

**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  
им. Н.В.Склифосовского  
Кафедра факультетской хирургии №2 им. Г.И.Лукомского**

**Методические материалы по дисциплине:  
Факультетская хирургия**  
основная профессиональная образовательная программа высшего  
профессионального образования – программа специалитета  
факультетская хирургия

## Тестовые задания для прохождения промежуточной аттестации

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. Основным методом диагностики холелитиаза:
1. Ультразвуковое исследование
  2. Эзофагогастроуденоскопия
  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-Эллисона:

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 невривимости 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  $\text{per os BaSO}_4$
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. Участвия в воспалительном процессе бактериальной 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 эпигастриальной 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. Медиастиноскопия
3. УЗИ
4. Рентгенологическое исследование +

132. Заболевания, 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. Семейным диффузным полипозом

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, стул обоязнь, 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. резекция 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 +

201. Задней стенкой пахового канала является:

1. Паховая связка
2. Апоневроз наружной косой мышцы живота
3. Поперечная фасция +
4. Влагалищный отросток брюшины

202. Передней стенкой пахового канала является:

1. Паховая связка
2. Апоневроз наружной косой мышцы живота +
3. Поперечная фасция
4. Влагалищный отросток брюшины

203. К элементам наружной грыжи живота не относится:

1. Грыжевой мешок
2. Грыжевое содержимое
3. Ворота грыжи
4. Кожа и подкожная клетчатка +

204. Грыжевой мешок врожденной паховой грыжи:

1. Париетальная брюшина
2. Поперечная фасция
3. Влагалищный отросток брюшины +
4. Висцеральная брюшина

205. Симптомом ущемленной грыжи не является:

1. Резкая болезненность грыжевого выпячивания
2. Невправимость грыжи
3. Отрицательный симптом «кашлевого толчка»
4. Положительный симптом «кашлевого толчка» +

206. Что такое Рихтеровское ущемление?

1. Ущемление тонкой кишки
2. Ущемление сигмовидной кишки
3. Пристеночное ущемление +
4. Ретроградное ущемление

207. Какой признак будет отсутствовать при Рихтеровском ущемлении?

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

208. Тактика при самопроизвольном вправлении ущемленной грыжи:

1. Экстренная срединная лапаротомия
2. Экстренная лапароскопия
3. Госпитализация и наблюдение +
4. Экстренное грыжесечение

209. Показанием к операции при самопроизвольном вправлении грыжи является:

1. Появление дизурических явлений
2. Появление перитонеальных симптомов +
3. Появление дизурических явлений
4. Лихорадка

210. Прямую паховую грыжу характеризует слабость \_\_\_\_\_ стенки пахового канала

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

211. При ущемлении грыжи у больного с острым инфарктом миокарда показано:

1. Введение спазмолитиков
2. Экстренная операция +
3. Вправление грыжи
4. Наблюдение, холод на живот

212. Наличие яичка в грыжевом мешке характерно для:

1. Прямой паховой грыжи
2. Врожденной грыжи +

3. Скользящей грыжи
  4. Бедренной грыжи
213. Для врожденной паховой грыжи характерно:
1. Может быть прямой
  2. Яичко находится в грыжевом мешке +
  3. Появляется в раннем детском возрасте
  4. Не ущемляется
214. Фактором, предрасполагающим к возникновению грыжи, является:
1. Длительный кашель
  2. Хронические запоры
  3. Быстрое похудание +
  4. Тяжелый физический труд
215. К производящим факторам возникновения грыжи брюшной стенки относится:
1. Наследственность
  2. Частые роды +
  3. Возраст пациента
  4. Затрудненное мочеиспускание
216. Что Вы порекомендуете пациенту с грыжей брюшной стенки?
1. Ношение бандажа
  2. Ограничение физических нагрузок
  3. Занятия лечебной физкультурой
  4. Хирургическое лечение +
217. Что является критерием скользящей грыжи?
1. Расположение в грыжевом мешке червеобразного отростка
  2. Одной из стенок грыжевого мешка является мезоперитонеально расположенный орган +
  3. Невправимость грыжи
  4. Расположение грыжевого мешка в элементах семенного канатика
218. Пластика грыжевых ворот по Лихтенштейну – это:
1. Аутопластика
  2. Пластика «с натяжением»
  3. Пластика «без натяжения» +
  4. Пластика местными тканями без вскрытия грыжевого мешка
219. Пластика грыжевых ворот по Бассини – это:
1. Аллопластика
  2. Пластика задней стенки пахового канала «с натяжением» +
  3. Пластика задней стенки пахового канала «без натяжения»
  4. Пластика передней стенки пахового канала
220. Нижней стенкой пахового канала является:

1. Паховая связка +
2. Апоневроз наружной косой мышцы живота
3. Поперечная фасция
4. Нависающие края внутренней косой и поперечной мышц живота

221. Не является признаком косой паховой грыжи:

1. Грыжевой мешок расположен в элементах семенного канатика
2. Выходит через медиальную паховую ямку +
3. Грыжевой мешок может опускаться в мошонку
4. Выходит через латеральную паховую ямку

222. Бедренная грыжа чаще встречается:

1. У мужчин
2. У детей
3. У женщин +
4. У пациентов с ожирением

223. Бедренный канал формируется:

1. В мышечной лакуне
2. В сосудистой лакуне +
3. Между ножками подвздошно-гребешковой связки
4. Позади глубокого листка широкой фасции

224. Экстренная операция показана при:

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

225. Грыжевыми воротами при бедренной грыже является:

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

226. Показанием к операции при самопроизвольном вправлении ущемленной грыжи является:

1. Появление симптомов перитонита +
2. Лихорадка
3. Ущемление грыжи в анамнезе
4. Появление дизурических явлений

227. К послеоперационным факторам, способствующим образованию послеоперационной вентральной грыжи, относится:



1. Ожирение
2. Раневая инфекция +
3. Сахарный диабет
4. Ранняя активизация после операции

228. Признаком неврправимой грыжи не является:

1. Мягко-эластическая консистенция грыжевого выпячивания
2. Незначительная болезненность
3. Положительный симптом «кашлевого толчка»
4. Отрицательный симптом «кашлевого толчка» +

229. В формировании скользящей грыжи могут участвовать:

1. Сигмовидная и нисходящая кишка
2. Тощая и подвздошная кишка
3. Слепая кишка и мочевой пузырь +
4. Большой сальник

230. Тимпанит над грыжевым выпячиванием позволяет заподозрить ущемление:

1. Петли тонкой кишки +
2. Большого сальника
3. Мочевого пузыря
4. Аппендикса

231. Признаком жизнеспособности ущемленной кишки является:

1. Наличие газа в приводящей петле
2. Неизменный серозный покров кишки
3. Наличие перистальтики +
4. Наличие жидкости в отводящей петле

232. Признаком жизнеспособности ущемленной кишки является:

1. Наличие газа в приводящей петле
2. Неизменный серозный покров кишки
3. Отчетливая пульсация сосудов брыжейки +
4. Отсутствие странгуляционной борозды

233. К признакам жизнеспособности ущемленной кишки не относится:

1. Отчетливая пульсация сосудов брыжейки
2. Наличие перистальтики
3. Неизменный цвет кишки
4. Отсутствие странгуляционной борозды +

234. При ущемлении паховой грыжи чаще всего в грыжевом мешке обнаруживают:

1. Большой сальник

2. Петлю тонкой кишки +
  3. Мочевой пузырь
  4. Червеобразный отросток
235. Самая частая грыжа:
1. Бедренная
  2. Паховая +
  3. Белой линии живота
  4. Пупочная
236. К внутренним грыжам относится:
1. Паховая грыжа
  2. Бедренная грыжа
  3. Послеоперационная грыжа
  4. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы +
237. К внутренним грыжам относится:
1. Паховая грыжа
  2. Бедренная грыжа
  3. Грыжа запирающего отверстия +
  4. Послеоперационная грыжа
238. Противопоказание для планового грыжесечения:
1. Перенесенный год назад острый инфаркт миокарда
  2. Первый триместр беременности
  3. Острое инфекционное заболевание +
  4. Возраст старше 80 лет
239. Симптом ущемленной грыжи:
1. Дизурия
  2. Тимпанит над грыжевым выпячиванием
  3. Сильная боль в области выпячивания и его невосприимчивость +
  4. Притупление перкуторного звука над выпячиванием
240. Пластику передней стенки пахового канала можно выполнить:
1. У детей
  2. У женщин +
  3. В случае прямой паховой грыжи
  4. При неущемленной грыже
241. Признак, указывающий на нежизнеспособность ущемленной кишки:
1. Отсутствие пульсации сосудов брюшной стенки +
  2. Спавшаяся отводящая петля
  3. Вялая перистальтика
  4. Мутная грыжевая вода
242. При невосприимчивой грыже рекомендуется:
1. Ношение бандажа

2. Физиотерапевтические процедуры
3. Плановое грыжесечение +
4. Экстренная операция

243. Герниопластику при пупочной грыже выполняют по способу:

1. Мейо +
2. Бассини
3. Жирара
4. Кимбаровского

244. Признаком ущемления грыжи не является:

1. Острое начало
2. Внезапная невосприимчивость грыжи
3. Лихорадка +
4. Резкая боль в области выпячивания

245. Больной с ущемленной паховой грыжей поступил на 3 сутки от начала заболевания, температура 39 гр., гиперемия, инфильтрация и отек мошонки. Какое осложнение наблюдается у больного?

1. Водянка яичка
2. Флегмона грыжевого мешка +
3. Острый орхит
4. Некроз яичка

246. Какая стенка пахового канала ослаблена при прямой паховой грыже:

1. Передняя
2. Задняя +
3. Верхняя
4. Нижняя

247. Признак, нехарактерный для косой паховой грыжи:

1. Грыжевое выпячивание имеет овальную форму
2. Грыжевое выпячивание может опускаться в мошонку
3. Грыжа может быть скользящей +
4. Грыжа может быть врожденной

248. При определении жизнеспособности ущемленной кишки следует ориентироваться на:

1. Наличие выпота в брюшной полости
2. Состояние отводящей петли
3. Пульсацию сосудов брыжейки +
4. Наличие странгуляционных борозд

249. Отличие операции при ущемленной грыже от планового грыжесечения:

1. Методика вмешательства одинакова
2. Вначале рассекается ущемляющее кольцо
3. Вначале вскрывается грыжевой мешок +

4. Заканчивается одинаковой пластикой грыжевых ворот
250. Для прямой паховой грыжи характерно:
1. Может быть врожденной +
  2. Может быть скользящей
  3. Выходит через медиальную паховую ямку
  4. Грыжевой мешок расположен вне элементов семенного канатика
251. Какой метод облегчает дифференцировку пахово-мошоночной грыжи и водянки яичка?
1. Пальпация
  2. Трансиллюминация +
  3. Пункция
  4. Аускультация
252. При ущемленной грыже, независимо от состояния больного, показано:
1. Антибиотики и строгий постельный режим
  2. Спазмолитики
  3. Экстренная операция +
  4. Наблюдение в условиях хирургического стационара
253. Влагалищный отросток брюшины является грыжевым мешком:
1. Пупочной грыжи
  2. Приобретенной кривой паховой грыжи
  3. Грыжи спигелиевой линии
  4. Врожденной кривой паховой грыжи +
254. При сочетании у пациента аденомы предстательной железы и паховой грыжи показано:
1. Сначала аденомэктомия, затем грыжесечение +
  2. Сначала грыжесечение, затем аденомэктомия
  3. Хирургическое лечение не показано, наблюдение уролога
  4. Ношение бандажа
255. В паховом канале у мужчины проходит:
1. Круглая связка
  2. Семенной канатик +
  3. Подвздошно-паховый нерв
  4. Бедренная вена
256. В паховом канале у женщины проходит:
1. Подвздошно-паховый нерв
  2. Круглая связка +
  3. Бедренная вена
  4. Связка Купера
257. Почему нельзя рассекать ущемляющее кольцо до вскрытия грыжевого мешка?

1. Неудобно для дальнейшей пластики грыжевых ворот
2. Есть риск травмирования содержимого грыжевого мешка
3. Чтобы исключить ускользание содержимого грыжевого мешка в брюшную полость +
4. Чтобы исключить попадание грыжевой воды в брюшную полость

258. Какой стенкой пахового канала является поперечная фасция?

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

259. С чем чаще всего приходится дифференцировать пупочную грыжу?

1. С кистой урахуса
2. С омфалитом
3. С предбрюшинной липомой +
4. С метастазом

260. Как часто встречается грыжа спигелиевой линии из числа всех наружных грыж?

1. В 2-3% случаев
2. Менее 1% случаев б+
3. В 8-10% случаев
4. В 15% случаев

261. Грыжа Майдля – это:

1. Вид калового ущемления
2. Ущемление аппендикса +
3. Ретроградное ущемление
4. Ущемление Меккелева дивертикула

262. Какой признак будет отсутствовать при ложном ущемлении?

1. Невправимость грыжевого мешка
2. Резкая боль в области грыжи
3. Отрицательный симптом «кашлевого толчка» +
4. Увеличение грыжевого мешка в объеме

263. Клиническая картина «ложного» ущемления может возникнуть при:

1. Ущемлении скользящей грыжи
2. Остром аппендиците, перитоните +
3. Ущемлении Меккелева дивертикула
4. Врожденной кривой паховой грыже

264. О жизнеспособности ущемленной кишки говорит:

1. Кровоизлияния под серозной оболочкой

2. Наличие жидкости и газа в приводящей кишке
3. Наличие перистальтики и пульсации сосудов брыжейки +
4. Отсутствие странгуляционных борозд

265. Согласно классификации, 2-3 анатомические области передней брюшной стенки занимает послеоперационная вентральная грыжа:

1. Малая
2. Средняя
3. Обширная +
4. Гигантская

266. Прямая паховая грыжа:

1. Расположена ниже паховой связки
2. Имеет овальную форму
3. Выходит через медиальную паховую ямку +
4. Расположена в элементах семенного канатика

267. Наиболее часто приводит к формированию послеоперационной грыжи:

1. Вертикальный лапаротомный доступ
2. Лапароскопический доступ
3. Косой лапаротомный доступ +
4. Трансвагинальный доступ

268. Грыжа не бывает:

1. Наружной
2. Ныряющей +
3. Врожденной
4. Внутренней

269. Для профилактики образования послеоперационной вентральной грыжи, дренаж после операции необходимо выводить через:

1. Нижнюю треть операционной раны
2. Контрапертуру на брюшной стенке +
3. Отступив 2-3 см от операционной раны
4. Верхний угол операционной раны

270. Самая распространенная операция в абдоминальной хирургии:

1. Аппендэктомия
2. Резекция желудка
3. Грыжесечение +
4. Резекция ободочной кишки

271. Операция грыжесечения составляет \_\_\_\_\_% от всех абдоминальных операций:

1. 5-10 %
2. 10-20 % +
3. 2-4 %

4. 9-13%

272. В чем отличие эвентрации от грыжи?

1. Всегда невривима
2. Выпавшие органы не покрыты брюшиной +
3. Может быть послеоперационной
4. Возможно ущемление

273. К внутренним грыжам живота относится:

1. Грыжа Литтре
2. Грыжа Шморля
3. Грыжа Ларрея +
4. Грыжа Рихтера

274. Окончательный диагноз при грыже пищеводного отверстия диафрагмы устанавливается при:

1. Эзофагогастродуоденоскопии
2. Рентгенологическом контрастном исследовании +
3. Ультразвуковом исследовании
4. Ангиографии

275. Грыжа не бывает:

1. Врожденной
2. Наружной
3. Маловправимой +
4. Внутренней

276. Назовите типичную локализацию перфорантных вен Коккетта?

1. латеральная поверхность верхней трети голени
2. сафено-фemorальное соустье
3. В. медиальная поверхность бедра
4. Г. область коленного сустава
5. медиальная поверхность голени +

277. Неосложненная форма варикозной болезни нижних конечностей характеризуется?

1. наличием расширенных вен на нижних конечностях +
2. спастическими болями в конечностях или «перемежающей хромотой»
3. выраженными отеками нижних конечностей

4. наличием трофических изменений кожи

278. Лечебная тактика у пациентов с варикозной болезнью, в первую очередь, определяется?

1. выраженностью варикозного синдрома
2. размерами перфорантных вен
3. желанием пациента
4. наличием и протяженностью рефлюкса по данным УЗИ +
5. выраженностью болевого синдрома

279. Для остановки кровотечения из варикозных вен необходимо:

1. наложить давящую повязку +
2. опустить вниз нижнюю конечность
3. выполнить экстренную флебэктомию
4. ввести гемостатический препарат

280. Какие лечебные меры наиболее важны после операции флебэктомии?

1. постоянная эластическая компрессия нижних конечностей
2. длительный постельный режим
3. ранняя активизация пациента +
4. обязательное назначение антикоагулянтной терапии
5. наркотические анальгетики

281. Осложнением флеботромбоза нижних конечностей является:

1. инфаркт почки
2. асептический некроз головки бедренной кости
3. тромбоэмболия брыжеечных сосудов;
4. эмбологенная окклюзия подколенной артерии;
5. тромбоэмболия легочной артерии. +

282. Возникновению подвздошно-бедренного флеботромбоза способствует:

1. лейкоцитарная агрессия
2. стойкий спазм сосудов
3. гиперкоагуляционное состояние крови +
4. высокое артериальное давление



5. анемия неясного генеза

283. Выберите оптимальный метод топической диагностики тромботического процесса у пациента 35 лет при подозрении на острый тромбоз глубоких вен левой голени

1. МСКТ-флебография
2. флебосцинтиграфия
3. восходящей дистальной функциональной флебографии
4. дуплексное ангиосканирование +
5. флеботонометрия

284. У пациента 49 лет, перенесшего резекцию желудка по поводу рака, с помощью ретроградной илиокавографии выявлен флотирующий тромб в инфраренальном сегменте нижней полой вены. Предложите метод хирургической профилактики тромбоэмболии легочной артерии в данном случае

1. имплантация зонтичного кава-фильтра +
2. перевязка нижней полой вены
3. пликация нижней полой вены механическим швом
4. пликация нижней полой вены пластмассовой клеммой
5. тромбэктомия из нижней полой вены

285. Укажите фактор, достоверно способствующий процессу тромбообразования в венах

1. снижение регионарного перфузионного давления
2. наличие врожденных артерио-венозных шунтов
3. гиперкоагуляция +
4. нарушение ритма сердечных сокращений

286. Укажите наиболее опасное осложнение тромбоза глубоких вен нижних конечностей

1. трофическая язва голени
2. эмболия легочной артерии +

3. флебит варикозных узлов
4. облитерация глубоких вен
5. слоновость (лимфостаз) конечности

287. Основная задача эластической компрессии при лечении ХВН нижних конечностей:

1. профилактика лимфостаза
2. профилактика тромбоза глубоких вен
3. устранение «сосудистых звездочек»
4. коррекция венозной гипертензии +

288. Положительная проба Мозеса характерна для

1. лимфостаза н/конечностей
2. острой артериальной непроходимости н/конечностей
3. тромбоза плечевой артерии
4. тромбоза подколенной вены +
5. хронической окклюзии бедренной вены

289. Варикозное расширение вен нижних конечностей имеет

1. врожденное происхождение - ангиодисплазия
2. врожденное происхождение - артерио-венозные свищи
3. приобретенное происхождение - компенсация недостаточности глубокой венозной системы
4. полиэтиологическое происхождение, где слабость венозной стенки играет очень важную роль +
5. невыясненную этиологию

290. В классификации варикозного расширения вен следует выделять

1. первичный варикоз
2. вторичный варикоз
3. стадии компенсации и декомпенсации
4. наличие трофических расстройств
5. все перечисленное +

291. Показанием к оперативному лечению при варикозной болезни является

1. боли в нижней конечности к концу дня
2. появление отеков на нижней конечности +
3. трофические расстройства на конечности (кроме язв)
4. косметические дефекты из-за варикозного расширения вен
5. все перечисленное

292. Патопфизиология венозной гемодинамики при посттромботической болезни, в первую очередь, связана:

1. с наличием варикозного расширения поверхностных вен
2. с патологическим сбросом венозной крови из глубокой венозной системы в поверхностную сеть
3. с развитием стойкой венозной гипертензии в нижней конечности +
4. с разрушением клапанов коммуникативных вен
5. атрофией мышц пораженной н/конечности

293. Наиболее частой причиной синдрома верхней полой вены является

1. первичный тромбоз верхней полой вены
2. злокачественные опухоли средостения и бронхолегочный рак +
3. внутригрудинные доброкачественные опухоли
4. травма грудной клетки
5. все перечисленное с одинаковой частотой

294. В клинической картине синдрома верхней полой вены важную роль играет

1. венозный застой в поверхностных и глубоких венах туловища и верхних конечностей

2. венозный застой в головном мозгу
3. симптоматика основного заболевания
4. нарушение сердечной гемодинамики
5. все перечисленное +

295. Синдром Педжета - Шреттера - это

острый венозный тромбоз подключично-подмышечного сегмента +

хроническая венозная недостаточность после острого венозного тромбоза  
подключично-подмышечного сегмента

острый тромбоз бассейна верхней полой вены

посттромбофлебитический синдром верхних конечностей

данный синдром не относится к венозной патологии

296. Клиническая картина болезни Педжета - Шреттера включает

1. прогрессирующий отек конечности
2. сильные боли в конечности и цианоз кожи
3. видимое развитие подкожных коллатералей
4. все перечисленное +

297. При циррозе печени чаще развивается

1. внутрипеченочная форма венозного портального блока +
2. надпеченочная форма венозного портального блока
3. подпеченочная форма портального блока
4. смешанная форма портального блока

298. Повышение давления в воротной вене ведет к развитию коллатерального  
кровообращения

1. в системе вен желудка
2. в венозном сплетении пищевода
3. в прямокишечных венах
4. в системе подкожных вен передней брюшной стенки

5. во всех перечисленных системах +

299. Наиболее распространенной операцией при неосложненной варикозной болезни нижних конечностей является:

1. клеевая облитерация подкожных вен
2. комбинированная флебэктомия
3. эндовазальная лазерная коагуляция +
4. операция Фельдера

300. К технологиям термической абляции несостоятельных подкожных вен при варикозной болезни относится:

1. радиочастотная абляция +
2. микропенное склерозирование
3. аргоно-плазменная коагуляция
4. воздушно-плазменная коагуляция

301. Хроническую ишемию нижних конечностей наиболее часто вызывает

1. неспецифический аортоартериит
2. ангиодисплазии
3. облитерирующий атеросклероз +
4. аневризма подколенной артерии

302. Заболевания, с которыми необходимо дифференцировать облитерирующий тромбангиит

1. болезнь Рейно
2. ревматизм
3. диабетическая макроангиопатия нижних конечностей +
4. ревматоидный артрит

5. неспецифический аортоартериит

303. В остром периоде неспецифического аортоартериита основной вид лечения

1. баллонная ангиопластика и стентирование сосуда
2. поясничная симпатэктомия
3. шунтирующие вмешательства
4. консервативное лечение +
5. «высокая» ампутация пораженной нижней конечности

304. Пульс-терапия используется для лечения

1. облитерирующего тромбангиита +
2. болезни Рейно
3. облитерирующего атеросклероза
4. неспецифического аортоартериита
5. фиброзно-мышечной дисплазии

305. Противопоказания к выполнению эндартерэктомии при стено-окклюзионных поражениях магистральных артерий нижних конечностей

1. стеноз магистральной артерии более 60%
2. многоэтажные и протяженные стенозы магистральных артерий +
3. кальциноз сосудистой стенки
4. выраженный перипроцесс
5. критическая ишемия нижней конечности

306. Гемодинамически значимый стеноз - это сужение просвета магистральной артерии нижних конечностей

1. более 40%
2. менее чем на 90%
3. более 60-65% +
4. на 50%

5. более 30%

307. При решении вопроса о тактике лечения пациента трудоспособного возраста с тяжелой ишемией нижней конечности оптимальными являются следующие методы исследования

1. сфигмография и определение ЛПИ
2. термография + транскутанная оксиметрия стопы
3. ультразвуковое ангиосканирование +
4. реовазография

308. При быстро прогрессирующей влажной гангрене стопы на почве облитерирующего атеросклероза необходимо

1. произвести множественные дренирующие разрезы кожи стопы
2. выполнить поэтажное шунтирование магистральных артерий нижних конечностей
3. срочно произвести ампутацию нижней конечности на уровне бедра +
4. продолжить консервативное лечение, направленное на перевод влажной гангрены в сухую
5. назначить массивную антибактериальную и тромболитическую терапию

309. При облитерирующем тромбангите с окклюзией всех магистральных артерий голени, но при хороших компенсаторных возможностях коллатералей, методом выбора является

1. консервативная терапия +
2. первичная ампутация голени
3. операция бедренно-подколенного шунтирования
4. операция бедренно-стопного шунтирования
5. поясничная симпатэктомия

310. При хирургическом лечении критической ишемии обеих нижних конечностей, обусловленной синдромом Лериша, лучшим способом считается

1. поясничная симпатэктомия
2. тромбэктомия катетером Фогарти
3. транслюминальная баллонная ангиопластика
4. бифуркационное аорто-бедренное шунтирование +

311. Для операции эмболэктомии при острых артериальных тромбозах целесообразнее использовать

1. баллонный катетер Фогарти +
2. баллонный катетер Рамкинда
3. интрадьюссер фирмы «Балтон»
4. верно все вышеперечисленное

313. Регионарная ишемия конечностей может проявляться

1. гипермией
2. отсутствием пульсации +
3. изменением объема
4. отеком

314. Типичный синдром Марфана включает

1. высокий рост
2. длинные конечности
3. подвывих хрусталика
4. "паукообразные" пальцы
5. все перечисленное +

**315. Рентгенологические** признаки аневризмы грудной аорты включают

1. расширение тени сосудистого пучка вправо +
2. ателектаз левого легкого



3. высокое стояние правого купола диафрагмы
4. смещение желудка вниз

316. По форме аневризмы грудной аорты могут быть

1. мешковидные +
2. диффузные
3. цилиндрические
4. S-образные

317. Аневризма брюшной аорты - это расширение аорты

1. на 2 см
2. в 4,0 раза
3. не менее, чем в 2 раза +
4. не менее, чем в 3 раза

318. Аневризма брюшной аорты размерами более 5 см является причиной гибели в результате разрыва в срок до 5 лет

1. 20% больных
2. 50% больных +
3. 70% больных
4. 90% больных

319. При коарктации аорты пульсация межреберных артерий

1. усилена +
2. не определяется
3. ослаблена
4. без особенностей

320. Показанием к оперативному лечению при коарктации аорты является

1. сам диагноз коарктации аорты

2. коарктация аорты в раннем детском возрасте при наличии высокой гипертензии и частых приступах сердечной декомпенсации +
3. задержка общего развития ребенка
4. дилатация левых камер сердца

321. Операцией выбора при коарктации аорты является

1. резекция с анастомозом конец в конец
2. резекция с протезированием экплантатом
3. прямая истмопластика
4. шунтирование экплантатом
5. вид операции зависит от возраста больного и вида коарктации аорты +

321. Причиной окклюзии брюшной аорты является

1. атеросклероз
2. неспецифический аортоартериит
3. постэмболические окклюзии
4. травматический тромбоз
5. все перечисленное

322. Критерием для определения показаний к оперативному лечению при окклюзии брюшной аорты является появление перемежающейся хромоты при ходьбе на расстояние

1. менее 1 км
2. более 200 м
3. менее 200 м +
4. не более 25 м
5. до 50 м

323. Наиболее частым вариантом реконструкции при поражении брюшной аорты является

1. аорто-бедренное шунтирование +

2. аорто-бедренное протезирование
3. экстраанатомическое шунтирование
4. эндартерэктомия из аорты
5. тромбэмболэктомия из аорты

324. Наиболее часто поражение экстракраниальных артерий определяет

1. атеросклероз +
2. неспецифический аортоартериит
3. экстравазальные компрессии
4. сифилис
5. все перечисленное

325. Атеросклеротическое поражение в бассейне сонной артерии чаще локализуется

1. в устье наружной сонной артерии
2. в интракраниальных отделах сонной артерии
3. в проксимальном участке сонной артерии
4. в области бифуркации общей сонной артерии +
5. В зоне отхождения верхней щитовидной артерии

326. Синдром подключичного обкрадывания связан с окклюзией

1. проксимального сегмента общей сонной артерии
2. бифуркации сонной артерии
3. брахиоцефального ствола
4. проксимального сегмента подключичной артерии +
5. всех перечисленных сосудов

327. При синдроме подключичного обкрадывания кровотока направлен из бассейна

1. подключичной артерии в бассейн сонной артерии
2. сонной артерии в бассейн контралатеральной сонной артерии
3. сонной артерии в бассейн контралатеральной подключичной артерии
4. verteбральной артерии в бассейн сонной артерии
5. verteбральной артерии в бассейн подключичной артерии +

328. Транзиторная ишемическая атака - это

1. возникновение очаговой неврологической симптоматики после физической нагрузки
2. полный регресс очаговой неврологической симптоматики через 2 недели после ее возникновения
3. полный регресс очаговой неврологической симптоматики через 1 неделю после ее возникновения
4. полный регресс очаговой неврологической симптоматики через 24 часа после ее возникновения +
5. регресс неврологической симптоматики с незначительным дефицитом в сроки до 2 недель

329. Среди неинвазивных методов диагностики поражений

экстракраниальных артерий в настоящее время наиболее информативным является

1. электроэнцефалография
2. реоэнцефалография
3. компрессионный спектральный анализ электроэнцефалографии
4. реовазография
5. ультразвуковое сканирование +

330. Показанием к оперативному лечению при синдроме хронической абдоминальной ишемии является

1. прогрессирующее снижение веса

2. жалобы на боли в животе после приема пищи
3. ангиографическая картина поражения висцеральных артерий
4. жалобы на боли в животе, снижение веса и наличие стенозов или окклюзий висцеральных артерий +
5. все перечисленное

331. При множественном атеросклеротическом поражении чревного ствола верхней брыжеечной артерии и левой почечной артерии операцией выбора является

1. протезирование артерий эксплантатом от аорты
2. протезирование бифуркационным протезом и эндартерэктомия
3. трансартериальная эндартерэктомия из указанных артерий
4. трансаортальная эндартерэктомия из устьев всех артерий с использованием единой аортотомии +
5. пластика заплатой из эксплантата аорты после эндартерэктомии из устьев артерий

332. Из функциональных методов исследования кровотока почек наиболее информативным является

1. внутривенная урография
2. пневморетроперитонеография
3. ренография
4. сцинтиграфия почек +
5. реоренография

333. При облитерирующем тромбангите характерно поражение

1. подвздошно-бедренного сегмента
2. бедренно-подколенного сегмента
3. артерий голени и стопы +
4. всего артериального русла нижних конечностей

5. наружной сонной артерии

334. Патологический процесс при облитерирующем эндартериите начинается

1. в интимае артерий
2. в меди артерий
3. в адвентиции артерий +
4. диффузно во всех слоях артерий

335. При проведении рентгеноконтрастной ангиографии у пациента с облитерирующим тромбангиитом необходимо исследование:

1. бедренно-подколенного сегмента
2. общей бедренной артерии, глубокой артерии бедра и подколенной артерии
3. аорто-подвздошного сегмента, бедренно-подколенного сегмента и артерий стопы в 2 проекциях
4. подколенной артерии и всех артерий голени
5. аорто-подвздошно-бедренно-подколенного сегмента, артерий голени и стопы в 2 проекциях в условиях "реактивной гиперемии" +

336. Консервативное лечение при облитерирующем эндартериите должно включать

1. сосудорасширяющие препараты
2. сосудорасширяющие препараты; препараты, улучшающие микроциркуляцию
3. лазерное облучение крови и пораженной зоны
4. гемосорбцию и плазмаферез
5. сосудорасширяющие препараты; препараты, улучшающие микроциркуляцию, лазерное облучение крови, плазмаферез +

337. Консервативное лечение больных с облитерирующим эндартериитом следует проводить

1. в течение 1 месяца - 1 раз в год
2. круглогодично – особенно при манифестации болезни
3. как правило, в стадии обострения
4. 2 раза в год курсами - по 1 месяцу в стационаре при поддерживающей терапии круглогодично +
5. сезонную терапию (весна – осень)

338. Наиболее часто у больных с облитерирующим эндартериитом выполняется

1. бедренно-подколенное шунтирование
2. реконструкция глубокой артерии бедра
3. эндартерэктомия из поверхностной бедренной артерии
4. бедренно-тибиальное шунтирование и симпатэктомия +
5. все перечисленное

339. Реконструкцию каротидного бассейна у больных, перенесших острый ишемический инсульт, целесообразно выполнять через

1. 1 неделю
2. 3-4 недели
3. 6-8 недель +
4. 6 месяцев
5. 1 год

340. Факторами риска облитерирующего атеросклероза сосудов конечностей являются

1. высокий уровень кортизола крови
2. повышение уровня гомоцистеина в крови +
3. гипокальциемия

4. высокий уровень тестостерона крови

341. К внепеченочным желчным протокам не относится:

1. Общий желчный проток
2. Пузырный проток
3. Вирсунгов проток +
4. Правый печеночный проток

342. В формировании общего желчного протока участвует:

1. Вирсунгов проток
2. Пузырный проток +
3. Правый печеночный проток
4. Левый печеночный проток

343. В формировании общего печеночного протока участвует:

1. Правый печеночный проток +
2. Пузырный проток
3. Общий желчный проток
4. Вирсунгов проток

344. При УЗИ возможна визуализация \_\_\_\_\_ части холедоха:

1. Ретродуоденальной
2. Панкреатической
3. Супрадуоденальной +
4. Интрамуральной

345. Отделом общего желчного протока не является:

1. Супрадуоденальный
2. Ретродуоденальный
3. Ретропанкреатический +
4. Интрамуральный

346. В элементах желчного пузыря не выделяют:

1. Тело
2. Хвост +
3. Шейку
4. Дно

347. Холедох является:

1. Внутрпеченочным желчным протоком



2. Внепеченочным желчным протоком +
3. Протоком поджелудочной железы
4. Элементом желчного пузыря

348. Треугольник Кало образован:

1. Нижним краем правой доли печени, пузырным протоком, общим желчным протоком
2. Пузырным протоком, правым печеночным протоком, стенкой желчного пузыря +
3. Нижним краем правой доли печени, пузырным протоком, общим печеночным протоком
4. Правым печеночным протоком, левым печеночным протоком, стенкой желчного пузыря

349. В треугольнике Кало проходит:

1. Пузырная артерия +
2. Гастродуоденальная артерия
3. Левая печеночная артерия
4. Общий желчный проток

350. Методом выбора для диагностики желчнокаменной болезни является:

1. Эзофагогастродуоденоскопия
2. Ультразвуковое сканирование +
3. Билиосцинтиграфия
4. Дуоденальное зондирование

351. Какая форма желчнокаменной болезни протекает бессимптомно?

1. Билиарная колика
2. Латентная форма +
3. Хронический рецидивирующий холецистит
4. Хронический резидуальный холецистит

352. Показанием к выполнению ретроградной панкреатохолангиографии является

1. Признаки калькулезного холецистита при УЗИ
2. Признаки гипертензии холедоха при УЗИ +
3. Гипербилирубинемия
4. Повышение уровня щелочной фосфатазы в б/х анализе крови

353. К факторам риска образования конкрементов в желчном пузыре

относится:

1. Мужской пол
2. Пожилой возраст
3. Женский пол +
4. Злоупотребление острой пищей

354. В анатомии желчного пузыря выделяют:

1. Дно, тело, хвост
2. Шейку, дно, тело +
3. Основание, тело, хвост
4. Хвост, дно, шейку

355. «Карман» Гартмана является анатомической составляющей:

1. Мочевого пузыря
2. Сальниковой сумки
3. Желчного пузыря +
4. Дугласова пространства

356. Острый холецистит составляет \_\_\_% от всех острых хирургических заболеваний органов брюшной полости:

1. 10-15
2. 5-15
3. 15-20 +
4. 25-30

357. Основная функция желчи:

1. Расщепление белков
2. Эмульгирование жиров +
3. Расщепление углеводов
4. Расщепление клетчатки

358. Не является осложнением желчнокаменной болезни:

1. Печеночная колика
2. Дуоденостаз +
3. Хронический рецидивирующий холецистит
4. Гнойный холангит

359. Наиболее частое осложнение желчнокаменной болезни

1. Гнойный холангит
2. Острый калькулезный холецистит +
3. Острый панкреатит

4. Инфекционный гепатит

360. Не является осложнением желчнокаменной болезни:

1. Печеночная колика
2. Инфекционный гепатит +
3. Хронический рецидивирующий холецистит
4. Гнойный холангит

361. К факторам риска развития желчнокаменной болезни не относится

1. Ожирение или избыточная масса тела
2. Мужской пол +
3. Женский пол
4. Отягощенная наследственность по ЖКБ

362. Ведущую роль в патогенезе острого холецистита играет:

1. Нарушение оттока желчи из желчного пузыря +
2. Нарушение лимфооттока
3. Нарушение кровоснабжения стенки желчного пузыря
4. Воздействие панкреатического сока на стенку желчного пузыря

363. Быстрому развитию гангренозного холецистита способствует

1. Холедохолитиаз
2. Тромбоз пузырной артерии +
3. Острый панкреатит
4. Стриктура Фатерова сосочка

364. Механическая желтуха, как осложнение желчнокаменной болезни, развивается в результате:

1. Закупорки камнем общего желчного протока +
2. Закупорки камнем пузырного протока
3. Закупорки камнем левого печеночного протока
4. Закупорки камнем Вирсунгова протока

365. Резкая боль в правом подреберье

1. Симптом Ортнера
2. Лихорадка +
3. Иррадиация боли в правую лопатку

366. Усиление боли при поколачивании ребром ладони по реберной дуге определяет симптом

1. Мерфи

2. Мюсси-Георгиевского
3. Мейо-Робсона
4. Ортнера +

367. Симптом Мюсси-Георгиевского

1. Усиление боли при поколачивании ребром ладони по реберной дуге
2. Усиление боли при пальпации в точке желчного пузыря на вдохе
3. Болезненность при пальпации между ножками грудиноключичнососцевидной мышцы справа +
4. Миграция боли из мезогастрия в правую подвздошную область

368. Патогномоничный симптом острого холецистита:

1. Мейо-Робсона
2. Бартомье-Михельсона
3. Мерфи +
4. Образцова

369. Патогномоничный симптом острого холецистита:

1. Мейо-Робсона
2. Бартомье-Михельсона
3. Кохера
4. Мюсси-Георгиевского +

370. Патогномоничный симптом острого холецистита:

1. Мейо-Робсона
2. Ортнера +
3. Бартомье-Михельсона
4. Образцова

371. Патогномоничный симптом острого холецистита:

1. Мерфи +
2. Кохера
3. Ситковского
4. Кенига

372. Патогномоничный симптом острого холецистита:

1. Керте
2. Воскресенского
3. Мюсси-Георгиевского +
4. Раздольского

373. Триада Шарко включает:

1. Боль в правом подреберье, лихорадка, отрыжка горьким
2. Желтуха, лихорадка, схваткообразные боли в животе
3. Лихорадка, желтуха, боль в правом подреберье +
4. Желтуха, увеличенный желчный пузырь, светлый кал

374. Триада Шарко – симптомокомплекс при:

1. Остром панкреатите
2. Остром холецистите
3. Остром аппендиците
4. Остром холангите +

375. Методом выбора в диагностике холедохолитиаза является:

1. Ультразвуковое сканирование
2. Компьютерная томография
3. Ретроградная панкреатохолангиография +
4. Билиосцинтиграфия

376. Методом выбора в диагностике холедохолитиаза является:

1. Ретроградная панкреатохолангиография +
2. Лапароскопия
3. Эзофагогастродуоденоскопия
4. Ультразвуковое исследование

377. Предпочтение в диагностике холедохолитиаза в настоящее время отдается

1. Ультразвуковому сканированию
2. МРТ-холангиографии +
3. Чрескожной чреспеченочной холангиографии
4. Билиосцинтиграфии

378. В норме толщина стенки желчного пузыря составляет:

1. 1 см
2. 0,5 см
3. 0,8 см
4. 0,2-0,3 см +

379. В норме диаметр холедоха составляет:

1. 2 см
2. До 0,7 см +
3. 1,5 см

4. 0,2-0,3 см

380. Основной ультразвуковой признак острого холецистита:

1. Утолщение стенки желчного пузыря с двойным контуром +
2. Крупный конкремент в желчном пузыре
3. Мелкие конкременты в желчном пузыре
4. Расширение холедоха

381. Осложнением желчнокаменной болезни не является

1. Острый холецистит
2. Острый панкреатит
3. Кишечная непроходимость
4. Абсцесс Дугласова пространства +

382. При механической желтухе при УЗИ выявляется

1. Сужение желчных протоков
2. Увеличение печени
3. Расширение желчевыводящих протоков +
4. Увеличение желчного пузыря

383. Характерный лабораторный признак острого холецистита:

1. Диастазурия
2. Лейкоцитоз +
3. Гипербилирубинемия
4. Гипогликемия

384. Характерный лабораторный признак механической желтухи:

1. Гипоальбуминемия
2. Гипербилирубинемия +
3. Снижение уровня щелочной фосфатазы
4. Диастазурия

385. Нормальные показатели общего билирубина в крови:

1. 0,1-0,68 мкмоль/л
2. 8,5-20,5 мкмоль/л +
3. 12,7-35,8 мкмоль/л
4. 3,6-7,6 мкмоль/л

386. Для механической желтухи, вызванной холедохолитиазом нехарактерно:

1. Симптом Курвуазье
2. Повышение прямого билирубина в крови

3. Резкое повышение белка в крови +
4. Отсутствие стеркобилина в кале

387. Что характерно для симптома Курвуазье?

1. Увеличенный безболезненный подвижный желчный пузырь у больного с механической желтухой +
2. Увеличенный безболезненный желчный пузырь, желтухи нет
3. Увеличенный болезненный напряженный желчный пузырь, желтухи нет
4. Желчный пузырь не увеличен, болезненный, паренхиматозная желтуха

388. Для какого заболевания характерен симптом Курвуазье?

1. Острый калькулезный холецистит
2. Рак головки поджелудочной железы +
3. Рак тела поджелудочной железы
4. Рак общего печеночного протока

389. Вклиненный камень в большом дуоденальном сосочке является причиной

1. Механической желтухи +
2. Перемежающейся желтухи
3. Гепатита
4. Портальной гипертензии

390. Осложнение холедохолитиаза:

1. Цирроз печени
2. Эмпиема желчного пузыря
3. Водянка желчного пузыря
4. Механическая желтуха +

391. Осложнение холедохолитиаза:

1. Хронический активный гепатит
2. Перфоративный холецистит
3. Холангит +
4. Водянка желчного пузыря

392. У пациентов с неосложненной желчнокаменной болезнью операцией выбора является:

1. Холецистэктомия из срединной лапаротомии
2. Лапароскопическая холецистэктомия +
3. Холецистэктомия из мини-доступа
4. Холецистэктомия с дренированием холедоха по Керу

393. При остром холецистите противопоказано применение:

1. Антибиотиков
2. Морфина +
3. Атропина
4. Баралгина

394. Экстренная операция показана при:

1. Перфоративном холецистите, перитоните +
2. Механической желтухе
3. Печеночной колике
4. Холецисто-панкреатите

395. Пациенту с гангренозным холециститом показано:

1. Принятие решения зависит от возраста больного
2. Экстренная операция +
3. Отсроченная операция
4. Консервативное лечение

396. Преимущества холецистэктомии «от шейки»:

1. Прерывается путь поступления инфицированной желчи в холедох
2. Бескровное удаление желчного пузыря
3. Нет миграции мелких конкрементов в холедох
4. Все верно +

397. Операцией выбора у пожилого больного с острым деструктивным холециститом и тяжелыми сопутствующими заболеваниями является:

1. Экстренная холецистэктомия из традиционного доступа
2. Лапароскопическая холецистэктомия
3. Холецистостомия под контролем УЗИ +
4. Чрескожное чреспеченочное дренирование холедоха под контролем УЗИ

398. При механической желтухе повышение уровня билирубина происходит преимущественно за счет

1. Биливердина
2. Несвязанного билирубина
3. Обеих фракций билирубина
4. Связанного билирубина +

399. Холецистэктомию «от дна» следует выполнять при наличии

1. Вколоченного конкремента шейки желчного пузыря
2. Явлений острого холангита



3. Воспалительного инфильтрата в области шейки желчного пузыря +
4. Сморщенного желчного пузыря

400. Основу желчных камней чаще всего составляет

1. Мочевая кислота
2. Оксалат кальция
3. Холестерин +
4. Желчная кислота

401. Абсолютным показанием к холедохотомии является

1. Стриктура дистального отдела холедоха
2. Холедохолитиаз +
3. Расширение внепеченочных желчных протоков
4. Острый холангит

402. Патогенетически обоснованным методом лечения желчнокаменной болезни является

1. Санаторно-курортное
2. Хирургическое +
3. Диетическое
4. Медикаментозное

403. Сфинктер общего желчного протока

1. Гирша
2. Одди +
3. Вестфаля
4. Хелли

404. Типичное осложнение холедохолитиаза

1. Механическая желтуха +
2. Эмпиема желчного пузыря
3. Перфорация желчного пузыря
4. Синдром Бадда-Киари

405. Наиболее частая причина механической желтухи

1. Стриктура холедоха
2. Холедохолитиаз +
3. Эхинококкоз печени
4. Рак головки поджелудочной железы

406. Первым симптомом острого холецистита чаще является

1. Боль в правом подреберье +
2. Рвота
3. Диарея
4. Повышение температуры

407. При выявлении острого холецистита необходимо

1. Провести лечение в дневном стационаре поликлиники
2. Госпитализировать в терапевтический стационар
3. Экстренно госпитализировать в хирургический стационар +
4. Лечить пациента амбулаторно

408. Первично-гангренозный острый холецистит чаще развивается у

1. Больных молодого возраста
2. Детей
3. Женщин
4. Больных пожилого возраста +

409. Частое осложнение острого холецистита

1. Механическая желтуха
2. Гнойный холангит
3. Абсцесс печени
4. Перивезикальный инфильтрат +

410. Самая частая морфологическая форма узловых образований щитовидной железы:

1. Проллиферирующий коллоидный зоб +
2. Аденома из фолликулярных клеток
3. Папиллярный рак
4. Медуллярный рак

411. Кальцитонин продуцируют следующие клетки щитовидной железы:

1. А-клетки
2. В-клетки
3. Клетки Гюртле-Ашкенази
4. С-клетки +

412. Основной метод выявления узловых образований в щитовидной железе:

1. Пальпация
2. Ультразвуковое исследование +
3. Сцинтиграфия
4. Компьютерная томография

413. Микрокарцинома щитовидной железы это:

1. Непальпируемая опухоль, которую можно выявить только при УЗИ
2. Любая опухоль размерами менее 1 см в диаметре +
3. Только опухоли размерами 1 – 2 мм
4. Микроскопическая опухоль, которую можно диагностировать только при микроскопии

414. Ультразвуковые признаки злокачественной опухоли щитовидной железы:

1. Микрокальцинаты
2. Полициклические контуры
3. Гипоэхогенность
4. Все перечисленные +

415. Оптимальный диагностический комплекс методов для определения морфологической структуры узловых образований щитовидной железы:

1. Сцинтиграфия + УЗИ + биопсия
2. Достаточно только биопсии
3. УЗИ + биопсия +
4. Сцинтиграфия + биопсия

416. Повышенный кальцитонин крови является опухолевым маркером опухоли:

1. Папиллярный рак
2. Медуллярный рак +
3. Недифференцированный рак
4. Повышен при опухоли любого гистологического строения

417. Согласно клиническим рекомендациям Российской Ассоциации

Эндокринологов 2015 года ТАБ показана при выявлении в щитовидной железе:

1. Любого узлового образования больше 1 см в диаметре
2. Узлового образования менее 1 см в диаметре
3. Узлового образования больше 1 см в диаметре только при наличии подозрительных на рак ультразвуковых признаков +
4. Узлового образования менее 1 см в диаметре при наличии подозрительных на рак ультразвуковых признаков

418. Осложнением операции на щитовидной железе является все, кроме:

1. Гипопаратиреоз
2. Парез гортанного нерва
3. Кровотечение
4. Гипотиреоз +

419. Показанием к оперативному лечению при узловых образованиях щитовидной железы является все, кроме:

1. Рак любого гистологического строения
2. Фолликулярная аденома
3. Коллоидный зоб с узлами размером более 1 см в диаметре +
4. Коллоидный зоб с загрудинной локализацией

420. Признаки кретинизма (карликовый рост, отставание в умственном развитии, недоразвитие половых органов) являются проявлением:

1. Гиперфункции щитовидной железы
2. Гипофункции гипофиза
3. Гиперфункции околощитовидных желез
4. Гипофункции щитовидной железы +

421. Болезнь Гревса – это гиперфункция:

1. Околощитовидных желез
2. Надпочечников
3. Гипофиза
4. Щитовидной железы +

422. Проявлением гипопаратиреоза является:

1. Ожирение
2. Отеки
3. Судороги +
4. Экзофтальм

423. Какой гормон синтезируется в околощитовидных железах?

1. Тиреотропный
2. Паратгормон +
3. Кальцитонин
4. Норадреналин

424. Укажите самую частую причину тиреотоксикоза:

1. Аутоиммунный тиреоидит
2. Болезнь Гревса +
3. Многоузловой зоб
4. Тиреоидит де Кервена

425. Верхняя щитовидная артерия является ветвью:

1. Наружной сонной артерии +
2. Внутренней сонной артерии
3. Подключичной артерии
4. Общей сонной артерии

426. Щитовидная железа секретирует:

1. Тиреотропный гормон, тироксин

2. Тироксин, трийодтиронин, тиреокальцитонин +
3. Тироксин, паратгормон, тиреолиберин
4. Трийодтиронин, тироксин

427. В патогенезе спорадического зоба важное значение имеет:

1. Избыточное поступление йода в организм
2. Недостаточное поступление йода в организм +
3. Аутоиммунный тиреоидит
4. Травма щитовидной железы

428. Укажите наиболее частую причину гипотиреоза:

1. Многоузловой коллоидный зоб
2. Аутоиммунный тиреоидит Хашимото +
3. Тиреоидит де Кервена
4. Зоб Риделя

429. Показанием к операции при хроническом аутоиммунном тиреоидите является:

1. Прогрессирующий гипотиреоз
2. Признаки компрессии соседних органов +
3. Эутиреоидное состояние
4. Прогрессирующий гипертиреоз

430. Специфическим осложнением тиреоидэктомии является:

1. Тиреоидит культы щитовидной железы
2. Гиперкальциемический криз
3. Парез возвратного гортанного нерва +
4. Лимфорей

431. Назовите высокодифференцированную форму рака щитовидной железы:

1. Анапластический рак
2. Медуллярный рак
3. Лимфома
4. Фолликулярный рак +

432. Для классической клинической картины хронического аутоиммунного тиреоидита Хашимото характерно:

1. Увеличение щитовидной железы и гипотиреоз +
2. Увеличение щитовидной железы и гипертиреоз
3. Уменьшение размеров щитовидной железы и гипотиреоз
4. Увеличение размеров щитовидной железы и эутироз

433. Симптомом экзофтальма при болезни Гревса не является:

1. Симптом Кохера

2. Симптом Мебиуса
3. Симптом Дальримпля
4. Симптом Бартомье-Михельсона +

434. В дифференциальной диагностике узловых образований щитовидной железы наибольшее значение имеют:

1. Лимфография, ультразвуковое исследование
2. Сцинтиграфия, пункционная биопсия
3. Гормональное исследование
4. Ультразвуковое исследование, пункционная биопсия +

435. Показанием к экстренной операции при остром тиреоидите является:

1. Гипертермия и увеличение щитовидной железы
2. Абсцедирование щитовидной железы +
3. Присоединение явлений тиреотоксикоза
4. Выраженный гипотиреоз

436. К фиброзирующему тиреоидиту относят:

1. Аутоиммунный тиреоидит Хашимото
2. Подострый тиреоидит де Кервена
3. Зоб Риделя +
4. Лимфофолликулярную гиперплазию

437. Подострым тиреоидитом является:

1. Аутоиммунный тиреоидит Хашимото
2. Тиреоидит де Кервена +
3. Лимфома щитовидной железы
4. В-клеточная аденома щитовидной железы

438. Методом выбора для лечения кисты щитовидной железы диаметром более 3 см является:

1. Резекция щитовидной железы
2. Энуклеация кисты
3. Пункция и склерозирование кисты
4. Гемитиреоидэктомия +

439. К недифференцированным формам рака щитовидной железы относятся:

1. Папиллярный рак
2. Фолликулярный рак
3. Анапластический рак +
4. Тиреоидит де Кервена

440. Основным методом диагностики функциональной автономии в щитовидной железе является:

1. Ультразвуковое исследование
2. Пункционная биопсия
3. Сцинтиграфия +
4. Лимфография

441. Операцией выбора при фолликулярной аденоме щитовидной железы является:

1. Субтотальная резекция щитовидной железы
2. Гемитиреоидэктомия +
3. Энуклеация аденомы
4. Тиреоидэктомия

442. У больной на 2-е сутки после тиреоидэктомии по поводу многоузлового зоба появились парестезии в области кончиков пальцев рук, ощущение «мурашек». Позднее диагностирован симптом Хвостека, боли и судороги в мышцах. Какое послеоперационное осложнение развилось у пациентки?

1. Кровотечение с образованием гематомы
2. Тиреотоксический криз
3. Гипопаратиреоз +
4. Парез гортанного нерва

443. Какое исследование наиболее информативно в диагностике послеоперационного гипопаратиреоза?

1. Электромиография
2. Исследование уровня кальция в крови +
3. Исследование уровня тиреоидных гормонов
4. УЗИ области шеи

444. Укажите основную причину первичного гиперпаратиреоза:

1. Медуллярный рак щитовидной железы
2. Множественные эндокринные неоплазии (синдром МЭН 2)
3. Аденома околощитовидной железы +
4. Бронхиальный карциноид

445. Для клинической картины болезни Гревса характерно все, кроме:

1. Экзофтальма
2. Тахикардии
3. Тремора
4. Брадикардии +

446. Для систематизированного описания цитологической картины при выполнении биопсии узловых образований щитовидной железы используется классификация:

1. BETHESDA +

2. TI RADS
3. BI RADS
4. Классификация ВОЗ

447. Результатом пункционной биопсии узла щитовидной железы явился ответ цитолога – «фолликулярная неоплазия, Bethesda 4». Определите лечебную тактику:

1. Лечение радиоактивным йодом
2. Гемитиреоидэктомия +
3. Супрессорная терапия L-тироксина
4. Динамическое наблюдение

448. Какой из перечисленных методов позволит дифференцировать фолликулярную аденому и фолликулярный рак щитовидной железы?

1. Радиоизотопное исследование
2. Компьютерная томография
3. Гистологическое исследование операционного материала +
4. Пункционная биопсия

449. Что не характерно для первичного гиперпаратиреоза?

1. Повышение уровня ионизированного кальция в крови
2. Повышение уровня паратгормона
3. Снижение уровня общего кальция в крови +
4. Повышение уровня кальция в моче

450. Что в первую очередь угрожает жизни пациента при кровотечении в послеоперационном периоде после тиреоидэктомии?

1. Быстрая кровопотеря
2. Развитие тиреотоксического криза, полиорганная недостаточность
3. Дыхательная недостаточность, асфиксия +
4. Остановка сердца

451. Ведущим методом лечения рака щитовидной железы является:

1. Лучевой
2. Лечение радиоактивным йодом
3. Хирургический +
4. Лекарственный

452. У пациента 50 лет при обследовании выявлен папиллярный рак щитовидной железы с метастазами в легких T3N0M1. После выполнения тиреоидэктомии целесообразно провести:

1. Лечение радиоактивным йодом +
2. Химиотерапию
3. Лучевую терапию



4. В дополнительном послеоперационном лечении не нуждается
453. При рецидиве или метастазировании папиллярного рака щитовидной железы после тиреоидэктомии и радиойодтерапии возможно повышение:
1. Кальцитонина
  2. Раково-эмбрионального антигена
  3. Тиреоглобулина +
  4. Тиреотропного гормона
454. Самой крупной эндокринной железой является:
1. Щитовидная железа +
  2. Надпочечник
  3. Гипофиз
  4. Эпифиз
455. Гормоны щитовидной железы являются производными:
1. Полиеновых жирных кислот
  2. Стероидов
  3. Аминокислот +
  4. Белков
456. Согласно классификации ВОЗ, при 1 степени увеличения щитовидной железы:
1. Железа не видна при нормальном положении шеи +
  2. Железа видна при нормальном положении шеи
  3. Железа видна при осмотре и есть признаки компрессионного синдрома
  4. Железа видна и значительно изменяет конфигурацию шеи
457. Согласно классификации ВОЗ, при 2 степени увеличения щитовидной железы:
1. Железа не видна при нормальном положении шеи
  2. Железа видна при нормальном положении шеи +
  3. Железа видна при осмотре и есть признаки компрессионного синдрома
  4. Железа видна и значительно изменяет конфигурацию шеи
458. Диагностические критерии первичного гипотиреоза:
1. Повышение уровня Т4, снижение уровня ТТГ
  2. Снижение уровня Т3 и Т4, снижение уровня ТТГ
  3. Снижение уровня Т3, повышение уровня Т4, повышение уровня ТТГ
  4. Снижение уровня Т3 и Т4, повышение уровня ТТГ +
459. Диагностические критерии субклинического гипотиреоза:
1. Повышение уровня Т4, снижение уровня ТТГ
  2. Снижение уровня Т3 и Т4, снижение уровня ТТГ
  3. Снижение уровня Т3 и Т4, повышение уровня ТТГ

4. Нормальный уровень Т3 и Т4, повышение уровня ТТГ +

460. Нормальный объем щитовидной железы у женщин:

1. Не более 15 мл
2. Не более 18 мл +
3. Не более 21 мл
4. Не более 25 мл

461. Нормальный объем щитовидной железы у мужчин:

1. Не более 17 мл
2. Не более 21 мл
3. Не более 25 мл +
4. Не более 30 мл

462. Тиреостатическим препаратом является:

1. Левотироксин
2. Преднизолон
3. Пропилтиоурацил +
4. Эутирокс

463. Противопоказанием к проведению радиойодтерапии при болезни Грейвса является:

1. Беременность +
2. Пожилой возраст
3. Эндокринная офтальмопатия
4. Артериальная гипертензия

464. Симптом Грефе при эндокринной офтальмопатии – это:

1. Отставание верхнего века от радужки при взгляде вверх
2. Отставание верхнего века от радужки при взгляде вниз+
3. Потеря способности фиксировать взгляд на близком расстоянии
4. Редкое мигание

465. Лечебная тактика при выявлении у пациента узлового образования в щитовидной железе размером до 1 см:

1. Хирургическое лечение
2. Выполнение пункционной биопсии 1 раз в год
3. Выполнение УЗИ 1 раз в год +
4. Выполнение сцинтиграфии 1 раз в год

466. Одним из факторов риска рецидива тиреотоксикоза при болезни Грейвса является:

1. Женский пол
2. Курение +

3. Возраст старше 50 лет
4. Экзофтальм

467. Характерными симптомами гипотиреоза являются:

1. Приливы жара
2. Вялость, сонливость, сухость кожи +
3. Сердцебиение
4. Повышение артериального давления

468. В этиологии подострого тиреоидита де Кервена основная роль принадлежит:

1. Стафилококкам
2. Стрептококкам
3. Вирусам +
4. Простейшим

469. Пальпаторно для хронического аутоиммунного тиреоидита характерно:

1. Мягкая эластическая консистенция
2. Неравномерная плотность +
3. Каменистая плотность
4. Болезненность

470. Синоним аутоиммунного тиреоидита:

1. Гранулематозный тиреоидит
2. Зоб Хашимото +
3. Тиреоидит де Кервена
4. Зоб Риделя

471. Повышенный уровень кальцитонина является маркером:

1. Папиллярного рака щитовидной железы
2. Медуллярного рака щитовидной железы +
3. Лимфомы
4. Токсической аденомы щитовидной железы

472. Парафолликулярные клетки (С-клетки) щитовидной железы синтезируют:

1. Тиреокальцитонин +
2. Паратгормон
3. Трийодтиронин
4. Тиреотропин

473. Источником развития медуллярного рака щитовидной железы являются:

1. Клетки Ашкенази
2. Клетки Гюртле
3. С-клетки +

#### 4. Клетки плоскоклеточного эпителия

474. Механизм действия радиоактивного йода при диффузном токсическом зобе:

1. Воздействие на клетки фолликулярного эпителия с замещением их соединительной тканью +
2. Блокирование поступления йода в организм
3. Блокирование ТТГ
4. Блокирование превращения тироксина в трийодтиронин

475. Фактором риска развития злокачественных образований в щитовидной железе является:

1. Йодная недостаточность
2. Подострый тиреоидит
3. Воздействие радиации +
4. Аутоиммунный тиреоидит

476. Какое осложнение нехарактерно для операций на щитовидной железе?

1. Парез гортанного нерва
2. Кровотечение
3. Воздушная эмболия
4. Жировая эмболия +

477. Какой объем операции является адекватным при папиллярном раке щитовидной железы T1N0M0?

1. Субтотальная резекция щитовидной железы
2. Операция Крайля
3. Гемитиреоидэктомия +
4. Тиреоидэктомия

478. О чем свидетельствуют судороги, положительные симптомы Хвостека и Труссо, парестезии после тиреоидэктомии?

1. Тиреотоксический криз
2. Гипотиреоз
3. Гипопаратиреоз +
4. Травма гортанных нервов

479. Зоб у лиц одной биогеохимической области определяется как:

1. Спорадический
2. Эндемический +
3. Эпидемический
4. Острый струмит

480. Основной метод лечения рака щитовидной железы:

1. Лучевая терапия
2. Иммунотерапия
3. Хирургическое лечение +
4. Химиотерапия

481. Для тиреотоксического криза характерно все, кроме:

1. Тахикардии
2. Повышения артериального давления
3. Симптома Хвостека +
4. Гипертермии

482. Признаком недостаточности коры надпочечников при тиреотоксикозе является:

1. Увеличение пульсового давления +
2. Уменьшение пульсового давления
3. Повышение систолического давления
4. Снижение систолического давления

483. Каков адекватный объем операции при узловом эутиреоидном зобе 2 степени?

1. Субтотальная резекция щитовидной железы
2. Гемитиреоидэктомия +
3. Операция Крайля
4. Энуклеация узла

484. Что относится к анти tireоидным препаратам?

1. Верапамил
2. Мерказолил +
3. Эутирокс
4. Преднизолон

485. Какое заболевание щитовидной железы всегда протекает с повышением функции?

1. Болезнь Пламмера +
2. Зоб де Кервена
3. Зоб Хашимото
4. Зоб Риделя

486. Какой объем операции адекватен при диффузном токсическом зобе?

1. Субтотальная резекция щитовидной железы
2. Тиреоидэктомия +
3. Гемитиреоидэктомия
4. Тиреоидэктомия с лимфаденодиссекцией

487. Основным методом скрининговой диагностики у пациенток до 40 лет с заболеваниями молочной железы является:

1. Маммография
2. Ультразвуковое исследование молочной железы +
3. Компьютерная томография
4. Термография

488. Размеры фиброаденомы \_\_\_\_\_ являются показанием для её удаления:

1. Более 3-х см
2. Более 5 см
3. Более 2-х см +
4. До 1 см

489. При остром мастите наложение вторичных швов показано в фазу:

1. Серозно-инфильтративную
2. Застоя-нагрубания-отека
3. Пролиферации +
4. Гнойно-некротическую

490. Основным путем оттока лимфы от молочной железы является:

1. Парастернальный
2. Подмышечный +
3. Перекрестный
4. Надключичный

491. Наиболее часто фиброаденома молочной железы локализуется в:

1. Нижневнутреннем квадранте
2. Верхненаружном квадранте +
3. Верхневнутреннем квадранте
4. Нижненаружном квадранте

492. Опухоль молочной железы размером 1,5 см с метастазом в единственный лимфоузел подмышечной области соответствует стадии:

1. T2N0M0
2. T2N1M1
3. T1N1M0 +
4. T1NxM1

493. Какой из симптомов не характерен для рака молочной железы:

1. Симптом умбиликации
2. Симптом «лимонной корки»
3. Гиперпигментация соска и ареолы +
4. Втяжение соска

494. Для какого доброкачественного заболевания молочной железы характерны кровянистые выделения из соска:

1. Болезнь Педжета
2. Внутрипротоковая папиллома +
3. Фиброаденома молочной железы

#### 4. Киста молочной железы

495. В поликлинику обратилась женщина с жалобами на наличие плотного узла в верхненаружном квадранте правой молочной железы. Какое исследование наиболее информативно для верификации:

1. Маммография
2. Дуктография
3. Пункционная биопсия +
4. Лимфография

496. Основным видом лечения внутрипротоковых папиллом является:

1. Лучевая терапия
2. Гормонотерапия
3. Операция +
4. Химиотерапия

497. Какой симптом патогномоничен для мастодинии?

1. Одиночные и множественные очаги в молочной железе
2. Болевой синдром
3. Нарушение менструального цикла
4. Исчезновение признаков болезни с возрастом +

498. Для адекватного описания образований молочной железы при УЗИ используется классификация:

1. TI RADS
2. BETHESDA
3. BI RADS +
4. Классификация ВОЗ

499. При фиброаденоме молочной железы показано:

1. Простая мастэктомия
2. Секторальная резекция +
3. Лучевая терапия
4. Ампутация молочной железы

500. Выберите симптом, характерный для фиброаденомы молочной железы:

1. Симптом «площадки»
2. Втянутость соска и выделения из него
3. Четкость границ при пальпации +
4. Симптом «лимонной корочки»

## Ситуационные задачи для прохождения промежуточной аттестации

### Эталон ответов на ситуационные задачи.

1. Ваш «рабочий» или клинический диагноз?
2. На основании каких клинических симптомов и других данных имеющихся в задаче Вы поставили этот диагноз?
3. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?
4. Какие методы обследования (лабораторные, инструментальные) Вы назначите больному. Какие цели Вы этим назначением преследуете?
5. Ожидаемые результаты обследования для Вашего клинического диагноза.
6. Методы лечения данной патологии.

Больной М, 57 лет поступил в клинику с жалобами на кашель с мокротой, иногда с прожилками крови, слабость, потливость, повышение температуры тела по вечерам до 37.5 °С. В анамнезе: дважды в течение 3 месяцев больной был госпитализирован в терапевтический стационар с диагнозом правосторонняя пневмония. После курса антибиотикотерапии выписывался домой со значительным улучшением состояния. При осмотре: состояние средней тяжести. Правая половина грудной клетки отстает при дыхании, перкуторно справа отмечается притупление перкуторного звука, отсутствие голосового дрожания, ослабление дыхательных шумов. При рентгенологическом исследовании отмечается расширение тени корня правого легкого, ателектаз верхней доли правого легкого.

- 1 Опухоль корня легкого (центральный рак?)
2. На основании клинических, рентгенологических и данных объективного обследования.
3. Туберкулез. Пневмония.
4. Цель: дообследование, верификация диагноза, стадирование. Обследование: бронхоскопия с биопсией МСКТ органов грудной полости, анализ мокроты на микобактерии туберкулеза, УЗИ органов брюшной полости, МСКТ органов брюшной полости, МРТ головного мозга
5. Подтверждение рабочего диагноза с его морфологической верификацией.
6. После получения результатов обследования и стадирования процесса. Возможно: комбинированное лечение - оперативное + химио-лучевая терапия.

Мужчину 64 лет последние полгода беспокоит изменение привычной периодичности стула, иногда – его характера («смородиновое желе»). В анализах обращает на себя внимание анемия (98 г/л).

1. Опухоль толстой кишки
2. Характер кала, анемия, запоры, возраст
3. Язвенный колит, дивертикулярная болезнь, полипоз толстой кишки
4. Цель: верификация диагноза, уточнение распространенности процесса Обследование: колоноскопия с биопсией, МСКТ брюшной полости с контрастированием, МСКТ легких, общий и биохимический анализ кала
5. подтверждение рабочего диагноза.
6. Оперативное лечение (объем зависит от локализации процесса), адъювантная химиотерапия.



**Больной С., 62 лет поступил с жалобами на боли в икроножных мышцах левой голени, возникающие при прохождении 50-100 метров и исчезающие после кратковременного отдыха. Заболел 2 года назад, когда впервые стал отмечать боли в левой голени при длительной ходьбе. В последующем количество метров, которое мог пройти больной без отдыха, прогрессивно уменьшалось. За лечебной помощью не обращался. Объективно: левая голень и стопа бледной окраски, кожная температура снижена. Волосы на голени отсутствуют. Ногти на пальцах ног потускневшие, ломкие. Пульсация на правой нижней конечности определяется во всех точках, на левой – лишь на бедренной артерии. Положительные симптомы Оппеля, Самуэльса, Гольдфлама.**

1. облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей. Синдром Лериша
2. Клиническая картина
3. Картина настолько убедительна, что не вызывает сомнений
4. Цель: определение уровня и степени артериального стеноза. Обследование: биохимический анализ кров, общий анализ крови, УЗАС артерий нижних конечностей, при необходимости, МРТ ангиография или артериография
5. Подтверждение рабочего диагноза и определение тактики лечения
6. Рентгенэндоваскулярная коррекция, оперативное лечение

**Мужчина 45 лет поступает с жалобами на схваткообразные боли в животе, повторную рвоту с примесью желчи и неприятным запахом. В анамнезе – ушивание прободной язвы 12-перстной кишки 20 лет назад. Объективно: живот вздут, без перитонеальных симптомов. В проекции срединного послеоперационного рубца определяется грыжа 15 x 10 см., которая легко вправляется, при этом определяется шум «плеска». Рентгенологически множественные тонкокишечные уровни и большой уровень в желудке.**

1. Высокая странгуляционная тонкокишечная непроходимость
2. Клинико-рентгенологическая картина
3. Рубцово-явненный стеноз луковицы 12 перстной кишки, ущемление послеоперационной грыжи
4. Общий и биохимический анализы крови, декомпрессия желудка с последующим рентгенконтрастным исследованием верхних отделов ЖКТ
5. Верификация диагноза
6. Оперативное лечение - объем в зависимости от результата дообследования

**Больной 45 лет с неврправимой паховой грыжей в течение 3 суток отмечает боли в области грыжевого выпячивания, увеличение грыжевого выпячивания в размерах, покраснение и уплотнение кожных покровов над выпячиванием, повышение температуры тела до 39°C с ознобами. Объективно – состояние больного средней тяжести, живот умеренно вздут, безболезненный, грыжевое выпячивание резко болезненное, кожа над ним отечна и гиперемирована.**

1. Ущемленная паховая грыжа, флегмона грыжевого мешка
2. Клинико-анамнестическая картина
3. Абсцедирующий паховый лимфаденит
4. Цель: верификация диагноза. Обследование: общий и биохимический анализы крови, рентгеноскопия брюшной полости, МСКТ брюшной полости при необходимости
5. подтверждение рабочего диагноза
6. оперативное, тактика и объем операции зависят от диагноза

**Женщина 60 лет, предъявляет жалобы на ноющие боли в эпигастральной области с иррадиацией в спину, беспокоящие в течение 4 месяцев, ставшие в последнее время постоянными. Очевидной диспепсии нет, однако похудела. Желтухи и лихорадки нет. Пальпаторная болезненность в эпигастральной области, явных новообразований не выявляется. При ЭГДС – патологии не обнаружено. При УЗИ в проекции тела и хвоста ПЖ**

**определяется кистозное образование, с внутренней структурой диаметром до 60 мм, не дающее доплеровского эффекта, панкреатический проток не расширен; патологии гепатобилиарной системы нет.**

1. цистаденокарцинома панкреас
2. Клинико-инструментальная картина
3. хронический кистообразующий панкреатит, псевдокиста панкреас
4. Цель: верификация диагноза. Обследование: общий и биохимический анализы крови, МСКТ брюшной полости с коэнтрастированием, эндоУЗИ с возможным забором пункционной биопсии, как вариант пункционная биопсия под УЗ наведением через брюшную стенку
5. подтверждение рабочего диагноза
6. оперативное, тактика и объем операции зависят от диагноза – начиная от внутреннего эндоскопического дренирования до резекции тела-хвоста панкреас с неoadъювантной ХТ.

**Больной 35 лет жалуется на безболезненное выделение алой крови из заднего прохода сразу после акта дефекации. Анамнез в течение 2 лет. При осмотре обращает на себя внимание бледность кожных покровов. Гемоглобин – 80 г/л.**

1. хронический геморрой
2. клиническая картина, возраст
3. рак прямой кишки
4. пальцевое ректальное исследование, колоноскопия, биохимия крови. Верификация диагноза.
5. подтверждение рабочего диагноза
6. оперативное, объем зависит от диагноза

**В клинику поступил больной 35 лет с жалобами на резкие опоясывающие боли в верхних отделах живота, многократную рвоту. Боли возникли около полусуток назад, связаны с приемом алкоголя. Состояние тяжелое. Пульс 120 уд.в мин, АД 90/60 мм рт. ст. Живот резко болезненный в верхних отделах, в отлогих местах живота — притупление перкуторного звука. Перистальтика не выслушивается.**

1. острый панкреатит тяжелого течения
2. клинико-anamнестическая картина
3. прободная язва ДПК, острая кишечная непроходимость
4. УЗИ брюшной полости, ЭГДС, МСКТ брюшной полости с контрастированием. Верификация диагноза
5. подтверждение рабочего диагноза
6. дренирование брюшной полости, комплексная интенсивная терапия по стандартам лечения, не исключена диагностическая лапароскопия

**У больного, перенесшего аппендэктомию по поводу аппендикулярного перитонита, на шестые сутки после операции появились боли в нижней половине живота, тенезмы, дизурические явления. Температура 39 градусов, с гектическими размахами, ознобы. Язык влажный, живот мягкий, умеренно болезненный над лоном.**

1. Абсцесс Дугласова пространства
2. клинико-anamнестическая картина
3. в данном случае картина классическая и типичная
4. УЗИ брюшной полости, МСКТ брюшной полости с контрастированием (при необходимости), общий и биохимический анализы крови, пальцевое ректальное исследование
5. подтверждение рабочего диагноза
6. дренирование или пунктирование абсцесса под УЗИ наведением через переднюю брюшную стенку или пункция через стенку прямой кишки или задний свод влагалища;

антибиотикотерапия.

**Больная 48 лет** поступила в клинику на третий день заболевания с жалобами на боли в правом подреберье, тошноту, повторную рвоту желчью, повышение температуры до 38°C. Состояние больной средней тяжести, число дыханий - 28 в минуту, пульс 110 уд. в мин, язык сухой, обложен белым налетом. Живот напряжен и резко болезнен в правом подреберье, где пальпируется дно желчного пузыря. Там же определяется симптом Щеткина—Блюмберга, положительны симптомы Ортнера, Мэрфи, Мюсси. Лейкоцитоз— $18 \times 10^9$ /л. На фоне консервативной терапии в течение 12 часов состояние больной не улучшилось, повысилась температура, возрос лейкоцитоз.

1. Острый холецистит.
2. Боли в правом подреберье, там же мышечное напряжение, пальпируемое дно желчного пузыря, положительные симптомы Ортнера, Мерфи, Мюсси и Щеткина-Блюмберга, лейкоцитоз, высокая температура и симптомы интоксикации.
3. С острым панкреатитом и перфоративной язвой желудка и 12 пк
4. УЗИ – уточнение состояния стенок ЖП, наличие камней в желчном пузыре и выпота в брюшной полости, диаметра общего желчного протока и состояние поджелудочной железы; общий и биохимический анализы крови, амилазу крови и диастазу мочи – степень выраженности воспалительного процесса, есть ли механическое нарушения желчеоттока и вовлеченность поджелудочной железы.
5. Наличие камней в желчном пузыре и деструктивная форма острого холецистита.
6. Срочная операция – лапароскопическая холецистэктомия.

**Больная К. 43 лет** поступила по экстренным показаниям с жалобами на боли и припухлость кожи по внутренней поверхности голени и н/3 правого бедра. В течение 15 лет страдает варикозной болезнью нижних конечностей. Настоящие жалобы в течение 3 суток. Заболевание началось на голени и за последние сутки распространилось на бедро. При осмотре - на фоне варикозно-расширенных вен нижних конечностей определяется плотный болезненный тяж от с/3 голени до н/3 бедра справа в проекции основного ствола VSM. Кожа над ним гиперемирована, отека нижних конечностей нет, местная гипертермия кожи.

1. Острый варикотромбофлебит БПВ правой нижней конечности до уровня н/3 бедра
2. ВБНК в анамнезе, длительность и характер клинической симптоматики
3. Диф. Диагноз с заболеваниями, сопровождающимися воспалением кожи (флебит, лимфангиит и др)
4. УЗАС вен н/к для уточнения наличия тромбов, локализации, уровня и характера поражения
5. Эластическая компрессия (чулки 2 к.кл.), НПВС, в зависимости от уровня тромбоза – антикоагулянтная терапия

**У больной 29 лет** при профилактическом ультразвуковом обследовании выявлено узловое образование правой доли щитовидной железы размерами 1x 1 см. Контуры узла нечеткие, структура гипоехогенная, неоднородная. При пальпации образование плотное, безболезненное, лимфоузлы на шее не пальпируются. Клинически эутиреоз. Эндокринолог назначил L-тироксин в супрессорной дозе. При повторном УЗИ, выполненном через 1,5 месяца обнаружено увеличение размеров узла на 0,5 см. Выполнена биопсия узла, заключение патоморфолога – Бетезда 5.

1. Рак щитовидной железы
2. Плотный узел, быстрый рост, результат УЗИ и ТАБ

3. Лимфаденит, аденома ЩЖ
4. КТ органов шеи для диагностики распространения опухоли и изменений в л/у
5. Отсутствие распространения опухоли за пределы доли щит железы и отсутствие mts в л/у
6. Хирургическое лечение - гемитиреоидэктомия

**Больной 47 лет, предъявляет жалобы на боли в правом плечевом суставе, при осмотре выявлены правосторонний птоз и экзофтальм, а также атрофия мышц дистальных отделов правой руки. При рентгенографии грудной клетки выявлены затемнение в области верхушки правого легкого, узурация I и II ребер.**

1. Периферическая опухоль верхней доли правого легкого.( Опухоль Панкоста, рак верхушки правого легкого с инвазией грудной стенки)
2. Предъявляемые жалобы, правосторонний птоз и экзофтальм, атрофия мышц дистальных отделов правой руки, выявленное затемнение в области S1 справа, узурация I и II ребер.
3. Туберкулез, актиномикоз, метастатическое поражение легких, аневризма подключичного сосуда
4. МСКТ ОГК, МРТ ОГК, ФБС, Биопсия опухоли
5. МСКТ – подтверждение наличия мягкотканного объемного образования, вовлечение в опухолевый процесс соседних структур ( ребра, межпозвонковые отверстия, тел позвонков, канала спинного мозга), метастатическое поражение легких, плевры, костных структур, вовлечение в опухолевый процесс сосудов, лимфатических узлов. МРТ – оценка вовлечения костных и сосудистых структур в опухолевый процесс, корешков спинномозговых нервов и канала спинного мозга.- оценка операбельности. Биопсия -верификация процесса.
6. Химиолучевая терапия, возможно с последующей резекцией.

**Больной С. 38 лет поступил в клинику с жалобами на ноющие распирающие боли в левой голени, отек стопы и голени до уровня коленного сустава. Давность заболевания 2 суток. При осмотре - кожные покровы обычной окраски, температура нормальная. Местно: кожные покровы голени умеренно цианотичны, напряжены, отек левой стопы и голени (у лодыжки +1,5 см, в в/3 голени +3 см), пальпация икроножных мышц резко болезненна, симптомы Мозеса, Хоманса положительные слева. Патологических образований на голени не выявлено. Пульсация периферических артерий на всех уровнях удовлетворительная.**

1. Острый тромбоз глубоких вен левой нижней конечности
2. Клиническая картина ( характерные боли, односторонний отек)
3. Диф. Диагноз с солеус-синдромом, возможно, с артритом крупных суставов
4. УЗАС вен н/к, коагулограмма
5. При УЗАС - наличие тромбоза, локализация и уровень – предположительно до уровня ПкВ, характер тромбоза
6. Эластическая компрессия 3 к.кл, антикоагулянтная терапия

**Женщина 60 лет госпитализирована с болями в правом подреберье, лихорадкой до 39° и периодическими ознобами, механической желтухой (билирубин 250 мг %). Симптомы появились внезапно и нарастают в течение 5 дней. Год назад – холецистэктомия по поводу острого калькулезного холецистита.**

1. Острый холангит, холедохолитиаз
2. Триада Шарко – боль в правом подреберье, лихорадка и желтуха
3. С острым холециститом, абсцессом в печени, острым холецисто-панкреатитом и острым гепатитом.

4. УЗИ и дуоденоскопия – состояние желчных путей, наличие камней в протоках, состояние большого дуоденального соска (БДС), общий и биохимический анализы крови, амилазу крови и диастазу мочи -степень выраженности желтухи и воспаления, вовлеченность поджелудочной железы; РХПГ или МРТ холангиография – наличие камней в общем желчном протоке.
5. Подтверждения холедохолитиаза и холангита
6. ЭПСТ, экстракция камней, возможно стентирования холедоха

**У больной 23 лет за 12 час до поступления в клинику появились умеренные боли в верхних отделах живота, тошнота. В последующем боли локализовались над лоном и сопровождались тенезмами. Состояние больной удовлетворительное. Пульс 96 ударов в мин. Язык суховат. Живот умеренно напряжен в правой пахово-подвздошной области. Симптом Щеткина — Блюмберга отрицательный. При ректальном исследовании обнаружена болезненность передней стенки прямой кишки. Температура 37,6°С, лейкоцитоз— 14Х10<sup>9</sup>/л.**

1. Острый аппендицит тазовое расположение
2. Прослеживается симптом Кохера, умеренно напряжен живот в правой пахово-подвздошной области, при ректальном исследовании обнаружена болезненность передней стенки прямой кишки, температура 37,6°С, лейкоцитоз— 14Х10<sup>9</sup>/л.
3. С острым гастроэнтеритом, острым панкреатитом, абсцессом Дугласова пространства, воспалением придатков – яичников или маточных труб.
4. УЗИ и КТ – визуализация органов брюшной полости, в том числе червеобразного отростка, женских половых органов; наличие выпота и жидкостных скоплений; общий и биохимический анализы крови.
5. Визуализация червеобразного отростка и признаков его воспаления.
6. Экстренная аппендэктомия.

**У больной 45 лет при пальпации выявлено узловое образование размерами 2 х 2 см в правой доле щитовидной железы. Клинически выражены симптомы повышения функции щитовидной железы. При сцинтиграфии в правой доле щитовидной железы определяется очаг высокого накопления радиофармпрепарата (РФП) - (I – 131) - «горячий» узел, контрлатеральная доля не накапливает РФП.**

1. Функциональная автономия щитовидной железы
2. Симптомы гипертиреоза, накопление фармпрепарата при сцинтиграфии
3. Рак щитовидной железы, лимфаденит, киста шеи
4. УЗИ щит железы, ТАБ узлового образования, анализ крови на гормоны щит железы
5. УЗИ – образование с усиленным кровотоком, ТАБ – Бетезда 2-4, повышение Т3 и Т4, снижение ТТГ в ан крови
6. Хирургическое лечение – гемитиреоидэктомия

**28-летний мужчина в течение года страдает хроническим кашлем. Весной и осенью этого года перенес воспаление легких, которое было быстро вылечено соответствующей терапией. Объективно: гемоптоз - прожилки крови, по утрам неприятный запах изо рта, трехслойная мокрота. Слева в проекции нижней доли влажные, незвучные крупно- и среднепузырчатые хрипы. Температура 37,2°. Умеренный цианоз губ, пальцы в виде барабанных палочек.**

1. Бронхоэктатическая болезнь.
2. Хроническое течение с обострениями, качество и количество мокроты, данные физикального обследования, субфебрильная температура
3. Хронический абсцесс легкого, опухоль легкого
4. МСКТ органов грудной клетки – доказать наличие бронхоэктазов и подтвердить диагноз, общий анализ крови, фибробронхоскопия исключить другую патологию

бронхиального дерева, взять материал для посева, провести лечебную санацию. Если нет возможности выполнить МСКТ ОГК, то подготовить бронхиальное дерево и выполнить бронхографию.

5. Патологическое расширение бронхов, лейкоцитоз
6. Консервативная терапия в период обострения. Учитывая ограниченный характер поражения (н/доля слева), рекомендовать хирургическое лечение.

**У больного 58 лет 9 час назад появились боли в эпигастральной области, которые сместились в правую подвздошную область. Была тошнота и однократная рвота. Больной принимал анальгин и прикладывал к животу грелку, после чего боли стихли. На 2-е сутки боли возобновились, распространились по всему животу, появилась многократная рвота. Состояние больного тяжелое. Сознание спутанное. Эйфоричен. Пульс 128 ударов в мин, АД 95/60 мм рт. ст. Язык сухой. Живот напряжен во всех отделах и болезненный, но больше в правой подвздошной области. Симптом Щеткина — Блюмберга определяется во всех отделах. Температура 37,2°C. Лейкоцитоз— $18 \times 10^9/\text{л}$**

1. Острый деструктивный аппендицит, разлитой перитонит
2. Прослеживается четко симптом Кохера, живот напряжен во всех отделах и болезненный, но больше в правой подвздошной области, симптом Щеткина — Блюмберга определяется во всех отделах. Температура 37,2°C. Лейкоцитоз— $18 \times 10^9/\text{л}$ .
3. Перитонит любого происхождения
4. УЗИ, возможно и КТ – признаки деструктивного аппендицита, наличие свободной жидкости в брюшной полости и возможность под контролем УЗИ пункционно взять ее для исследования.
5. Визуализация червеобразного отростка и признаков его воспаления, наличие свободной жидкости в брюшной полости.
6. Экстренная аппендэктомия.

**Больной 22 лет поступает с болями в правом надплечье, одышкой, которые появились без видимой причины и прогрессируют в течение 4-5 часов. Состояние вполне удовлетворительное, астенического сложения, одышка до 24 дых/мин. Перкуторно над правой половиной груди резонирующий «коробочный» звук, аускультативно дыхание справа практически не проводится.**

1. Спонтанный пневмоторакс справа
2. Предъявляемые жалобы, данные физикального обследования, тахипноэ
3. Диагноз ясен.
4. Рентгенография ОГК, в последствии МСКТ ОГК
5. Коллапс правого легкого, скорее всего III степени; Результаты КТ: субплевральные буллы
6. Дренаж плевральной полости. Атипичная резекция легкого.

**Мужчина 45 лет поступает с жалобами на схваткообразные боли в животе, повторную рвоту с примесью желчи и неприятным запахом. В анамнезе – ушивание прободной язвы 12-перстной кишки 20 лет назад. Объективно: живот вздут, без перитонеальных симптомов. В проекции срединного послеоперационного рубца определяется грыжа 15 x 10 см., которая легко вправляется, при этом определяется шум «плеска». Рентгенологически множественные тонкокишечные уровни и большой уровень в желудке.**

1. Острая спаечная тонкокишечная непроходимость
2. Схваткообразные боли, многократная рвота, в анамнезе – операция
3. Прободная язва, острый холецистит, острый панкреатит
4. Необходимое обследование выполнено
5. Рентгенологические уровни жидкости и «шум плеска» подтверждают диагноз
6. При отсутствии эффекта от консервативной терапии – срочная операция

**Больной 60 лет, после переохлаждения, отмечает повышении температуры до 38,5 °С. Через несколько дней самолечения на фоне озноба развился приступ кашля с одномоментным отхождением большого количества гнойной мокроты «полным ртом».**

1. Острый абсцесс легкого
2. Переохлаждение в анамнезе, повышение температуры тела, кашель с отхождением большого количества мокроты одномоментно.
3. Пневмония, бронхоэктатическая болезнь.
4. Рентгенография органов грудной клетки, общий анализ крови, ФБС
5. Полость распада в проекции легочной ткани с перифокальной инфильтрацией ткани и горизонтальным уровнем жидкости внутри; лейкоцитоз; Дренажный бронхит
6. Консервативное лечение: антибактериальная терапия, муколитики, постуральный дренаж, при необходимости курс санационных бронхоскопий. При затяжном течении возможно использование катетеризации полости абсцесса. При хронизации процесса – оперативное лечение.

**У больного 71 года при поступлении в отделение в правой паховой области отмечается образование выше паховой связки размером 6x5 см, мягкоэластической консистенции, безболезненное при пальпации, не опускающееся в мошонку. Элементы семенного канатика не утолщены, пульсация нижней эпигастральной артерии снаружи от образования. Симптом «кашлевого толчка» положителен, образование легко вправляется в брюшную полость. При ректальном исследовании предстательная железа увеличена в размерах, количество остаточной мочи—220 мл.**

1. Аденома предстательной железы, острая задержка мочи, вправимая правосторонняя паховая грыжа.
2. Увеличенная предстательная железа, большое количество остаточной мочи, грыжевидное выпячивание выше паховой связки, мягко эластической консистенции, безболезненное при пальпации и легко вправляющаяся в брюшную полость.
3. Рак предстательной железы
4. УЗИ и МРТ мочеполовых органов-визуализация предстательной железы и мочевого пузыря с вычислением объёмов; визуализация пахового канала и смещение в нем мягких тканей органов брюшной полости.
5. Визуализация предстательной железы и мочевого пузыря с вычислением объёмов

6. Катетеризация мочевого пузыря или установка цистостомы.

**Мужчина 50 лет жалуется на незначительные и периодические выделения гноя из перианальной области в течение последнего года. Примерно два года назад амбулаторно и «без наркоза» вскрыт гнойник в промежности. Объективно: в перианальной области на 7 часах определяется точечный дефект с инфильтрацией вокруг; пальцевое исследование прямой кишки умеренно болезненное, сопровождается выделением из отверстия капельки гноя.**

1. Хронический парапроктит свищевая форма
2. Диагноз поставлен на основании незначительных и периодических выделений гноя из перианальной области
3. Рак прямой кишки, трещина прямой кишки
4. Методы исследования: ректороманоскопия, колоноскопия, фистулография КТ с контрастированием свищевого канала
5. Для определения источника свищевого хода
6. Иссечение свищевого хода.

**Больной 49 лет поступил в клинику с жалобами на боли в области заднего прохода, возникающие во время акта дефекации и продолжающиеся длительное время после его завершения, выделения слизисто-гнойного характера из прямой кишки, периодически появляющаяся примесь крови в кале, чувство неполного опорожнения кишечника после дефекации. Указанные жалобы беспокоят в течение последних 4 месяцев.**

1. Опухоль прямой кишки
2. На основании жалоб
3. Хронический парапроктитит, анальная трещина
4. Ректоскопия с биопсией, колоноскопия (биопсия)
5. Верификация диагноза
6. В зависимости от полученных результатов обследования.

**У больного 56 лет около года назад внезапно появились резкие боли в правой стопе и голени, онемение. Вскоре эти явления прошли, но впоследствии стал отмечать боли в правой ноге при ходьбе, появление их через каждые 100 м. Больной страдает ишемической болезнью сердца, 3 года назад перенес инфаркт миокарда. Общее состояние больного удовлетворительное, пульс 84 удара в минуту, аритмичный. Кожные покровы правой стопы и голени бледные, прохладные на ощупь. Активные движения в полном объеме. Пульсация бедренной артерии на уровне паховой складки отчетливая, на подколенной и артериях стопы — не определяется.**

1. Облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей. ХАН II Б ст
2. Возраст, пол, ИМ и эпизод острой ишемии н/к в анамнезе, длительность анамнеза заболевания, клиническая симптоматика, дистанция безболевой ходьбы
3. Диф. Диагноз с другими окклюзионными заболеваниями сосудов
4. Липидный профиль (системный характер заболевания), УЗАС артерий (характер и уровень поражения), ангиография (при необходимости, после консультации ангиохирурга, для решения вопроса о возможности реконструктивной операции), консультация кардиолога
5. Повышение холестерина за счет ЛОНП и ЛНП, атеросклеротическое поражение артерий при УЗАС со стенозом правой подколенной артерии
6. При отсутствии противопоказаний со стороны соматического статуса и в зависимости от характера и протяженности стеноза — решение вопроса о реконструктивном (протезирование, шунтирование) лечении.



**У больной 28 лет через несколько дней после перенесенного гриппа вновь повысилась температура до субфебрильных цифр, появились боли в области щитовидной железы с иррадиацией в ухо. При осмотре щитовидная железа увеличена до III степени, резко болезненная при пальпации. Имеются клинические признаки легкого тиреотоксикоза. При УЗИ отмечается выраженная неоднородность и гипоехогенность щитовидной железы.**

1. Подострый тиреоидит де Кервена
2. Боль в области щитовидной железы, повышение температуры, заболела после перенесенного гриппа
3. Шейный лимфаденит, абсцесс щитовидной железы
4. Анализ крови на гормоны щитовидной железы
5. Повышение уровня Т4 и Т3, норм или сниженный ТТГ
6. Консервативное лечение – глюкокортикоиды, НПВС

**Больной 42 лет поступил с жалобами на резкие боли в заднем проходе, которые усиливаются при ходьбе и акте дефекации. Боли возникли 3 суток назад. Ранее периодически отмечал небольшие кровотечения алой кровью из прямой кишки. Состояние больного удовлетворительное. Пульс 92 уд. в мин, температура не повышена. Кожные покровы анальной области гиперемированы, по всей окружности анального отверстия выступают крупные, размерами до 3х2 см геморроидальные узлы, багрово-синюшного цвета. Узлы напряжены, плотные на ощупь, резко болезненны.**

1. Острый тромбоз геморроидальных узлов
2. Геморроидальный анамнез, кожные покровы анальной области гиперемированы, по всей окружности анального отверстия выступают крупные, размерами до 3х2 см геморроидальные узлы, багрово-синюшного цвета, узлы напряжены, плотные на ощупь, резко болезненны.
3. Трещина анального канала, рак прямой кишки или анального канала.
4. Ректальное исследование, ректороманоскопия, колоноскопия – исключать онкологическое заболевание.
5. Исключать онкологическое заболевание и подтвердить острый тромбоз геморроидальных узлов.
6. Под местной анестезией небольшой разрез или прокол тромбированного узла, удаление тромба и лазерное «сваривание» изнутри узла.

**У больного 23 лет с паховой грыжей после поднятия тяжести грыжа перестала вправляться, появились сильные боли в области грыжевого выпячивания. При осмотре – общее состояние удовлетворительное, грыжевое выпячивание при пальпации резко болезненное, в брюшную полость не вправляется.**

1. Ущемленная паховая грыжа
2. Перестала вправляться грыжа, грыжевое выпячивание при пальпации резко болезненное, в брюшную полость не вправляется
3. Невправимая паховая грыжа
4. Тест на кашлевой толчок, УЗИ – визуализация элементов грыжи
5. Исключить онкологическое заболевание и выявить признаки ущемления
6. Экстренная операция

**В стационар поступил больной с диагнозом «острый аппендицит». Заболел 12 часов назад, когда у больного появились боли в правой подвздошной области, иррадиирующие в поясницу и в паховую область. Была тошнота, однократная рвота, отмечал учащение мочеиспускания. Состояние больного удовлетворительное. Пульс 88 ударов в мин. Язык суховат. Живот в правой половине умеренно напряжен и болезнен лишь при глубокой пальпации. Симптом «псоас» положительный. Симптом Щеткина — Блюмберга отрицательный. Пальпация правой поясничной области также несколько болезненна.**

### **Лейкоцитоз—13 x10<sup>9</sup>/л**

1. Острый аппендицит, ретроперитонеальное расположение отростка
2. Невыраженность симптомов в правой подвздошной области, положительный симптом Образцова
3. Почечная колика, прободная язва, колит
4. УЗИ, анализ мочи
5. При УЗИ – измененный отросток, отсутствие расширения ЧЛС пр почки,
6. Экстренная операция

**У больного 26 лет 4 часа назад появилась резкая слабость, головокружение, рвота алой кровью. Состояние больного тяжелое. Кожные покровы бледные, покрыт холодным потом, пульс 110 ударов в минуту слабого наполнения. АД—90/60 мм рт. ст. Нв—70г/л.**

1. Желудочно-кишечное кровотечение
2. Клиническая картина соответствует профузному кровотечению, шоковый индекс более 1
3. Кровотечение из варикозных вен пищевода, легочное кровотечение
4. ЭГДС, источник кровотечения и классификация по Форест
5. Вероятнее всего, источник – язва желудка, Форест 1 а
6. Экстренная операция – резекция желудка

**У больной 38 лет, страдающей желчнокаменной болезнью, сутки назад появились сильные боли в правом подреберье и эпигастрии, с иррадиацией в правую лопатку, тошнота. Во время болевого приступа был озноб, повысилась температура тела до 38°C. Приступ удалось купировать приемом двух таблеток баралгина. Через сутки после приступа появилась желтуха и оставались боли в эпигастрии. Состояние больной средней тяжести. Кожа и склеры желтой окраски, пульс 98 уд.в мин. Язык влажный, живот при пальпации мягкий во всех отделах, болезненный в эпигастрии. Желчный пузырь не пальпируется. Перитонеальных симптомов нет. Билирубин крови 120 мкм/л, диастаза мочи 1024 ед.**

1. Холедохолитиаз, холангит, механическая желтуха, вторичный панкреатит
2. В анамнезе – желчнокаменная болезнь, клиническая картина соответствует осложнению ЖКБ
3. Острый панкреатит, прободная язва, интерстициальная желтуха
4. УЗИ органов брюшной полости, ЭГДС,
5. При наличии вклиненного конкремента в Фатеров сосок - РХПГ, папиллосфинктеротомия
6. Консервативное лечение острого панкреатита, отсроченная холецистэктомия

**Мужчина 50 лет поступает с жалобами на боли в правой подвздошной области, повышение температуры тела до 38°. Анамнез в течение 5 дней, когда внезапно появились боли в указанной области, сопровождавшиеся кратковременным ознобом, лихорадкой. Объективно: в правой подвздошной области определяется умеренно болезненный инфильтрат. Перитонеальных симптомов нет. На фоне антибактериальной терапии на 3-4 день исчезновение инфильтрата и нормализация температуры.**

1. Острый аппендицит, аппендикулярный инфильтрат
2. Боли в правой подвздошной области, повышение температуры тела до 38°. Анамнез в течение 5 дней, когда внезапно появились боли в указанной области, сопровождавшиеся кратковременным ознобом, лихорадкой
3. Дивертикулит,
4. ОАК,УЗИ брюшной полости, RG брюшной полости.
5. Источник инфильтрата, размеры инфильтрата
6. Консервативные методы, оперативное лечение в случае абсцесса

**У больного 18 лет 2 часа назад внезапно появились «кинжальные» боли в эпигастрии, а затем боли по всему животу. Ранее беспокоила изжога, боли натошак, ночью. Состояние больного средней тяжести. Живот втянут, в дыхании не участвует. При пальпации отмечается резкая болезненность по всему животу, разлитое напряжение мышц, положительный симптом Щеткина — Блюмберга. Печеночная тупость сглажена. Температура 36,6°С, лейкоциты—7,1 x10<sup>9</sup>/л**

1. Язвенная болезнь 12-перстной кишки, перфорация язвы
2. Возраст, длительность и характер анамнеза (ЯБ), наличие патогномичных симптомов перфорации (с-м Спигарного), раздражения брюшины
3. Острый панкреатит, острый деструктивный холецистит
4. Обзорная рентгенография ОГК
5. Скопление воздуха под правым куполом диафрагмы
6. Экстренная операция (Операция выбора – ушивание язвы и противоязвенная терапия в послеоперационном периоде. В связи с небольшой давностью перфорации и при отсутствии явлений разлитого перитонита может быть выполнена стволовая ваготомия, иссечение язвы с пилоропластикой)

**40-летний алкоголик госпитализируется с жалобами на общее недомогание, боли в правой половине груди, температуру до 39° с ознобами. Заболел около недели назад, когда после многодневного запоя появились и прогрессируют указанные нарушения. Рентгенологически при поступлении массивная очаговая инфильтрация в проекции верхней доли справа. Вечером того же дня приступ кашля с обильной зловонной мокротой; на этом фоне некоторое улучшение состояния, снижение температуры тела.**

1. Острый абсцесс верхней доли правого легкого
2. Злоупотребление алкоголем в анамнезе может говорить об аспирации, которая явилась причиной развития данной патологии, высокая температура тела, кашель с отхождением большого количества мокроты одномоментно.
3. Пневмония, бронхоэктатическая болезнь.
4. Рентгенография органов грудной клетки, общий анализ крови, посев мокроты, ФБС
5. Полость распада в проекции в/доли правого легкого с перифокальной инфильтрацией ткани и горизонтальным уровнем жидкости внутри; лейкоцитоз; Дренажный бронхит
6. Консервативное лечение: антибактериальная терапия, муколитики, постуральный дренаж, при необходимости курс санационных бронхоскопий. При затяжном течении возможно использование катетеризации полости абсцесса. При хронизации процесса – оперативное лечение.

**Больной С, 36 лет, поступил в стационар с жалобами на боли и тяжесть в эпигастрии после приема пищи в течение 5-6 часов. Ежедневно возникает рвота желудочным содержимым с примесью пищи, съеденной за 8-10 часов до этого. Из анамнеза известно, что в течение 12 лет пациент страдает язвенной болезнью 12 п. кишки, неоднократно лечился в стационарах. В течение 2-х лет отмечает тяжесть в эпигастрии после приема пищи в течение 2-3 часов. Последнее обострение язвенной болезни 6 месяцев назад, было проведено консервативное лечение с положительным эффектом. Настоящие симптомы беспокоят в течение 3 недель.**

1. Язвенная болезнь 12-перстной кишки, рубцовый язвенный стеноз
2. Рвота пищей, съеденной накануне, тяжесть после еды, язвенная болезнь в анамнезе
3. Рак желудка
4. ЭГДС, Р-графия желудка с барием
5. При ЭГДС – сужение и рубцовая деформация луковицы ДПК, при р-графии – задержка бария в желудке более 12 часов
6. Хирургическое лечение – резекция желудка по Бильрот 1

**В приемный покой больницы доставлена пациентка с диагнозом «ущемленная пупочная грыжа». Давность ущемления 8 часов. К моменту осмотра врачом грыжа самостоятельно вправилась. Объективно – живот мягкий, безболезненный. При натуживании в области пупочного кольца имеется болезненное грыжевое выпячивание, которое легко вправляется в брюшную полость.**

1. Пупочная грыжа, состояние после ущемления
2. Наличие грыжи, отсутствие симптомов ущемления на момент осмотра
3. Ущемленная грыжа. предбрюшинная липома
4. Объективное обследование – осмотр, пальпация.
5. Динамическое наблюдение в течении суток в условиях хирургического стационара
6. Экстренная операция при появлении симптомов перитонита, при их отсутствии – плановая герниотомия

**Больной 80 лет в течение последних шести месяцев отмечает затруднения при дефекации, слизь и следы темной крови в кале. За 3 суток до поступления в клинику появились схваткообразные боли в животе, перестали отходить газы, не было стула. Общее состояние больного тяжелое, язык сухой, обложен белым налетом. Тахикардия до 90 в минуту, пульс слабого наполнения, единичные экстрасистолы. АД 110/60 мм.рт.ст. Живот равномерно вздут, временами видна на глаз перистальтика кишечника, пальпаторно живот мягкий, умеренно болезненный. Кишечные шумы отсутствуют. Симптомов раздражения брюшины нет. При пальцевом исследовании прямой кишки пустая, зияющая ампула. В анамнезе инфаркт миокарда, гипертоническая болезнь.**

1. Опухоль сигмовидной кишки? Острая обтурационная толстокишечная непроходимость.
2. За опухолевый генез заболевания говорит наличие синдрома патологических выделений, длительное нарушение стула. Постепенное нарастание симптомов ОКН говорит об обтурационном характере.
3. Диф. Диагностика не требуется
4. Для подтверждения д-за – обзорная рентгенография ОБП
5. Уровни жидкости на рентгенограмме
6. Начать лечение необходимо с комплекса консервативных мероприятий по разрешению непроходимости (сифонная клизма, спазмолитики). При отсутствии эффекта больного необходимо оперировать. При локализации опухоли в сигмовидной кишке—произвести ее резекцию с наложением одноствольной колостомы, в случае неоперабельности—двуствольную колостому.

**Больной 55 лет жалуется на выделение малоизмененной крови со слизью из заднего прохода во время и помимо дефекации, чувство неполного опорожнения. Указанные жалобы появились и прогрессируют последние 2-3 месяца.**

1. Рак прямой кишки
2. На выделение малоизмененной крови со слизью из заднего прохода во время и помимо дефекации, чувство неполного опорожнения
3. Трещина прямой кишки, внутренний, наружный геморрой, дивертикул толстой кишки
4. ОАК, биохимический анализ крови. УЗИ брюшной полости, колоноскопию. При выявлении объемного образования биопсию последнего.
5. Определение источника кровотечения
6. Оперативное

**Мужчина 74 лет, госпитализирован по поводу появившейся более месяца тому назад желтухи. Состояние тяжелое, билирубин 480 ммоль/л, олигурия. Выявить предшествующих появлению желтухи симптомов не удается, испытывает кожный зуд. При УЗИ выявляется расширение общего желчного протока до 22 мм, резкое расширение**

**внутрипеченочных желчных протоков, увеличение размера желчного пузыря, отсутствие конкрементов в нем; расширен до 8 мм панкреатический проток, головка поджелудочной железы увеличена за счет гипозоногенного образования до 6-7 см диаметром, без четких контуров; остальные отделы поджелудочной железы существенно не изменены.**

1. Рак головки поджелудочной железы
2. Появившейся более месяца тому назад желтухи, испытывает кожный зуд.
3. Желчекаменная болезнь, дивертикул 12-перстной кишки, полип 12-перстной кишки
4. УЗИ брюшной полости, ЭГДС, КТ брюшной полости с контрастированием, РХПГ
5. Определение источника опухолевидного образования.
6. В зависимости от причины заболевания

**Больного Г., 24 лет, в течение 3 лет беспокоят боли в эпигастральной области, возникающие через 1-1.5 часа после приема пищи и в ночные часы, изжога. 3 часа назад пациент отметил появление острой боли в эпигастральной области, которая распространилась по всему животу, затруднение дыхания в вертикальном положении. При осмотре - состояние больного средней тяжести, находится в положении на правом боку с подогнутыми коленями, температура тела 36,8С, отмечается тахикардия до 90 уд. в минуту.**

1. Перфоративная язва желудка
2. В анамнезе – язвенная болезнь, острое начало, сильная боль, вынужденное положение тела, симптомы интоксикации
3. Острый холецистит, острый аппендицит, панкреатит
4. Р-графия органов брюшной полости
5. Рентгенологически «серп» воздуха под диафрагмой – признак перфорации полого органа
6. Экстренная операция

**Больному 36 лет через 12 часов после ущемления косой паховой грыжи сделана операция. В грыжевом мешке оказались две жизнеспособные петли тонкой кишки. Операция закончена грыжесечением и пластикой пахового канала. На следующий день у больного развилась клиника перитонита. С каким видом ущемления столкнулся хирург? Какая ошибка допущена им во время операции? Какова лечебная тактика?**

1. Ретроградное ущемление паховой грыжи, перитонит.
2. 12 часов ущемления не могут протекать без изменения ущемленных органов, наличие двух петель кишечника в грыжевом мешке- значит необходимо ревизовать петлю их соединяющуюся.
3. Любые технические погрешности во время операции
4. Лапаротомия – ревизия органов брюшной полости.
5. Участок деструкции кишечника, признаки перитонита.
6. Экстренная лапаротомия, объём и вид операции по результату лапаротомии

**У больного 68 лет, с двумя инфарктами миокарда в анамнезе, 3 дня назад был приступ резких болей в правом подреберье, который быстро самостоятельно купировался. Через 10 часов вновь появились боли в правом подреберье, принявшие постоянный и нарастающий характер. Была повторная рвота желчью. Температура повысилась до 38 °С. Ранее при УЗИ были выявлены плотные включения в желчном пузыре. Состояние больного средней тяжести, пульс 98 уд. в мин. Язык суховат, обложен белым налетом. Живот умеренно напряжен и болезнен в правом подреберье, где пальпируется дно желчного пузыря. Симптомы Ортнера и Мюсси положительны, симптом Щеткина— Блюмберга положителен только в правом подреберье.**

1. Острый калькулезный деструктивный холецистит
2. В анамнезе – ЖКБ, острое начало, тяжелое состояние, интоксикация, отсутствие эффекта от лечения

3. Прободная язва, острый панкреатит
4. Анализ крови б/х, ОАК
5. Лейкоцитоз, повышение СОЭ, повышение уровня трансаминаз
6. Учитывая кардиологический анамнез, при отсутствии эффекта от консервативной терапии, больному показана декомпрессия желчного пузыря - чрескожная или лапароскопическая холецистостомия

**У больной 45 лет в течение последнего года стало появляться выпячивание ниже паховой складки справа и дизурия. За 5 часов до поступления в клинику выпячивание увеличилось в размерах, стало резко болезненным. При осмотре в правой паховой области имеется выпячивание размерами 6х6 см, резко болезненное, не вправляющееся в брюшную полость, симптом «кашлевого толчка» отрицателен. Ваш диагноз и тактика лечения? С чем может быть связана дизурия?**

1. Ущемленная бедренная грыжа
2. Образование плотное болезненное невправляющееся ниже паховой складки, отрицательный симптом кашлевого толчка
3. Паховый лимфаденит
4. Объективного обследования достаточно для постановки диагноза
5. Явления дизурии могут быть связаны с попаданием в грыжевой мешок стенки мочевого пузыря («скользящая грыжа»)
6. Экстренная операция

**У больного 49 лет в течение 6 лет отмечается высокая перемежающаяся хромота, боли в мезогастрии, усиливающиеся после еды, высокие цифры артериального давления. По поводу болей в животе обследован в стационаре, но проведенные исследования (рентгенография желудка, холеграфия, гастродуоденоскопия и лапароскопия) патологии не выявили. Гипотензивная терапия эффекта не дала. Артериальное давление держалось на цифрах 260/160 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах, перистальтика отчетливая. Кожные покровы обеих нижних конечностей бледные, прохладные на ощупь. Активные движения в полном объеме. Пульсация артерий не определяется на всем протяжении нижних конечностей.**

1. Облитерирующий атеросклероз с преимущественным поражением брюшного отдела аорты. Синдром Лериша.
2. Поражение чревного ствола - боли в мезогастрии, поражение почечных артерий - высокие цифры артериального давления, отсутствие эффекта от гипотензивной терапии, синдром Лериша - высокая перемежающаяся хромота, пульсация артерий не определяется на всем протяжении нижних конечностей
3. Диф. Диагноз – с другими окклюзивными заболеваниями
4. Начать с УЗАС аорты и артерий н/к, ангиография (для решения вопроса о возможности и характере реконструктивной операции), липидный профиль
5. При УЗАС – атеросклеротическое поражение артерий н/к и аорты, оценить степень, уровень и протяженность стеноза (окклюзии). В липидном профиле – повышение уровня ХС за счет ЛОНП и ЛНП.
6. По результатам ангиографии и консультации ангиохирурга возможно хирургическое лечение

**Больной 52 лет в течение трех последних месяцев отмечает умеренные боли в правой подвздошной области, вздутие живота, сильное урчание кишечника, слабость, субфебрильную температуру. В последнее время появились запоры, сменяющиеся жидким стулом с примесью крови. Три дня назад боли в животе значительно усилились и приняли схваткообразный характер, перестали отходить газы. Состояние средней тяжести, пульс 94 удара в минуту, язык суховат, обложен белым налетом. Живот вздут, при**

**пальпации мягкий, болезненный в правой подвздошной области, симптомов раздражения брюшины нет. Перистальтика кишечника резонирующая. При обзорной рентгеноскопии брюшной полости выявлены множественные горизонтальные уровни жидкости.**

1. Опухоль левой половины ободочной кишки, острая обтурационная кишечная непроходимость
2. Клиническая картина свидетельствует о постепенном сужении просвета кишки и появлении симптомов непроходимости, р-графия ОБП подтверждает наличие кишечной непроходимости
3. Опухоль правой половины ободочной кишки, копростаз, колит
4. Пальцевое исследование прямой кишки, колоноскопия биопсия
5. Обнаружение опухоли, стенозирующей просвет кишки
6. При отсутствии эффекта от консервативной терапии (сифонная клизма, инфузионная терапия) – срочная операция – обструктивная резекция по Гартману

**Больная 60 лет госпитализируется с жалобами на наличие болезненного уплотнения в левой ягодице, повышение  $t^{\circ}$  до 37,5. Полгода назад перенесла инфаркт миокарда, после чего бесконтрольно принимает варфарин. Последние две недели «ставили уколы от боли в спине», с чем и связывает начало заболевания. Объективно: левая ягодичная область заметно увеличена за счет большого флюктуирующего кровоподтека.**

1. Постинъекционная нагноившаяся гематома ягодичной области
2. В анамнезе – прием варфарина
3. Клиническая картина однозначна
4. Пальпации достаточно для постановки диагноза
5. Инфильтрат с флюктуацией и признаки общей интоксикации
6. Экстренная операция – вскрытие и дренирование абсцесса ягодичной области

**У больного 38 лет за шесть часов до поступления в клинику внезапно появились схваткообразные боли в животе, перестали отходить газы, была многократная рвота. Стул был за несколько часов до заболевания. Состояние тяжелое, беспокоен, часто меняет положение в постели, бледен, акроцианоз, пульс 110 ударов в мин, АД 90/60 мм рт. ст., язык сухой, живот умеренно вздут в верхних отделах, в области пупка пальпируется овальной формы плотноэластическое образование, над которым перкуторно определяется тимпанит. Перистальтика кишечника отсутствует.**

1. Ущемленная пупочная грыжа, острая тонкокишечная странгуляционная непроходимость
2. Невправимое болезненное плотное образование в области пупочного кольца, отрицательный «кашлевой толчок», схваткообразные боли и многократная рвота
3. Ситуация не требует дифференциальной диагностики
4. Р-графия органов брюшной полости
5. Множественные уровни жидкости на Р-грамме – признак кишечной непроходимости
6. Экстренная операция - герниотомия

**У больной 28 лет вскоре после еды появились резкие боли в животе, которые затем приняли схваткообразный характер, перестали отходить газы, не было стула, была многократная рвота. Общее состояние средней тяжести, беспокойна, стонет, пульс 80 ударов в мин., язык суховат, живот умеренно вздут. В анамнезе - аппендэктомия. При пальпации живот мягкий, умеренно болезненный. Симптомов раздражения брюшины нет. Определяется “шум плеска”. При обзорной рентгеноскопии брюшной полости отмечены повышенная пневматизация кишечника и уровни жидкости в мезогастральной области.**

1. Странгуляционная, спаечная кишечная непроходимость

2. Появились резкие боли в животе, которые затем приняли схваткообразный характер, перестали отходить газы, не было стула, была многократная рвота. В анамнезе - аппендэктомия.
3. Язвенная болезнь желудка, гастрит,
4. УЗИ брюшной полости, РГ брюшной полости, КТ брюшной полости
5. Определить уровень странгуляции если возможно
6. Если консервативная терапия не эффективна, провести оперативное лечение.

**Больного 62 лет в течение 10 лет беспокоит боль в левой ноге, в летнее время может пройти без остановки 50 м. Общее состояние больного удовлетворительное. Кожные покровы левой стопы и голени бледные, прохладные на ощупь, активные движения в полном объеме. Пульсация бедренной артерии под паховой складкой отчетливая, на подколенной и артериях стопы не определяется. При ангиографии получено изображение бедренной артерии до уровня средней трети бедра. Контуры ее неровные, извитые. Подколенная артерия заполняется через хорошо выраженные коллатерали.**

1. Хроническая артериальная недостаточность нижних конечностей, IIБ ст. По классификации Покровского -Фонтена.
2. 10 лет беспокоит боль в левой ноге, в летнее время может пройти без остановки 50 м.
3. Дорсопатия с корешковым синдромом, остеохондроз суставов стоп,ХВН
4. Обследование: УЗАС, липидный профиль крови, кровь на СРБ и иммуноглобулины
5. Лечение: Бедренно-подколенное шунтирование+ Консервативная ангиотропная терапия

**У больного 39 лет, страдающего в течение многих лет язвой двенадцатиперстной кишки, появилось чувство тяжести в желудке после еды, отрыжка тухлым, периодически возникает рвота съеденной накануне пищей. Состояние больного удовлетворительное. Живот мягкий. Определяется натощак «шум плеска». При рентгеноскопии установлено, что желудок значительных размеров, начальная эвакуация замедлена, пилорoduоденальный отдел сужен; в луковице двенадцатиперстной кишки на задней стенке имеется «депо» бариевой взвеси. Через 12 часов часть бариевой взвеси остается в желудке.**

1. Язвенная болезнь 12-перстной кишки, осложненная субкомпенсированным пилорoduоденальным стенозом
2. В течение многих лет страдает язвой двенадцатиперстной кишки, появилось чувство тяжести в желудке после еды, отрыжка тухлым, периодически возникает рвота съеденной накануне пищей.
3. Рак желудка
4. ЭГДС, с биопсией, УЗИ брюшной полости
5. Лечение: СПВ или резекция желудка



### Задача 1

Больная 31 лет обратилась в клинику с жалобами на умеренно болезненные опухолевидные образования в правой молочной железе.

Из анамнеза известно, что опухолевидное образование обнаружила самостоятельно около 2 мес. назад. При УЗИ и маммографии – признаки двух округлых образований около 1 см в диаметре с четкими контурами (фиброаденомы). Выполнена пункция образований, при цитологическом исследовании – атипии не получено. Выполнена операция секторальная резекция из разреза в области внутренних квадрантов МЖ и ареолы по нижнемедиальному краю. При гистологическом исследовании – клетки карциномы. Гинекологический анамнез: Mensis с 13 лет. P-0, A-0. Изменений со стороны органов малого таза при УЗИ не выявлено.

*При осмотре:* состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. Тоны сердца ритмичны, ясные. Артериальное давление 110 и 60 мм.рт.ст. Пульс 67 в минуту. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Печень перкуторно не увеличена. Живот мягкий, безболезненный. Дизурических расстройств нет, стул в норме.

Местный статус: левая МЖ не изменена. Правая железа обычных размеров, выделений из соска нет, пальпаторно – без образований, видны рубцы после секторальной резекции регионарные л/узлы не пальпируются. Видимые изменения представлены на рисунке 1.

*Анализ крови:* гемоглобин 12,5 г%, эритроциты – 4.4 x 10<sup>6</sup>, лейкоциты - 7 x 10<sup>3</sup>, СОЭ –19 мм/ч.



#### Дополнительные данные по результатам обследования:

1. Комп.томография ОГП и брюшной полости с контрастированием: без очаговых и инфильтративных изменений.
2. Сцинтиграфия костей скелета: изменений патологического накопления в костях не выявлено.
3. При гистологическом исследовании удаленных образований – клетки карциномы. ИГХ – в работе.
4. Задание:
5. 1. Назовите неточности в доклиническом обследовании больной и проведенном хирургическом лечении.
6. 2. Предложите алгоритм обследования больной для решения вопроса о тактике лечения (инструментальные методы исследования, гистологические и ИГХ методы исследования).
7. 3. Уточните, что по данным ИГХ определяет алгоритм лечения больной?
8. 4. Сформулируйте окончательный диагноз больной РМЖ по TNM с учетом данных
9. по ИГХ: (РЭ+, РП+, Ki-67 >30%, Her-2 neu - положительный).
10. 5. Определите тактику комбинированного лечения данной больной РМЖ.
11. 6. Сформулируйте прогноз 5-летней выживаемости данной больной.

#### Ответы к задаче №1:

1. Не выполнены дополнительные инструментальные методы исследования в полном объеме
2. КТ ОГК, МРТ молочных желез с контрастированием, повторная биопсия, ИГХ
3. По данным ИГХ определяется схема комбинированного лечения больной (неoadьювантное, хирургическое, адьювантное, гормонотерапия, таргетная терапия)

4. T2NxM0
5. Неoadьювантное + хирургическое + адьювантное, +гормонотерапия + таргетная терапия
6. Зависит от эффективности всего комбинированного лечения

## Задача 2

Больная 64 лет обратилась в клинику с жалобами на опухолевидное образование в левой молочной железе, умеренно болезненное при пальпации, изменения кожи левой молочной железы, общую слабость, похудание.

Из анамнеза известно, что опухолевидное образование обнаружила самостоятельно около 7 мес. назад. Около 2 мес. назад отметила изменения на коже

*Гинекологический анамнез:* менопауза с 51 лет

*При осмотре:* состояние средней тяжести. Кожные покровы бледной окраски. Тоны сердца ритмичны, приглушены. Артериальное давление 115 и 70 мм.рт.ст. Пульс 87 в минуту. Дыхание везикулярное, с жестким оттенком, ослабленное базальных отделах. Печень не увеличена. Живот мягкий, безболезненный. Дизурических расстройств нет.

Местный статус: правая МЖ: явления возрастной инволюции, пальпаторно – без особенностей. Левая МЖ несколько уменьшена в размерах. Видимые изменения представлены на рисунке 1. В верхних квадрантах левой молочной железы пальпируется опухолевидное образование 4х6х3см с полициклическими, нечеткими контурами. Положительны симптомы умбиликации и Прибрама. Регионарные лимфатические узлы пальпируются в подмышечной области до 2,5 см в диаметре. Выполнена пункция образования и сторожевого л/узла.

*Анализ крови:* гемоглобин 8,6 г%, эритроциты – 3.7 x 10<sup>6</sup>, лейкоциты - 10 x 10<sup>3</sup>, СОЭ –39 мм/ч.

*Маммография (см. рисунок 2):* В верхних квадрантах левой молочной железы определяется опухолевидное образование с нечеткими контурами, полициклическое, отмечена выраженная «тяжистость».



Дополнительные данные по результатам обследования:

1. Результаты пункции: гистологически : инфильтративный дольковый рак.
2. ИГХ: Ki -67 > 40%, PЭ+,РП+, Her-2neu “+”
3. Комп.томография ОГП и брюшной полости с контрастированием: без очаговых и инфильтративных изменений.
4. Сцинтиграфия костей скелета: изменений патологического накопления в костях не выявлено.
5. При пункции сторожевого л/узла в левой подмышечной области – получены клетки долькового РМЖ

6. Задание:

7. 1.Предложите алгоритм обследования больной раком МЖ для определения
8. тактики комбинированно лечения (инструментальные методы, инвазивные методы
9. исследования, гистологические и ИГХ методы).
10. 2.Уточните, что по данным ИГХ определяет алгоритм лечения больной?
11. 3.Какие симптомы можно продемонстрировать при осмотре молочной железы с различными новообразованиями?
12. 4.Сформулируте окончательный диагноз больной РМЖ по TNM с учетом имеющихся данных.
13. 5.С чем может быть связана анемия у данной больной.
14. 6.Определите тактику комбинированного лечения данной больной РМЖ.

Ответы к задаче №2:

1. КТ ОРГ и брюшной полости с контрастированием, МСРТ молочных желез с контрастированием, УЗИ малого таза, скенирование костей, биопсия опухоли и сторожевого л/узла, гистологическое и ИГХ исследование
2. По данным ИГХ определяется схема комбинированного лечения больной (неoadьювантное, хирургическое, адьювантное, гормонотерапия, таргетная терапия)
3. Кенига, “лимонной” корки, Прибрама.
4. T3N1M0
5. Анемия связана с опухолевым процессом
6. Неoadьювантное, хирургическое, адьювантное, гормонотерапия, таргетная терапия.

**Задача 3**

Больная 84 лет обратилась в клинику с жалобами на опухолевидное умеренно болезненное образование в области рубца правой молочной железе, гиперемиию кожи в области рубца, общую слабость, похудание.

Из анамнеза известно, что 6 лет назад больной выполнена мастэктомия по поводу рака правой молочной железы T2N0M0, гистологически инфильтративный дольковый рак; адьювантное лечение не проводилось, медицинская документация у больной отсутствует. Опухолевидное образование в области рубца правой МЖ больная обнаружила самостоятельно около 1 месяца назад.

*При осмотре:* состояние средней тяжести. Кожные покровы бледной окраски. Тоны сердца ритмичны, приглушены. Артериальное давление 130 и 80 мм.рт.ст. Пульс 84 в минуту. Дыхание везикулярное, с жестким оттенком, ослабленное в базальных отделах справа, где перкуторно определяется выпот. Печень не увеличена. Живот мягкий, безболезненный. Дизурических расстройств нет.

Местный статус: левая МЖ: явления возрастной инволюции, пальпаторно – без особенностей. Правая МЖ состояние после мастэктомии: имеется поперечный послеоперационный рубец с участком уплотнения и гиперемиию кожи, умеренно болезненное при пальпации образованием 5x2x0,8см. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Видимые изменения представлены на рисунке 1.

Анализ крови: гемоглобин 9,1г%, эритроциты – 3.6 x 10<sup>6</sup>, лейкоциты - 11 x 10<sup>3</sup>, СОЭ –45 мм/ч. Комп.томография ОГК: в правой плевральной полости выпот (около 500 мл), изменения (mts) в проекции 4-5 ребер справа.



Дополнительные данные по результатам обследования:

1. Комп.томография органов брюшной полости с контрастированием: очаговых изменений органов брюшной полости не выявлено
2. Сцинтиграфия костей скелета: выявлены изменения патологического накопления препарата в 4-5 ребре и головке плечевой кости справа, в подвздошных костях.
3. МРТ органов малого таза – матка небольших размеров, органических изменений со стороны яичников нет.
4. В плевральном выпоте при цито-ИГХ найдены клетки карциномы.

Задание:

- 1.Предложите алгоритм обследования больной раком МЖ для определения тактики дальнейшего лечения (инструментальные методы, инвазивные методы исследования, гистологические и ИГХ методы).
- 2.Уточните, что по данным ИГХ определяет алгоритм лечения больной?
- 3.Какие симптомы осмотра молочной железы применяются для оценки опухолевого процесса?
- 4.Сформулируйте окончательный диагноз больной РМЖ по TNM с учетом имеющихся дополнительных данных ИГХ: Ki-67 -15%, PЭ+, PП+, Her-2neu “-”.
- 5.Определите тактику дальнейшего лечения данной больной РМЖ.

**Задача 4**

Больной 67 лет поступил в клинику с жалобами на ощущение инородного тела, царапанье в глотке, жжение в пищеводе во время еды, частые срыгивания, поперхивание.

*Из анамнеза:* считает себя больным в течении 3 - 4месяцев, похудел за последние 2 месяца на 6 кг.

*При поступлении:* общее состояние относительно удовлетворительное, пониженного питания, кожные покровы бледные. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий безболезненный. Печень у края реберной дуги. В левой надключичной области пальпируется плотный лимфоузел диаметром 1.0 см.

*Общий анализ крови:* гемоглобин - 8 гр%, гематокритное число - 23, эритроциты -  $2,5 \times 10^6$ , лейкоциты -  $2,5 \times 10^3$ , СОЭ - 52 мм/час



*Рентгенограмма:* см. рис.

Вопросы: 1. Ваш диагноз

2. Какие инструментальные методы диагностики необходимо еще выполнить больному.

3. Как следует расценивать пальпируемый л\узел в левой надключичной области

4 Тактика лечения больного

Ответы: 1. Рак средне-грудного отдела пищевода

2. Эзофагогастродуоденоскопия с биопсией, КТ легких и средостения, биопсия л\узла, УЗИ органов брюшной полости

3. Как метастаз Вирхова

4. Предоперационная химио-лучевая терапия с последующей операцией-экстирпация пищевода

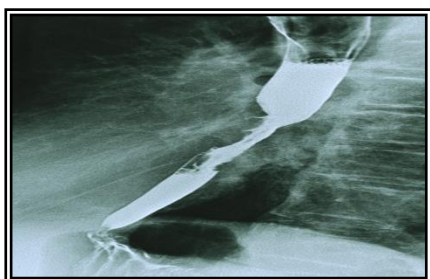
#### **Задача 5**

Больной 58 лет поступил в клинику с жалобами на затрудненное прохождение твердой пищи по пищеводу, сопровождающееся болью за грудиной, эпизоды срыгивания непереваренной пищей, слизью с незначительной примесью крови.

*Из анамнеза:* Считает себя больным в течении 4-5 месяцев, похудел за последние 3 месяца на 8 кг. Явление дисфагии нарастали постепенно.

*При поступлении:* общее состояние относительно удовлетворительное, пониженного питания, кожные покровы бледные. В легких – дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах.

*Общий анализ крови:* гемоглобин -9 гр%, гематокритное число - 29, эритроциты -  $2 \times 10^6$ , лейкоциты -  $6 \times 10^3$ , СОЭ - 48 мм/час



*Рентгенограмма:* см. рис

Вопросы:

1. Ваш диагноз

2. Какие еще методы диагностики необходимо выполнить больному

3. Как интерпретировать показатели общего анализа крови

4. Тактика лечения данного больного

Ответы:

1. Рак средне-грудного отдела пищевода

2. Гастродуоденоскопия с биопсией, КТ легких и средостения, УЗИ органов брюшной полости

3. Анемия

4. Предоперационная химио-лучевая терапия с последующей экстирпацией пищевода

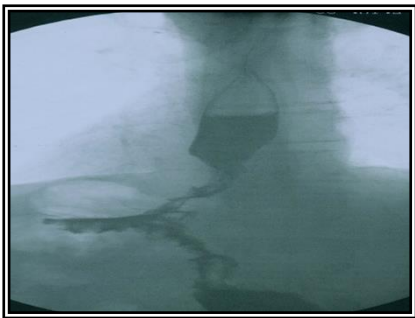
**Задача 6.**

Больной 54 лет поступил в клинику с жалобами на общую слабость, боли в эпигастральной области, иррадиирующие в левую половину грудной клетки, затрудненное прохождение твердой пищи по пищеводу, неприятный запах изо рта. Последний месяц стал отмечать затруднение при прохождении и жидкой пищи по пищеводу.

*Из анамнеза:* считает себя больным около 6 месяцев, явления дисфагии нарастали постепенно, похудел за последние три месяца на 10-12 кг.

*При поступлении:* общее состояние ближе к средней тяжести, кожные покровы бледные, больной истощен. В легких - дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги.

*Общий анализ крови:* гемоглобин - 8 гр%, гематокритное число - 28, эритроциты –  $2 \times 10^6$ , лейкоциты –  $5 \times 10^3$ , СОЭ- 52 мм/час.



*Рентгенограмма:* см. рис

- Вопросы:
1. Ваш диагноз
  2. Какие дополнительные методы диагностики необходимо выполнить
  3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику
  4. Тактика лечения больного

- Ответы:
1. Рак нижне-грудного отдела позвоночника
  2. Эзофагогастродуоденоскопия с биопсией, КТ средостения, легких и брюшной полости
  3. Ахалазия пищевода, кардиоспазм, рак кардиального отдела желудка
  4. Предоперационная химио-лучевая терапия с последующей экстирпацией пищевода

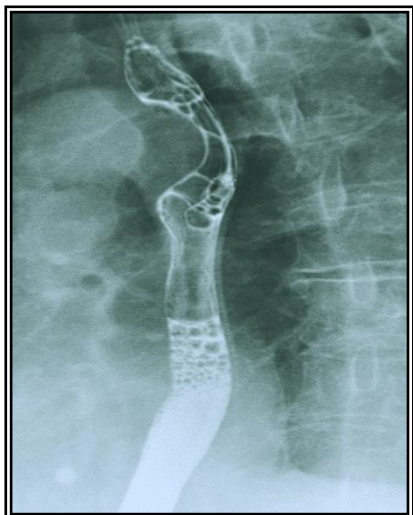
**Задача 7**

Больная 38 лет поступила в клинику с жалобами на затрудненное прохождение твердой пищи по пищеводу, эпизодически ощущение давления и распирания за грудиной.

*Из анамнеза:* Считает себя больной в течении 2-х лет, когда впервые стала отмечать эпизоды затрудненного прохождения пищи по пищеводу. Явления дисфагии нарастали постепенно, медленно

*При поступлении:* общее состояние удовлетворительное. Телосложение нормостеническое. Питание – удовлетворительное. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. В легких - дыхание везикулярное, хрипов нет.

*Общий анализ крови:* гемоглобин – 12 гр%, эритроциты -  $4 \times 10^6$ , гематокритное число - 42, СОЭ - 4 мм/час.



*Рентгенограмма:* см. рис.

Вопросы: 1. Ваш диагноз

2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз
3. Какие дополнительные методы диагностики необходимо выполнить
4. Тактика лечения

Ответы: 1. Лейомиома пищевода

2. Рак пищевода, кардиоспазм, ахалазия пищевода, опухоли средостения
3. Эзофагогастродуоденоскопия, КТ легких и средостения
4. Торакоскопическое удаление лейомиомы

### **Задача 8**

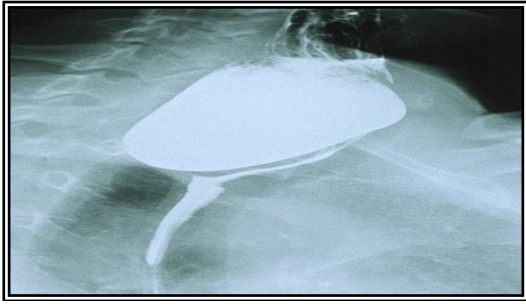
Больной 40 лет поступил в клинику с жалобами на чувство першения и царапанья в горле, ощущение инородного тела в глотке, эпизодически – затрудненное прохождение твердой пищи при глотании и появление выпячивания в области шеи слева, исчезающее при надавливании.

*Из анамнеза:* считает себя больным в течении 4 - 5 лет, когда впервые стал отмечать ощущение инородного тела в глотке, несколько позднее присоединились эпизоды дисфагии.

*При поступлении:* общее состояние удовлетворительное. Область шеи не изменена. Под - и надключичные лимфоузлы не увеличены. В легких – дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный.

*Общий анализ крови:* гемоглобин – 14 гр%, эритроциты -  $4,5 \times 10^6$ , лейкоциты –  $4 \times 10^3$ , СОЭ - 6 мм/час.





*Рентгенограмма: см. рис.*

Вопросы 1. Ваш диагноз

2. Дополнительные методы инструментальной диагностики
3. Возможные осложнения данного заболевания
4. Тактика лечения

Ответы: 1. Глоточно-пищеводный дивертикул

2. Эзофагогастродуоденоскопия
3. Дивертикулит, перфорация дивертикула, кровотечение, флегмона шеи, медиастинит
4. Дивертикулэктомия из шейного доступа

#### Задача 9

Больной 30 лет поступил с жалобами на сильные боли в полости рта, глотке, за грудиной и эпигастральной области, обильное слюноотделение, многократную рвоту

*Из анамнеза:* 2 часа назад случайно выпил неизвестную жидкость в количестве 100 мл.

*При поступлении:* общее состояние тяжелое, больной возбужден. Кожные покровы бледные, влажные. Дыхание учащено. Глотание не возможно.

Пульс - 100 в 1 минуту, ритмичный. АД – 100/50 мм. рт. ст, тоны сердца глухие. В легких – дыхание везикулярное, единичные сухие хрипы. Живот при пальпации умеренно болезненный в эпигастральной области, симптомов раздражения брюшины нет.

*Общий анализ крови:* гемоглобин – 12 гр%, эритроциты -  $3 \times 10^6$ , гематокритное число - 40, лейкоциты –  $10 \times 10^3$ , СОЭ - 10 мм/час.

Вопросы 1. Ваш диагноз

2. Что такое коликвационный некроз и чем он обусловлен
3. Лечебная тактика в данной ситуации
4. Возможные осложнения

Ответы: 1. Химический ожог пищевода ( острый период)

2. Это ожог едкими щелочами, которые обладают свойствами растворения белков и омыления жиров, поэтому он глубже проникает в ткани
3. Госпитализация в реанимацию, промывание желудка, дезинтоксикационная терапия, антибиотикотерапия, парентеральное питание, при необходимости наложение гастростомы
4. Острая почечная и печеночная недостаточность, аспирационная пневмония, перфорация пищевода, медиастинит, кровотечение

#### Задача 10

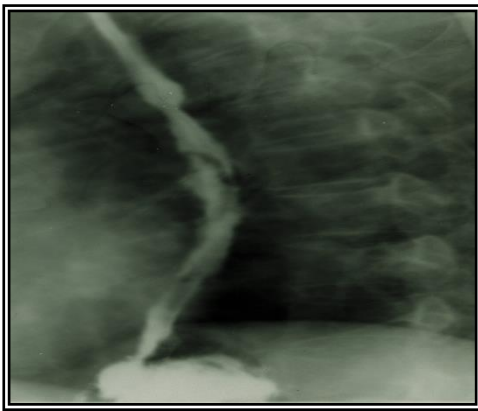


Больной 38 лет поступил в клинику с жалобами на затрудненное прохождение твердой пищи по пищеводу, сопровождающееся тупой болью за грудиной, эпизоды срыгивания съеденной пищей.

*Из анамнеза:* 1,5 года назад случайно выпил раствор щелочи. В течении 1,5 месяцев лечился стационарно. После выписки стал отмечать эпизоды дисфагии.

*При поступлении:* общее состояние удовлетворительное, пониженного питания. В легких - дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах.

*Общий анализ крови:* гемоглобин – 12 гр%, эритроциты  $-3,5 \times 10^6$ , гематокритное число – 40, лейкоциты –  $6 \times 10^3$ , СОЭ - 6 мм/час.



*Рентгенограмма:* см. рис.

Вопросы:

1. Ваш диагноз
2. Какой некроз возникает при химических ожогах вызванных щелочами
3. Какие периоды различают в клиническом течении химического ожога пищевода
4. Тактика лечения больного

Ответы: 1. Послеожоговая стриктура пищевода

2 Коликвационный некроз

3. 1) Острый ( до 2 нед.) 2). Мнимого благополучия (2-3 нед.),

3) период формирования рубцовой стриктуры ( с 3-4 нед до 6 мес)

4. Бужирование пищевода, эзофагопластика, при протяженных стриктурах- экстирпация пищевода.

#### Задача 11

Больной 40 лет поступил в клинику с жалобами на рвоту алой кровью, общую слабость, головокружение.

*Из анамнеза:* накануне употреблял большое количество алкоголя, обильную пищу, после чего возникла многократная рвота съеденной пищей, в последующем – алой кровью и содержимым типа «кофейной гущи».

*При поступлении:* общее состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, влажные. Пульс - 100 в 1 мин, ритмичный. АД – 100/60 мм. рт. ст. В легких - дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. При пальцевом исследовании прямой кишки - на перчатке следы кала обычной окраски.

*Общий анализ крови:* гемоглобин - 9,5 гр%, эритроциты -  $3 \times 10^6$ , гематокритное число – 29, лейкоциты –  $7 \times 10^3$ , СОЭ- 8 мм/час

Вопросы:

1. Ваш диагноз
2. Причины данного заболевания
3. Какие методы инструментальной диагностики необходимо выполнить
4. Тактика лечения

Ответы

1. Синдром Меллори-Вейса
2. Линейные разрывы слизистой кардио-эзофагеальной зоны вследствие неукротимой рвоты
3. Эзофагогастродуоденоскопия, обзорная Р-графия органов грудной и брюшной полости
4. Гемостатическая терапия, противорвотные препараты, кровезаместительная терапия, ингибиторы протонной помпы, H<sub>2</sub> гистаминблокаторы, эндоскопический гемостаз

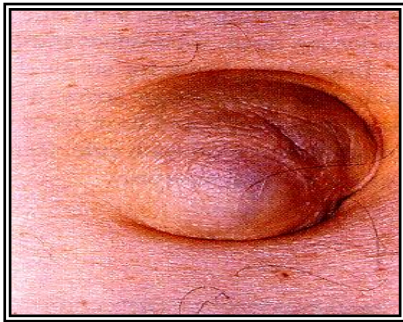
**Задача 12**

В приемное отделение больницы доставлена пациентка 50 лет с жалобами на опухолевидное образование в области пупка, сильные боли в области пупка.

*Из анамнеза:* около 5 лет отмечает опухолевидное образование в области пупка, которое появляется в вертикальном положении или после натуживания и исчезает в горизонтальном положении. За 3 часа до поступления после поднятия тяжести образование перестало исчезать в горизонтальном положении, появились сильные боли в области пупка, образование стало резко болезненным. В момент осмотра образование самостоятельно вправилось.

*При осмотре:* При осмотре общее состояние удовлетворительное. Пульс 68 уд/мин. ритмичный. АД 150/80 мм рт.ст. Определяется расширенное пупочное кольцо, свободно пропускающее два пальца. При натуживании в области пупка появляется образование при пальпации которого определяется мелко-зернистая консистенция содержимого, образование легко вправляется в брюшную полость. Живот не вздут, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Притупления в отлогих местах живота нет. Симптомов раздражения брюшины нет.

*Анализ крови:* лейкоциты  $6 \times 10^3$ , гемоглобин 150 г%, эритроциты  $5,0 \times 10^6$ , СОЭ 9 мм/час.



При обзорной рентгенографии брюшной полости свободного газа в брюшной полости не выявлено, уровней жидкости в петлях кишечника нет.

1. Вопрос: диагноз?

Ответ: ущемленная пупочная грыжа, самостоятельное вправление грыжи.

2. Вопрос: есть ли необходимость в госпитализации?

Ответ: Да, необходима госпитализация в хирургический стационар.

3. Вопрос: Какой орган вероятнее всего ущемился?

Ответ: вероятнее всего прядь большого сальника.

4. Вопрос: тактика лечения?

Ответ: Динамическое наблюдение с целью исключения развития перитонита. и последующей операцией по поводу грыжи, без выписки из стационара.

### Задача 13

Больной 60 лет поступил в больницу с жалобами на опухолевидное образование в левой паховой области, сильные боли в области образования, тошноту и рвоту.

*Из анамнеза:* В течении последних 5 лет отмечает появление опухолевидного образования в левой паховой области после физической нагрузки, исчезающее в горизонтальном положении. За 6 часов до поступления отметил после физической работы сильные боли в левой паховой области, после отдыха в горизонтальном положении образование не исчезло, боли сохраняются.

*При осмотре:* общее состояние удовлетворительное. Пульс 100 уд/мин. ритмичный. АД 160/70 мм рт.ст. Живот участвует в акте дыхания, симптомов раздражения брюшины нет. В правой паховой области определяется опухолевидное образование размерами 8x10x8 см, кожные покровы над которым не изменены. Образование плотной консистенции, резко болезненное, не вправляется в брюшную полость. При покашливании больного и одновременной пальпации образования передаточных толчков не отмечается.

*Анализ крови:* лейкоциты  $10,0 \times 10^3$ , гемоглобин 145 г%, эритроциты  $4,85 \times 10^3$ , СОЭ 14 мм/час.



*При обзорной рентгенографии органов брюшной полости:* см. рисунок

1. Вопрос: диагноз?

Ответ: ущемленная косая паховая грыжа, осложненная острой тонкокишечной непроходимостью.

2. Вопрос: какие изменения выявлены при обзорной рентгеноскопии?

Ответ: симптом чаши Клойбера, симптом «органых труб», складки Кернига.

3. Вопрос: Тактика лечения больного.

Ответ: Лечение: оперативное лечение после краткосрочной предоперационной подготовки и зондирования желудка

4. Вопрос: Этапы операции?

Ответ: грыжесечение, фиксация петли кишки, рассечение ущемляющего кольца, оценка жизнеспособности кишки, при необходимости резекция с наложением анастомоза, пластика пахового канала.

#### **Задача 14**

Больной 75 лет поступил с жалобами на припухлость в правой паховой области, схваткообразные боли в животе, вздутие живота, тошноту, повышение температуры тела.

*Из анамнеза:* в течении 10 лет страдает паховой грыжей, которая последние 3 года перестала вправляться в брюшную полость. За 3 дня до поступления появились сильные боли в области припухлости, стали плохо отходить газы, присоединилась тошнота, задержка стула, вздутие живота, накануне повысилась температура тела до 38,5 градусов.

*При осмотре:* Общее состояние тяжелое. Температура тела 38 градусов. Пульс 110 уд/мин. ритмичный. АД 110/70 мм рт.ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот вздут, при пальпации безболезненный, симптомов раздражения брюшины нет. Перистальтика усилена. В правой паховой области имеется припухлость размерами 12 x 12 x 10 см, кожные покровы над ней гиперемированы. Образование плотной консистенции, резко болезненно, кожа и подкожная клетчатка над ним отечны, инфильтрированы.

*Анализ крови:* лейкоциты  $18,0 \times 10^3$ , гемоглобин 12 г%, СОЭ 30 мм/час

1. Вопрос: диагноз?

Ответ: ущемленная косая паховая грыжа, осложненная острой тонкокишечной непроходимостью и флегмоной грыжевого мешка

2. Вопрос: Дополнительные методы исследования.

Ответ: обзорная рентгеноскопия органов брюшной полости.

3. Вопрос: тактика лечения?

Ответ: оперативное лечение после краткосрочной предоперационной подготовки и зондирования желудка.

4. Вопрос: этапы операции?

Ответ: первый этап срединная лапаротомия с резекцией кишки и наложением анастомоза; второй – грыжесечение, удаление резецированной кишки и грыжевого мешка, обработка гнойной раны без пластики пахового канала.

#### **Задача 15**

Пациентка 32 лет обратилась в клинику с жалобами на тянущие боли в правой подвздошной области, тошноту, повышение температуры тела до 37,5°C.

*Из анамнеза:* Заболела рано утром, когда появились боли неопределенного характера в верхней половине живота, неинтенсивные, иррадирующие, отметила тошноту, недомогание. Посчитав, что «съела что-то несвежее», пациентка самостоятельно вызвала рвоту, приняла две таблетки активированного угля. Состояние улучшилось, боли несколько стихли. В течение дня периодически обращала внимание на умеренные боли в животе, которые носили нелокализованный характер, сохранялась тошнота. Был однократный жидкий стул. Вечером боли усилились, стали беспокоить внизу живота,

преимущественно в правой подвздошной области, отметила общую слабость. Обратилась за помощью в районную поликлинику и была направлена в стационар.

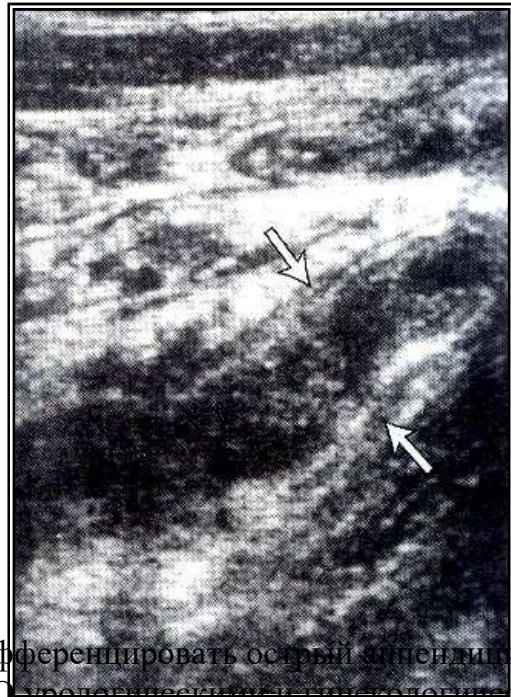
*При осмотре:* Состояние удовлетворительное. Температура тела 37,3°C. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, язык сухой, обложен белесоватым налетом. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ясные, шумов нет. АД 120/70 мм рт.ст., пульс ритмичный, 88 в минуту. Живот не вздут, равномерно участвует в акте дыхания всеми отделами. Самостоятельных болей в животе в положении лежа нет, однако боли появляются при перемене положения тела, при повороте на левый бок. При пальпации отмечена болезненность в правой половине живота, умеренное напряжение мышц передней брюшной стенки в правой подвздошной области. Пальпация на левом боку болезненнее, чем в положении на спине. Симптом Блюмберга-Щеткина сомнительный. Аускультативно определяются вялые шумы перистальтики. Ректальное и вагинальное исследования – без патологических изменений. Область почек не изменена,

симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Последняя менструация окончилась 5 дней назад.

*В анализах крови:* гемоглобин 12,0 г%, эритроциты  $4.3 \times 10^6$  лейкоциты  $11 \times 10^3$ , тромбоциты  $280 \times 10^3$ , СОЭ 12 мм/ч.

*Обзорная рентгенография органов грудной и брюшной полости:* пневматоз тонкой, преимущественно подвздошной кишки, других патологических изменений не выявлено.

*УЗ-сканогамма:* см. рисунок.



1. Вопрос: диагноз?

Ответ: острый аппендицит.

2. Вопрос: С какими заболеваниями надо дифференцировать острый аппендицит?

Ответ: со всеми острыми хирургическими, урологическими и гинекологическими заболеваниями.

3. Вопрос: Какие изменения видны на ультрасонограмме?

Ответ: стрелочками показан утолщенный отечный червеобразный отросток.

4. Вопрос: тактика лечения?

Ответ: оперативное лечение, в настоящее время основным методом является лапароскопическая аппендэктомия.

Пациентка 32 лет обратилась в клинику с жалобами на тянущие боли в правой подвздошной области, тошноту, повышение температуры тела до 37,5°C.

*Из анамнеза:* Заболела рано утром, когда появились боли неопределенного характера в верхней половине живота, неинтенсивные, иррадиирующие, отметила тошноту, недомогание. Посчитав, что «съела что-то несвежее», пациентка самостоятельно вызвала рвоту, приняла две таблетки активированного угля. Состояние улучшилось, боли несколько стихли. В течение дня периодически обращала внимание на умеренные боли в животе, которые носили нелокализованный характер, сохранялась тошнота. Был однократный жидкий стул. Вечером боли усилились, стали беспокоить внизу живота, преимущественно в правой подвздошной области, отметила общую слабость. Обратилась за помощью в районную поликлинику и была направлена в стационар.

*При осмотре:* Состояние удовлетворительное. Температура тела 37,3°C. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, язык сухой, обложен белесоватым налетом. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ясные, шумов нет. АД 120/70 мм рт.ст., пульс ритмичный, 88 в минуту. Живот не вздут, равномерно участвует в



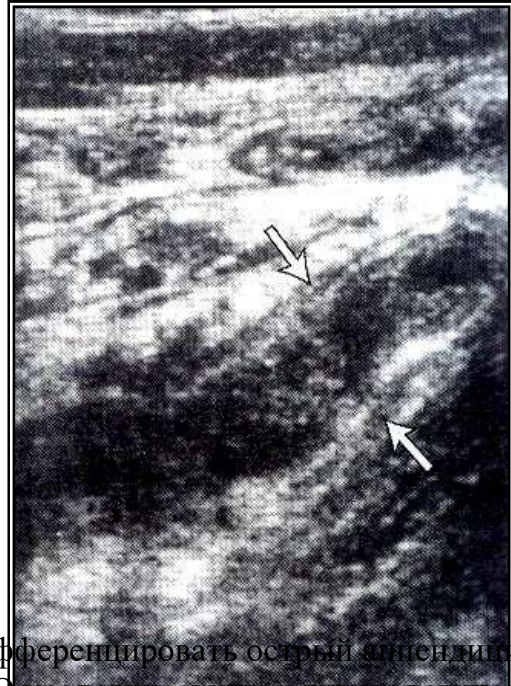
акте дыхания всеми отделами. Самостоятельных болей в животе в положении лежа нет, однако боли появляются при перемене положения тела, при повороте на левый бок. При пальпации отмечена болезненность в правой половине живота, умеренное напряжение мышц передней брюшной стенки в правой подвздошной области. Пальпация на левом боку болезненнее, чем в положении на спине. Симптом Блюмберга-Щеткина сомнительный. Аускультативно определяются вялые шумы перистальтики. Ректальное и вагинальное исследования – без патологических изменений. Область почек не изменена,

симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Последняя менструация окончилась 5 дней назад.

*В анализах крови:* гемоглобин 12,0 г%, эритроциты  $4.3 \times 10^6$  лейкоциты  $11 \times 10^3$ , тромбоциты  $280 \times 10^3$ , СОЭ 12 мм/ч.

*Обзорная рентгенография органов грудной и брюшной полости:* пневматоз тонкой, преимущественно подвздошной кишки, других патологических изменений не выявлено.

*УЗ-сканогамма:* см. рисунок.



1. Вопрос: диагноз?

Ответ: острый аппендицит.

2. Вопрос: С какими заболеваниями надо дифференцировать острый аппендицит?

Ответ: со всеми острыми хирургическими, урологическими и гинекологическими заболеваниями.

3. Вопрос: Какие изменения видны на ультрасонограмме?

Ответ: стрелочками показан утолщенный отечный червеобразный отросток.

4. Вопрос: тактика лечения?

Ответ: оперативное лечение, в настоящее время основным методом является лапароскопическая аппендэктомия.

## Задача 16

46-летний пациент отмечает зябкость, судороги и парестезии в нижних конечностях, периодически покалывание и жжение в кончиках пальцев, повышенную утомляемость, усталость. При прохождении со скоростью 4-5 км/час расстояния 500- 1000м у больного возникают боли в икроножных мышцах, заставляющие его останавливаться.

*Из анамнеза:* Вышеуказанные жалобы отмечает в течении полугода. Пациент отмечает, что при охлаждении конечности приобретают бледную окраску, становятся холодными на ощупь.

*При осмотре:* состояние удовлетворительное. Больной повышенного питания, гиперстеник. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс 70 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. При осмотре ног обращают на себя внимание гипотрофия мышц, трофические нарушения (выпадение волос, сухость кожи, ломкость ногтей).

Пульсация бедренных артерий ослаблена (систолического шума над ними не выслушивается), пульсация артерий стоп ослаблена.

При выполнении пробы Гольдфлама через 25 движений в голеностопных суставах пациент испытывает чувство утомления в ноге.

*Функциональные исследования (тредбан, движение 2 шага в секунду):* через 1000 м у пациента возникают боли в икроножных мышцах голени или стопе.  
Вопросы: 1. Предполагаемый диагноз

2. Как интерпретировать ослабление пульсации на бедренных артериях

3. Какие еще функциональные пробы при данном заболевании вы знаете

4. Какие инструментальные методы диагностики необходимо провести данному больному

*Ответы:* 1. Облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей

2. Стеноз подвздошно-бедренного сегмента справа и слева

3. Пробы Отпеля (плантарной ишемии), Самуэляса, коленный феномен Панченко

4. Измерение лодыжечно-плечевого индекса, дуплексное сканирование, ультразвуковая доплерография

#### Задача 17

32-летний мужчина предъявляет жалобы на нестерпимые боли в третьем пальце левой руки, наличие резко болезненной язвы на второй фаланге пальца.

*Из анамнеза:* с 17-летнего возраста с постоянной периодичностью отмечались явления мигрирующего тромбофлебита поверхностных и глубоких вен ног. Неоднократно госпитализировался в ангиологические стационары по поводу острых тромбозов подколенных артерий. Имеет инвалидность I группы. Перенес ампутацию пальцев на правой и левой кистях, кроме этого, удалены ногтевые фаланги у оставшихся пальцев. Дальнейшее прогрессирование заболевания потребовало выполнения ампутации на уровне нижней трети голени (в связи с возникновением сухой гангрены обеих стоп).

*При осмотре:* состояние тяжелое. У пациента отмечается нарушение сна из-за болей в левой руке (пациент в течение ночи получает до 3-х инъекций наркотических анальгетиков). Кожные покровы бледные. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет.



Пульс 74 уд/мин., сердечные тоны глухие. Живот мягкий, патологических образований в нем не определяется. Отмечается отчетливая пульсация подмышечных, подвздошных и бедренных артерий. Имеются ампутационные культы голеней (ампутация на уровне нижней трети), сухая гангрена III пальца левой руки (ногтевая фаланга).

*Рис.*

- Вопросы:
- 1 Ваш диагноз
  2. Причины данного заболевания
  3. Диагностические критерии заболевания
  4. Варианты течения данного заболевания

Ответы:

1. Облитерирующий тромбангиит
2. Генетическая предрасположенность, курение, запуск аутоиммунного процесса, повреждение сосудистой стенки артерий и вен с локальными тромбозами
3. Молодой возраст больных, табакокурение, сегментарные окклюзии сосудов малого и среднего диаметра ( артерии и вены) верхних и нижних конечностей, мигрирующий тромбофлебит
4. 1) острое злокачественное, генерализованное от 3 до 12 мес. 2) подострое волнообразное в виде обострений и ремиссий 3) хроническое прогрессирующее в течение многих лет

#### Задача 18

28-летнюю пациентку беспокоят головные боли, головокружение, шум в ушах, ощущение приливов, тяжесть в голове, ухудшение зрения.

*Из анамнеза:* В 16-летнем возрасте (во время эпидемии гриппа) у пациентки отмечались слабость, утомляемость, субфебрилитет, потливость, боли в суставах, тахикардия, одышка. Больная с этого времени состоит на учете у ревматолога, в анализах крови отмечалось повышение СОЭ, лейкоцитоз, увеличение уровня  $\gamma$ -глобулина, С-реактивного белка. Неоднократно выполнялось УЗ-исследование сердца – данных за ревматический порок сердца не было. Однако последние 4 года у пациентки стало отмечаться резкое повышение артериального давления, которое носит стойкий характер и плохо поддается консервативной терапии.

*При осмотре:* При осмотре – состояние средней тяжести. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. А/Д - 200/135 мм/рт/ст., границы сердца расширены влево, верхушечный толчок усилен, на аорте определяется акцент II тона. При аускультации брюшной аорты (проекция почечных артерий)



выслушивается систолический шум.

*Урография:* правая почка уменьшена в размерах, контрастное вещество с замедлением поступает в ее лоханку и с замедлением поступает в правый мочеточник. Левая почка увеличена в размерах.

*Изотопная ренография:* замедление выведения изотопа из правой почки.

*КТ-ангиография:* сужение начального отдела почечной артерии на протяжении 1,5 см.

Вопросы:

1 Ваш диагноз

2. Какие сосуды поражаются при данном заболевании

3. Чем обусловлена клиническая картина в течение последних 4 лет

4. Тактика лечения данной пациентки

Ответы:

1 Неспецифический аортоартериит

2. Ветви дуги аорты, торакоабдоминальный сегмент аорты с висцеральными ветвями и почечными артериями

3. Стеноз почечной артерии

4. Стентирование почечной артерии, либо резекция ее с протезированием

#### Задача 19

52-летняя пациентка предъявляет жалобы на наличие трофической язвы, располагающейся над внутренней лодыжкой правой голени со скудным отделяемым и неприятным запахом, отечность правой голени, чувство тяжести в правой ноге, усиливающееся при длительном пребывании на ногах.

*Из анамнеза:* В 42-летнем возрасте после тупой травмы правой голени (автомобильная авария) перенесла тромбоз глубоких вен правой ноги. В дальнейшем отек правой ноги сохранялся. Больная с переменным успехом пользовалась эластическими бинтами, принимала диуретики, флеботоники, препараты, улучшающие микроциркуляцию. Заболевание прогрессировало: отек правой голени увеличивался, три года назад после микротравмы правой голени возникла незаживающая язва, которая в размерах увеличивалась.

*При осмотре:* состояние удовлетворительное. Больная повышенного питания, с трудом ходит из-за болевых ощущений в правой голени. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Пульс 78 уд., сердечные тоны глухие. Живот увеличен в размерах из-за чрезмерно развитой подкожно-жировой клетчатки.

Правая голень в с/3 толще левой на 2,5 см, на правой ноге имеется рассыпной тип расширения поверхностных вен. Кожа в нижней трети правой голени имеет темно-коричневую окраску, отмечаются явления фиброза. Сразу выше внутренней лодыжки по медиальной поверхности имеется одиночная трофическая язва со склерозированными краями, плоским дном, покрытым вялыми грануляциями. Отделяемое язвы скудное, имеет неприятный запах (см. рисунок). При проведении функциональных проб (Дельбе-Пертеса и Пратта – II) выявлена проходимость глубоких вен правой ноги.

*Ультразвуковое дуплексное сканирование:* просвет бедренной вены неровный. Цветное картирование выявило сохранение кровотока по глубокой венозной системе правой ноги, выявлено несколько коллатералей. Проба Вальсальвы положительна.

*Функционально-динамическая флебография:* неровность контуров и сужение глубоких вен, обнаруживается рефлюкс контрастного вещества из глубоких вен через расширенные



коммуникантные вены в поверхностные.

Вопросы: 1 Ваш диагноз

2. Чем обусловлено варикозное расширение вен и какой характер оно носит

3. Основной метод лечения данной категории больных

4. Показания к оперативному лечению при данной заболевании

Отваеты 1. Посттромбофлебитический синдром ( посттромботическая болезнь)

2. Вторичное варикозное расширение вен вследствие несостоятельности клапанного аппарата коммуникантных и поверхностных вен

3. Консервативная терапия включающая компрессионную терапию и медикаментозные средства ( венотоники, дезагреганты, противовоспалительные препараты ,фибринолитики) .

4. В случае выраженной варикозной трансформации подкожных и перфорантных вен – комбинированная флебэктомия с субфасциальной перевязкой коммуникантных вен

#### **Задача 20**

48-летняя пациентка предъявляет жалобы на боли в правом бедре, субфебрильную температуру тела.

*Из анамнеза:* Болеет варикозным расширением вен ног более 25 лет, когда после двух родов появились варикозно расширенные вены. Больная эпизодически бинтовала ноги эластическими бинтами, принимала флеботоники и дезагреганты. Ухудшение в течении последних 10 дней, когда на левом бедре появились краснота и припухлость, распространившиеся в последние сутки в сторону паховой области.

*При осмотре:* состояние больной удовлетворительное. Больная активна. Ноги одинаковой толщины. Имеется магистральный тип первичного варикозного расширения поверхностных вен. На передней поверхности левого бедра имеется участок болезненного шнуroidного уплотнения по ходу тромбированной вены, незначительная отечность тканей (см. рисунок).

*Ультразвуковое дуплексное сканирование:* в просвете большой подкожной вены имеется флоттирующий тромб, верхушка которого распространяется в проксимальном направлении (примерно на 7-8 см ниже впадения подкожной вены в бедренную). Ниже участок поверхностной вены ригиден, просвет его неоднороден, кровоток не регистрируется



Вопросы:

1. Ваш диагноз
2. Возможное осложнение данного заболевания
3. Какие инструментальные методы диагностики здесь необходимо выполнить
4. Тактика лечения данной пациентки

Ответы:

1. Первичное врикозное расширение вен нижних конечностей. Восходящий тромбоз большой подкожной вены
2. Распространение тромба по ходу ствола большой подкожной вены в проксимальном направлении в сторону бедренной вены с последующей эмболией легочной артерии
3. Дуплексное ангиосканирование
4. Экстренная операция- перевязка большой подкожной вены у места впадения ее в бедренную. Противовоспалительная терапия, венотоники (детралекс), местно-гепариносодержащие мази

#### Задача 21

Больную 52 лет беспокоят боли по передне-внутренней поверхности бедра, в паховой области и икроножных мышцах; увеличение отека левой ноги

*Из анамнеза:* Пациентка заболела 2 суток назад. За истекшие 48 часов вся левая нога увеличилась в объеме, отек распространился от стопы до паховой складки, переходя на левую

ягодицу

*При осмотре:* состояние больной средней тяжести. Больная лежит. В легких везикулярное дыхание, проводится во все отделы. Пульс 70 уд., А/Д – 140/80 мм/рт/ст. Живот мягкий, каких-либо патологических образований пропальпировать в нем не удастся.

Вся левая нога отечна, имеет красновато-цианотичный оттенок. Левые голень и бедро (в средней трети) толще правых на 9 и 15 см соответственно (см. рисунок).

Пальпаторно определяется болезненность по ходу магистральных вен слева. Слева положительный симптом Хоманса. На левой ноге имеется усиленный рисунок подкожных вен. Пульсация периферических сосудов (бедренная артерия, артерии тыла стопы) сохранена

*При ультразвуковом дуплексном сканировании:* обнаружена проходимость нижней полой вены, наличие окклюзивного тромба в левой общей подвздошной вене (кровоток в просвете вены отсутствует). Тромб фиксирован к стенке вены



Вопросы : 1 Ваш диагноз

2. Что представляет собой симптом Хоманса

3. Возможное осложнение заболевания

4. Тактика лечения данной больной

Ответы:

1. Острый илеофemorальный тромбоз

2. Боли в икроножной мышце при тыльном сгибании стопы

3. Тромбоэмболия легочной артерии

4. Тромбэктомия из общей подвздошной вены с установкой кавафилтра . Противовоспалительная терапия, антикоагулянты, антиагреганты

#### Задача 22

48-летний пациент жалуется на наличие варикозно расширенных вен на правой ноге, отеки ноги к вечеру, проходящие утром

*Из анамнеза:* Болен в течение 25 лет, когда после службы в армии и занятий тяжелой физической

работой отметил возникновение варикозного расширения вен на правой ноге. Заболевание прогрессировало, стали появляться «вечерние» отеки. В анамнезе указаний на осложнение заболевания выяснить не удастся. Из сопутствующих заболеваний – плоскостопие, геморрой, операции грыжесечения по поводу косых паховых грыж.

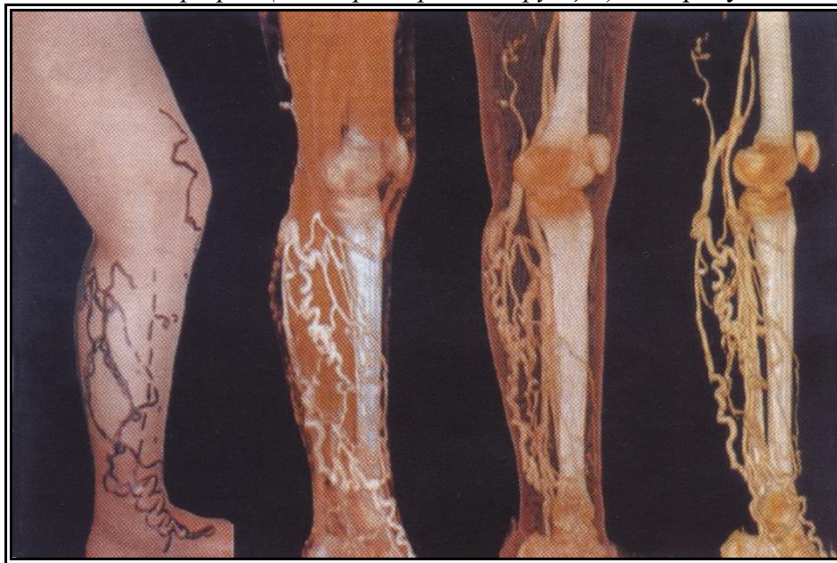
*При осмотре:* состояние удовлетворительное. Больной гиперстенического телосложения. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Пульс 70 уд/мин., А/Д – 130/70 мм/рт/ст. Живот мягкий, безболезненный. Ноги одинаковой величины. На правой ноге имеется варикозное расширение поверхностных вен из системы большой и малой вен по магистральному типу.

Функциональные пробы свидетельствуют о проходимости глубоких вен, наличии вертикального и горизонтального рефлюксов. Пальпаторно через дефекты в апоневрозе определяются перфорантные вены Кокета и Бойда

*Ультразвуковая доплерография:* глубокие вены не изменены. Определяется положительная проба Вальсальвы

*Ультразвуковое дуплексное сканирование:* поверхностные вены легко сжимаются датчиком, имеют тонкие стенки, равномерно прокрашиваются при цветном картировании.

*КТ-ангиография (3-х мерная реконструкция):* см. рисунок



Вопросы:

- 1 Ваш диагноз
2. С чем связано развитие заболевания у данного пациента
3. Возможные осложнения заболевания
4. Тактика лечения у данного больного

Ответы:

1. Первичное неосложненное варикозное расширение вен правой ноги
2. Врожденная недостаточность соединительной ткани ( грыжи, геморрой)
3. Трофические расстройства ( варикозный дерматит, язвы)
4. Комбинированная флебэктомия по Троянову-Тренделенбургу, Бэбкоку, Нарату, Коккету с перевязкой перфорантных вен

Задача 23

В больницу доставлена пациентка 70 лет с жалобами на сильные схваткообразные боли по всему животу, тошноту, рвоту, задержку отхождения стула и газов.

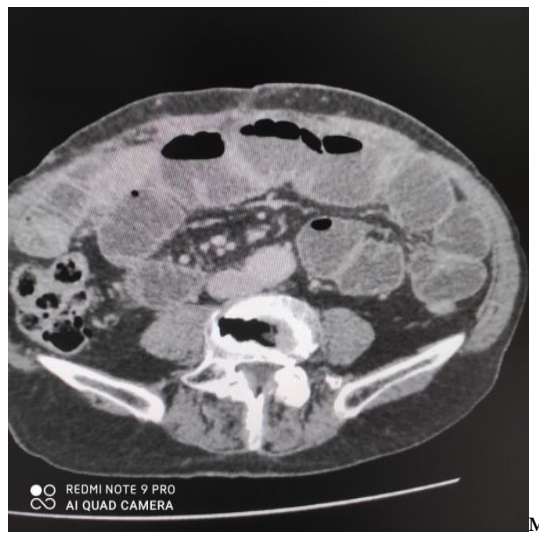
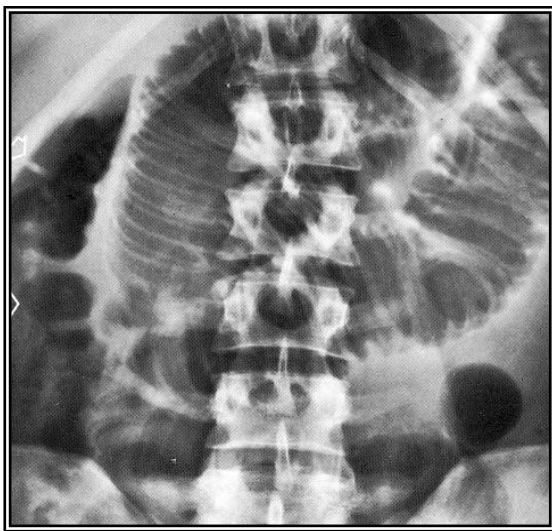
*Из анамнеза:* в течении полугода отмечала нарастание общей слабости, похудание на 8кг, временами субфебрильную температуру тела, за накануне



появились схваткообразные боли, затем тошнота и рвота, однако еще некоторое время отходили газы и дважды был стул.

*При осмотре:* общее состояние тяжелое, обезвожена, истощена, кожные покровы бледные. Пульс 116 уд/мин., ритмичный. АД 100/60 мм рт.ст. Язык сухой. Живот равномерно вздут, на глаз видны вздутые перистальтирующие петли кишки. При пальпации живот мягкий, умеренно болезненный во всех отделах, симптомов раздражения брюшины нет. При исследовании прямой кишки патологических изменений не выявлено, кал обычного цвета.

*Анализ крови:* гемоглобин 9,0 г%, эритроциты  $2,5 \times 10^6$ , гематокритное число 35, лейкоциты  $12 \times 10^3$ . *Анализ мочи:* уд. вес 1022, белок - следы, лейкоциты 6-8 в п/зр., эритроциты – 1-3 в п/зрения.



#### Обзорная рентгеноскопия и МСКТ органов брюшной полости

1. Вопрос: диагноз?

Ответ: вероятный диагноз слепой кишки с переходом на баугиневую заслонку, осложненный механической кишечной непроходимостью

2. Вопрос: какие изменения выявленные при обзорной рентгеноскопии?

Ответ: симптом чаши Клойбера, симптом «органной трубы», складки Кернига, рентгенологических изменений со стороны толстой кишки нет.

3. Вопрос: какие изменения выявленные при МСКТ?

Ответ: резко расширенные петли тонкой кишки, заполненные жидким содержимым, над которым виден газ.

4. Вопрос: тактика лечения?

Ответ: оперативное лечение после кратковременной предоперационной подготовки и зондирования желудка.

#### Задача 24

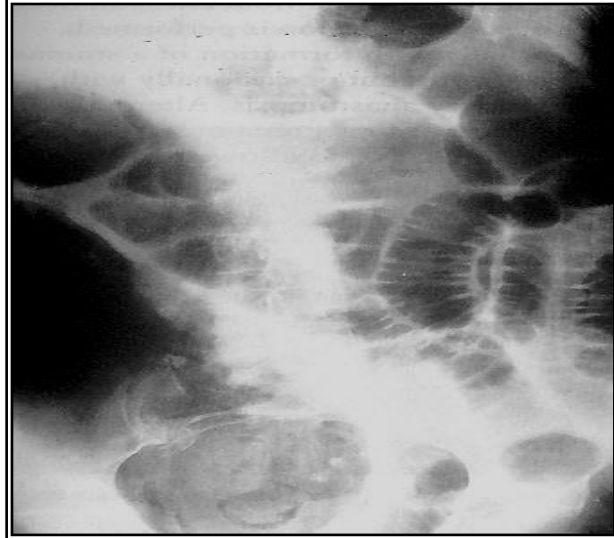
В больницу доставлен пациент 52 лет с жалобами на схваткообразные боли по всему животу, задержку отхождения стула и газов.

*Из анамнеза:* В течении полугода отмечал периодическую примесь темной крови к калу, изредка – тenezмы, похудел на 5кг. За сутки до поступления после переиздания возникли вышеуказанные жалобы.

*При осмотре:* общее состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные. Пульс 100 уд/мин., ритмичный. АД 110/50 мм рт.ст. Язык сухой. Живот равномерно вздут, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах, симптомов раздражения брюшины нет. При исследовании прямой кишки – наружный геморрой, на 7 см от ануса пальпируется нижний край плотного, безболезненного, ограниченно смещаемого опухолевидного образования. На перчатке следы темной крови.

*Анализ крови:* гемоглобин 12,8 г%, гематокритное число 38, лейкоциты  $5,6 \times 10^3$

*Анализ мочи:* уд.вес 1020, белок – следы, сахара нет, лейкоц. 1-3 в п/зрения, эритроцитов нет, бактерий немного, оксалаты – умеренно.



### *МСКТ и обзорная рентгенография органов брюшной полости*

1. Вопрос: диагноз?

Ответ: рак прямой кишки, осложненный острой обтурационной кишечной непроходимостью.

2. Вопрос: какие изменения выявленные при обзорной рентгеноскопии?

Ответ: симптом чаш Клойбера, симптом «органных труб», складки Кернига.

3. Вопрос: какие изменения выявленные при МСКТ?

Ответ: резко расширенные петли тонкой кишки, заполненные жидким содержимым.

4. Вопрос: тактика лечения?

Ответ: стентирование прямой кишки с целью разрешения кишечной непроходимости, оперативное лечение основного заболевания в плановом порядке.

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН  
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

Сертификат: 00D9618CDA5DBFCD6062289DA9541BF88C  
Владелец: Глыбочко Петр Витальевич  
Действителен: с 13.09.2022 до 07.12.2023