грудиной. При осмотре через несколько часов: состояние пациента относительно удовлетворительное. Субфебрилитет. Пульс 98 уд в мин. Болезненный отек на шее, больше слева, там же крепитация. Наиболее вероятный диагноз:

1. Синдром Борхава
2. Синдром Мэллори-Вейсса
3. Синдром Мендельсона

4. Острый инфаркт миокарда
5. Инструментальный разрыв пищевода +

125. Содержимым параэзофагеальной грыжи чаще всего является:

1. Желудок +
2. Паракардиальный жир
3. Селезенка
4. Толстая кишка
5. Большой сальник

126. Основной способ диагностики пищевода Барретта:

1. Рентгенологический
2. УЗИ
3. Эндоскопический +
4. Физикальное исследование

127. При наличии пищевода Барретта основную опасность представляет:

1. Малигнизация +
2. Болевой синдром
3. Кровотечение
4. Перфорация
5. Стриктура

128. Дивертикул Ценкера расположен на:

1. На шее +
2. В переднем средостении
3. В заднем средостении
4. Под диафрагмой

129. Интермиттирующая и парадоксальная дисфагия характерна для:

1. Рака пищевода
2. Дивертикула пищевода
3. Пептической стриктуры
4. Кардиоспазма +

130. Самой частой причиной дисфагии является:

1. Дивертикул
2. Пептическая стриктура пищевода
3. Рак пищевода +
4. Кардиоспазм

131. Для выявления дивертикула пищевода показано:

1. Эзофагоманометрия

2. Медиасиноскопия
3. УЗИ
4. Рентгенологическое исследование +

132. Заболевание, для которого характерна сезонность обострения

1. хронический колит
2. хронический гепатит
3. цирроз печени
4. язвенная болезнь +

133. Основная причина возникновения язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки

1. переохлаждение, переутомление
2. хеликобактериальная инфекция +
3. физическая перегрузка, переохлаждение
4. вирусная инфекция, переохлаждение

134. Ранняя боль в эпигастральной области возникает после еды в течение

1. 30 минут после еды +
2. 2 часов после еды
3. 3 часов до еды
4. 4 часов до еды

135. Боли в эпигастральной области при язвенной болезни желудка обычно бывают

1. ранними +
2. поздними
3. ночными
4. голодными

136. При язвенной болезни желудка боль локализуется

1. в левой подреберной области
2. в левой подвздошной области
3. в правой подвздошной области
4. в эпигастральной области +

137. Основным симптомом язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки

1. метеоризм
2. отрыжка тухлым
3. боль в эпигастральной области +
4. понос

138. Основная жалоба при язвенной болезни 12-перстной кишки – это боль

1. ранняя
2. поздняя голодная, ночная +
3. "кинжальная"
4. опоясывающая

139. Самое частое осложнение язвенной болезни

1. кишечная непроходимость
2. кахексия
3. обезвоживание
4. желудочное кровотечение +

140. Патогномоничные признаки желудочного кровотечения

1. бледность, слабость
2. головная боль, головокружение
3. рвота "кофейной гущей", дегтеобразный стул +
4. тахикардия, снижение АД

141. Характер кала при желудочно-кишечном кровотечении

1. кровянистый
2. дегтеобразный +
3. обесцвеченный
4. жирный

142. Традиционная геморроидэктомия показана при:

1. 2 стадии хронического геморроя
2. Остром тромбозе внутреннего геморроидального узла
3. 3-4 стадии заболевания при неэффективности или невозможности применения малоинвазивных методик лечения +
4. Выделении алой крови каплями после каждой дефекации

143. Геморроидэктомия показана при:

1. Выпадение геморроидальных узлов 3 степени +
2. Болевом синдроме при дефекации
3. Выпадении геморроидальных узлов 1 степени
4. Анальном зуде

144. Для постановки диагноза геморроя достаточно:

1. Ректороманоскопии и осмотра заднего прохода
2. Колоноскопии и осмотра заднего прохода
3. Пальцевого исследования прямой кишки и осмотра заднего прохода +
4. Ирригоскопии и осмотра заднего прохода

145. Геморроидэктомия показана при:

1. Анальном зуде
2. Появлением боли во время дефекации
3. Обострении геморроя
4. Выпадении геморроидальных узлов 3 степени +

146. К типичным симптомам геморроя относят:

1. Частый жидкий стул, тенезмы, слизисто-кровянистые выделения, периодическое повышение температуры тела
2. Выделение алой крови при дефекации, увеличение геморроидальных узлов +
3. Постоянная боль в области заднего прохода, усиливающаяся после приема алкоголя и острой пищи, зуд анальной области
4. Неустойчивый стул, иногда с примесью крови, кал типа «овечьего»

147. Наиболее частой причиной хронических свищей прямой кишки является:

1. Перенесенный острый парапроктит +
2. Операции на анальном канале
3. Травма прямой кишки
4. Хронический геморрой

148. Чаще всего приводит к развитию парапроктита:

1. Геморрой
2. Повреждение слизистой оболочки прямой кишки при медицинских манипуляциях
3. Воспалительные заболевания органов, прилежащих к прямой кишке
4. Микротравмы слизистой оболочки прямой кишки +

149. К предраковым заболеваниям толстой кишки относят:

1. Геморрой
2. Дивертикулярная болезнь кишечника
3. Язвенный колит
4. Полипы кишечника +

150. Анальная трещина чаще расположена на \_\_\_\_\_ полуокружности анального канала:

1. Задней +
2. Передней
- 3.левой

#### 4. Правой

151. Хроническая анальная трещина характеризуется:

1. Сохранением болевого синдрома более 1 часа после дефекации
2. Наличием сторожевого бугорка, рубцовых краев +
3. Выраженным болевым синдромом без кровотечений
4. Размерами более 5 мм в длину

152. Повышен риск рака ободочной кишки у пациентов с:

1. Неспецифическим язвенным колитом
2. Гиперпластическими полипами
3. Аденоматозными полипами+
4. Болезнь Гиршпрунга

153. К облигатному предраку ободочной кишки относят:

1. Болезнь Крона
2. Одиночный полип сигмовидной кишки
3. Диффузный семейный полипоз +
4. Ювенильные полипы

154. При ирригоскопии выявлен воспалительный процесс в толстой кишке с неизменными зонами между участками поражения и отсутствие воспаления в прямой кишке. Вероятный диагноз?

1. Язвенный колит
2. Болезнь Гиршпрунга
3. Болезнь Крона +
4. Ишемический колит

155. Болезнь Гиршпрунга проявляется:

1. Упорными поносами
2. Упорными запорами +
3. Недержанием мочи
4. Недержанием кала

156. Наиболее достоверным методом диагностики болезни Гиршпрунга является:

1. Ирригоскопия
2. Пальцевое исследование прямой кишки
3. Трансанальная биопсия подслизистого слоя прямой кишки +
4. Колоноскопия

157. При каком заболевании толстой кишки отмечается аганглиоз в межмышечных сплетениях?

1. Болезнь Крона
2. Неспецифический язвенный колит
3. Болезнь Гиршпрунга +
4. Идиопатический мегаколон

158. Токсическая дилатация ободочной кишки при неспецифическом язвенном колите может осложниться:

1. Формированием дивертикулов
2. Перфорацией +
3. Кровотечением из прямой кишки
4. Острым аппендицитом

159. Самое частое осложнение дивертикулеза ободочной кишки:

1. Дивертикулит +
2. Кровотечение при дефекации
3. Перфорация сигмовидной кишки
4. Формирование параколического абсцесса

160. Показание к экстренной колоноскопии:

1. Дивертикулит ободочной кишки
2. Анемия
3. Кишечное кровотечение +
4. Подозрение на перфорацию толстой кишки

161. Наиболее достоверный метод диагностики дивертикулов ободочной кишки:

1. Колоноскопия
2. Пассаж бариевой взвеси по желудочно-кишечному тракту +
3. Исследование кала на скрытую кровь
4. Ирригоскопия

162. Дивертикулы чаще образуются в:

1. Пищеводе
2. Ободочной кишке +
3. Желудке
4. Тонкой кишке

163. Кал в виде «малинового желе» характерен для:

1. Инвагинации +

2. Желудочного кровотечения
3. Спастического колита
4. Дивертикулита

164. Дивертикулы толстой кишки чаще локализуются в:

1. Сигмовидной кишке +
2. Восходящем отделе толстой кишки
3. Нисходящем отделе толстой кишки
4. Поперечно ободочной кишке

165. Кишечная непроходимость наиболее часто встречается при раке \_\_\_\_\_ кишки:

- 1.левой половины ободочной +
2. правой половины ободочной
3. поперечной ободочной
4. прямой

166. Основным методом диагностики полипов ободочной кишки:

1. ультразвуковое исследование
2. ирригоскопия
3. колоноскопия +
4. пассаж бариевой взвеси по желудочно-кишечному тракту

167. Наиболее частая гистологическая форма рака ободочной кишки:

1. аденокарцинома +
2. солидный рак
3. плоскоклеточный рак
4. недифференцированный рак

168. Наиболее достоверный метод диагностики полипов ободочной кишки:

1. исследование кала на скрытую кровь
2. ирригоскопия
3. КТ органов брюшной полости
4. колоноскопия +

169. При болезни Гиршпрунга диагностического значения не имеет следующее исследование:

1. копрологическое исследование +
2. ирригоскопия
3. биопсия по Свенсону
4. исследование пассажа бария по кишечнику

170. К облигатным предракам ободочной кишки относятся:

1. одиночный полип ободочной кишки
2. терминальный илеит
3. диффузный семейный полипоз +
4. ювенильные полипы

171. Наименьшую склонность к малигнизации имеют:

1. ворсинчатые полипы ободочной кишки
2. гиперпластические полипы ободочной кишки +
3. аденоматозный полип ободочной кишки
4. множественные аденоматозные полипы ободочной кишки

172. При подозрении на трещину анального канала с какого метода исследования следует начать обследование пациента:

1. ректоскопия
2. ирригоскопия
3. КТ органов брюшной полости
4. пальцевое исследование прямой кишки +
5. колоноскопия

173. При каком заболевании пациент может жаловаться на кровотечение после акта дефекации в виде струйки или брызг по унитазу, периодический зуд области анального отверстия:

1. рак прямой кишки
2. полип прямой кишки
3. геморрой +
4. трещина анального канала

174. Жалобы на боли в анальной области после акта дефекации, незначительное кровотечение после стула, стулосты, хронические запоры соответствуют клинической картине:

1. рака прямой кишки
2. острого парапроктита
3. трещины анального канала +
4. геморроя

175. Предрасполагающим фактором в возникновении трещины анального канала является:

1. недостаточность сфинктера
2. криптит +
3. запор
4. хронический парапроктит

176. Для клинической картина параректального свища характерно:

1. Гнойное отделяемое из свища
  2. Выделение жидкого кала из свища
  3. Выделение газов из свища
  4. Все перечисленное +
177. Паллиативной операцией при раке анального канала является:
1. экстирпация прямой кишки
  2. Наложение противоестественного заднего прохода +
  3. операция Гартмана
  4. передняя резекция прямой кишки
178. С чего следует начать лечение при установленном диагнозе «Дивертикулит сигмовидной кишки»:
1. глюкокортикоиды
  2. колоноскопия
  3. сифонная клизма
  4. антибактериальная и инфузионная терапия +
179. У больной 27 лет выявлен семейный полипоз /аденоматоз/ ободочной и прямой кишки. Какое лечебное мероприятие прежде всего показано больной ?
1. цитостатическая терапия.
  2. рентгенотерапия.
  3. колопроктэктомия. +
  4. электрохирургическое удаление полипов.
180. Среди причин, предрасполагающих к возникновению острого парапроктита на первом месте стоит:
1. геморрой
  2. повреждение слизистой прямой кишки при медицинских манипуляциях
  3. микротравмы слизистой прямой кишки +
  4. огнестрельные ранения прямой кишки
181. Для хронического парапроктита наиболее характерным является?
1. гематурия
  2. наличие свищевого отверстия на коже промежности +
  3. выделение алой крови в конце акта дефекации
  4. боли внизу живота
182. Для исследования свищей прямой кишки не применяются:
1. КТ брюшной полости +
  2. пальцевое исследование прямой кишки
  3. прокрашивание свищевого хода и зондирование
  4. фистулография

183. Для геморроя наиболее типичны:

1. частый жидкий стул, тенезмы, слизисто-кровянистые выделения, периодическое повышение температуры тела
2. сильная боль после дефекации, выделение капель крови после нее, хронические запоры
3. неустойчивый стул, иногда с примесью крови, кал типа "овечьего"
4. выделение алой крови при дефекации, увеличение геморроидальных узлов +

184. Для трещины прямой кишки характерен следующий симптомокомплекс (выбор зависит от стадии):

1. Умеренная боль в анальной области, усиливающаяся в момент дефекации, провоцирующаяся приемом алкоголя и острых блюд, зуд анальной области, обильное кровотечение после акта дефекации
2. Чувство неполного освобождения при акте дефекации, лентовидный кал, окрашенный кровью, тенезмы, неустойчивый стул, выделения слизи, нередко однократной порции темной крови
3. Неустойчивый стул, чувство тяжести в тазовой области, кал обычной конфигурации, с темной или алой кровью, кал "овечьего" типа
4. Сильнейшая боль после акта дефекации, кровотечение в виде 2-3 капель крови после акта дефекации, стул обильный, хронические запоры +

185. Консервативная терапия при острой анальной трещине не предусматривает:

1. курс пробиотиков +
2. лечебные клизмы
3. снятие спазма сфинктера
4. применение местно средств, способствующих заживлению раневой поверхности

186. При остром тромбозе геморроидальных вен не используют:

1. анальгетики
2. антикоагулянты
3. пресакральную блокаду
4. склеротерапию +

187. Для подтверждения диагноза трещины анального прохода используется:

1. аноскопия +
2. измерение давления в прямой кишке
3. колоноскопия

#### 4. ректоскопия

188. Иссечение геморроидальных узлов противопоказано при:

1. выпадении узлов
2. проктосигмоидите
3. изъязвлении узлов
4. портальной гипертензии +

189. У больного сильнейшие боли в анальной области после акта дефекации, кровотечение в виде 2-3 капель крови после стула, боязнь стула, хронические запоры. Ваш предварительный диагноз?

1. геморрой
2. рак прямой кишки
3. острый парапроктит
4. трещина анального канала +

190. После удаления полипа 1,5x1,0 см, располагавшегося на высоте пальца по верхнему контуру зубчатой линии прямой кишки, выполнено гистологическое исследование. Гистологически полип является ворсинчатой аденомой с участком карциномы in situ. Какой ваш следующий шаг?

1. реэксцизия места биопсии с более широким отступом
2. брюшнопромежностная резекция
3. передняя резекция прямой кишки
4. никакого дальнейшего лечения не требуется, наблюдение +

191. Наиболее тяжелой формой острого парапроктита является:

1. ишиоректальный
2. ретроректальный
3. подслизистый
4. пельвиоректальный +

192. Наиболее распространено метастатическое поражение печени при:

1. Колоректальном раке +
2. Раке почки
3. Раке молочной железы
4. Меланоме

193. Здоровой женщине 62 лет проведена плановая колоноскопия. В нисходящей ободочной кишке обнаружено и удалено два ворсинчатых полипа длиной 1,3 см на широком основании. Каким должен быть следующий шаг?

1. Назначение повторной колоноскопии через 3 месяца

2. Назначение повторной колоноскопии через 3 года
3. Назначение повторной колоноскопии через 10 лет +
4. КТ брюшной полости

194. При лечении неспецифического язвенного колита не применяют препараты:

1. антибиотики
2. слабительные +
3. витамины
4. иммунодепрессанты

195. К облигатным предракам ободочной кишки относят:

1. ювенильные полипы
2. одиночный полип ободочной кишки
3. регионарный энтерит
4. диффузный семейный полипоз +

196. Большую склонность к малигнизации имеют полипы толстой кишки:

1. гиперпластические
2. ворсинчатые
3. аденоматозные +
4. индекс малигнизации одинаков во всех случаях

197. 46-летняя пациентка с болезнью Крона интересуется, когда может возникнуть необходимость в хирургическом вмешательстве со стороны ее заболевания. Какое из нижеперечисленных состояний является показанием к немедленной лапаротомии?

1. кишечная непроходимость
2. кишечнопузырный свищ
3. подвздошно-ободочный свищ
4. перфорация кишки +

198. Причиной развития мегаколон при болезни Гиршпрунга является

1. функциональный мышечный спазм,
2. хронический васкулит,
3. воспалительная деструкция ганглионарных клеток толстой кишки +
4. стеноз толстой кишки вследствие рубцового процесса

199. Грыжевыми воротами бедренной грыжи является:

1. Медиальная паховая ямка

2. Латеральная паховая ямка
3. Сосудистая лакуна медиальнее бедренной вены +
4. Влагалищный отросток брюшины

200. При ущемленной грыже передней брюшной стенки показано:

1. Наблюдение в хирургическом стационаре
2. Введение спазмолитиков
3. Аккуратное вправление грыжевого выпячивания
4. Экстренная операция +