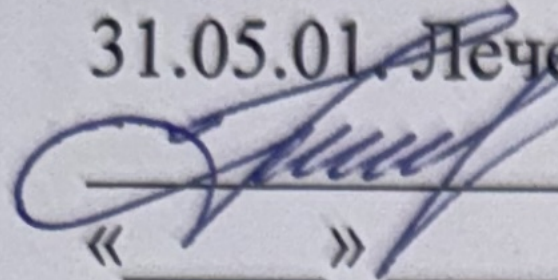


Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Ставропольский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
кафедра дефектологии, русского языка и социальной работы

СОГЛАСОВАНО

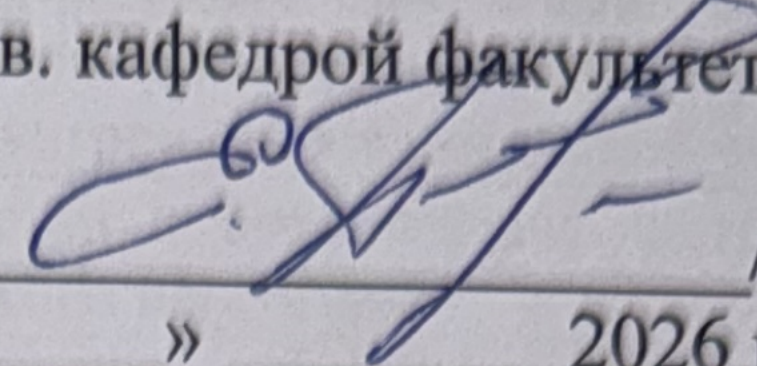
Руководитель направления
подготовки

31.05.01. Лечебное дело

 /Г.П. Никулина/
« » 2026 г.

УТВЕРЖДАЮ

Зав. кафедрой факультетской хирургии

 /Е.В. Печёнкин/
« » 2026 г.

Фонд оценочных средств по дисциплине

Наименование дисциплины	Факультетская хирургия
Направление подготовки	31.05.01. Лечебное дело
Направленность (профиль)	Лечебное дело
Форма обучения	Очная
Год начала подготовки	2026

1. Перечень компетенций, формируемых дисциплиной (полностью или частично)

Код компетенции	Содержание компетенции
ОПК-4	Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза
ОПК-7	Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности
ПК-1	Готов к оказанию медицинской помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи
ПК-4	Ведение медицинской документации и организация деятельности находящегося в распоряжении среднего медицинского персонала

2. Виды оценочных материалов и соответствие с формируемыми компетенциями

Наименование компетенций	Виды оценочных материалов	Количество заданий
ОПК-4	Задание закрытого типа на установление соответствия	4 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа на установление последовательности	4 с эталоном ответов
	Задание открытого типа с развернутым ответом/ задача	5 с эталоном ответов
	Задания открытого типа с кратким ответом	4 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа	20 с эталоном ответов
ОПК-7	Задание закрытого типа на установление соответствия	4 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа на установление последовательности	4 с эталоном ответов
	Задание открытого типа с развернутым ответом/ задача	5 с эталоном ответов
	Задания открытого типа с кратким ответом	4 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа	20 с эталоном ответов
ПК-1	Задание закрытого типа на установление соответствия	4 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа на установление последовательности	4 с эталоном ответов
	Задание открытого типа с развернутым ответом/ задача	5 с эталоном ответов
	Задания открытого типа с кратким ответом	4 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа	20 с эталоном ответов
ПК-4	Задание закрытого типа на установление соответствия	4 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа на установление последовательности	5 с эталоном ответов
	Задание открытого типа с развернутым ответом/ задача	5 с эталоном ответов
	Задания открытого типа с кратким ответом	5 с эталоном ответов
	Задание закрытого типа	20 с эталоном ответов
Всего		150 заданий

3. Банк заданий по оценки уровня формирования компетенций

№ п/п	Наименование компетенций	Задание	Верный вариант
1.	ОПК-4	Установите соответствие между степенью портальной гипертензии (ПГ) и уровнем портального давления (ПД). Для каждого пронумерованного элемента выберите буквенный компонент. Степень АГ: 1) степень ПГ 1 2) степень ПГ 2 3) степень ПГ 3 Уровень портального ПД: А) 250 – 400 мм в.д.ст. Б) 400 - 500 мм в.д.ст. В) 400 – 600 мм в.д.ст. Г) более 600 мм в.д.ст.	1 – А; 2 – В; 3 – Г
2.	ОПК-4	Установите соответствие между имеющимися заболеваниями и выявленными симптомами. Для каждого пронумерованного элемента выберите буквенный компонент. Буквенный компонент может быть выбран один раз, более одного раза или не выбран вовсе. Заболевания: 1) Острый холецистит 2) Острый аппендицит 3) Острый панкреатит Симптомы: А) Ортнера - Грекова Б) Ровзинга В) Мейо – Робсона Г) Георгиевского – Мюсси Д) Бонде	1 – А,Г; 2 – Б; 3 – В,Д
3.	ОПК-4	Установите соответствие между имеющимися заболеваниями и выявленными симптомами. Для каждого пронумерованного элемента выберите буквенный компонент. Буквенный компонент может быть выбран один раз, более одного раза или не выбран вовсе. Заболевания: 1) Острая кишечная непроходимость 2) Перитонит 3) Острый панкреатит Симптомы: А) Менделя Б) Керте В) Мейо – Робсона Г) Тевенера Д) Склярова	1 – Г,Д; 2 - А; 3 – Б,В
4.	ОПК-4	Установите соответствие между имеющимися заболеваниями и выявленными симптомами. Для каждого пронумерованного элемента выберите буквенный компонент. Буквенный компонент может быть выбран один раз, более одного раза или не выбран вовсе. Заболевания: 1) Ущемленная грыжа живота 2) Язвенная болезнь желудка и 12 – перстной кишки 3) Острый панкреатит Симптомы: А) шприц - феномен Б) Кулена В) шум плеска Г) кашлевого толчка Д) Грея - Тёрнера	1 – А,Г; 2 – В; 3 – Б,Д
5.	ОПК-4	Укажите правильную последовательность признаков ущемленной грыжи: 1. Можно определить размеры грыжевых	2,3,4.

		ворот. 2. Резкие боли в области грыжевого выпячивания. 3. Невправимость грыжи. 4. Плотная консистенция грыжевого выпячивания. 5. Положительный симптом "кашлевого толчка". Выберите правильную последовательность ответов:	
6.	ОПК-4	Лечебные мероприятия при обтурационной кишечной непроходимости выполняются в следующей последовательности: 1. Введение спазмолитиков; 2. Выполнение сифонной клизмы; 3. Коррекция водно-электролитных нарушений; 4. Введение наркотических обезболивающих; 5. Применение препаратов, усиливающих моторику кишечника. Отметьте лучшую последовательность ответов:	1,2,3
7.	ОПК-4	Показаниями к хирургическому лечению неосложненной язвенной болезни желудка являются клинические признаки с следующей последовательности: 1. Язва, резистентная к H ₂ -блокаторам и антацидным препаратам. 2. Инвалидизирующая язва. 3. Длительный язвенный анамнез с частыми обострениями. 4. Молодой возраст больного. 5. Язва, не заживающая более 3 месяцев. Выберите правильную последовательность ответов:	1,2,3,5;
8.	ОПК-4	Для декомпенсированного стеноза привратника характерна последовательность признаков: 1. Рвота пищей, съеденной накануне. 2. Напряжение мышц брюшной стенки. 3. Снижение диуреза. 4. Симптом "шум плеска" в желудке натощак. 5. Задержка бария в желудке более 24 час, определяемая при рентгеноскопии желудка. Правильной последовательностью признаков будет:	1,3,4,5;
9.	ОПК-4	Больной 60 лет госпитализирован в хирургическое отделение через 6 суток после появления болей в правой подвздошной области. Состояние больного удовлетворительное. Температура – 37,2°. Озноба не было. При пальпации живота – болезненность в правой подвздошной области, где определяется уплотнение размерами 7×8 см с нечеткими границами, болезненное. Симптом Щеткина-Блюмберга слабоположительный. Симптомы Ровзинга, Ситковского положительные. Со слов больного, в течение последних 6 месяцев отмечает некоторое усиление запоров. Лейкоцитоз – 10.2×10 ⁹ /л. 1) Ваш предположительный диагноз. 2) Какое заболевание следует исключить? 3) Показана ли экстренная операция? 4) Ваша лечебная тактика и обследования.	1) Острый аппендицит, аппендикулярный инфильтрат. 2) Рак слепой кишки. 3) Нет. Проведение консервативной противовоспалительной терапии. При рассасывании инфильтрата необходимо обследование – ирригоскопия или колоноскопия. Затем операция в плановом порядке по поводу хронического аппендицита (аппендэктомия) через 3 месяца. При появлении клиники абсцедирования показана экстренная операция – вскрытие и дренирование абсцесса.
10.	ОПК-4	У больного 54 лет с правосторонней паховой грыжей во время перестановки мебели возникла резкая боль в правой паховой области, продолжающаяся после прекращения усилия, что побудило больного обратиться за помощью в лечебное учреждение. При осмотре: установлено наличие в правой паховой области опухолевидного образования овальной формы размерами 6х4х3 см тугоэластической консистенции, болезненное при пальпации и не вправляющееся в брюшную полость. Кашлевой толчок не проводится. 1) Ваш диагноз? 2) С какими заболеваниями следует провести	1) Ущемленная правосторонняя паховая грыжа. 2) С копростазом и ложным ущемлением. 3) Экстренное оперативное вмешательство.

		дифференциальную диагностику? 3) Лечебная тактика.	
11.	ОПК-4	Больной 26 лет. В течение 2,5 недели находится на стационарном лечении по поводу язвы 12-перстной кишки размером до 1,8 см. В процессе лечения боли прошли полностью, однако в последние дни стала беспокоить тяжесть в эпигастральной области к концу дня. При контрольном эндоскопическом и рентгенологическом исследованиях установлено, что язва зарубцевалась, однако бариевая взвесь задерживается в желудке на 14 часов. 1) Сформулируйте развернутый диагноз. 2) Показано ли больному оперативное лечение? 3) Если показано, то какую операцию Вы бы выбрали, если нет, то какое лечение Вы назначите?	1) Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Субкомпенсированный стеноз выходного отдела желудка. 2) Да. Резекция 2/3 желудка.
12.	ОПК-4	Больная 52 лет жалуется на периодически появляющиеся боли приступообразного характера в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо и лопатку с повышением температуры тела до 39- 39,5 °С, проливным потом в течение последнего года. За последний месяц такие приступы участились и стали появляться каждые 2-3 дня. Иногда приступы сопровождались появлением желтухи, которая быстро исчезала, а затем появлялась вновь. Общее состояние оставалось удовлетворительным. Отмечала некоторую слабость. Живот обычной формы, мягкий. Печень не увеличена. Желчный пузырь не пальпируется. Болезненность при пальпации в эпигастральной области. Лейкоцитов в крови $9,2 \times 10^3$ в 1 мкл, СОЭ 38 мм/час. При УЗИ желчный пузырь обычных размеров, содержит конкременты, имеется дилатация внутрипеченочных протоков, холедох 1,2 см. 1) Какой диагноз Вы поставите? 2) Какова тактика дополнительного обследования и лечения?	1) Имеется осложнение желчнокаменной болезни – холангит. 2) Выполнение ЭРПХГ и ЭПСТ для устранения причин холангита – холедохолитиаза или/и стеноза БДС, после этого необходимо выполнение холецистэктомии.
13.	ОПК-4	Больная Н. 62 лет оперирована 30 дней назад по поводу острого флегмонозного калькулезного холецистита, в анамнезе имела место желтуха. Была произведена холецистэктомия «от дна». В желчном пузыре обнаружено большое количество мелких конкрементов. Вследствие наличия выраженного инфильтрата в области гепатодуоденальной связки детальная ревизия холедоха не производилась. Холангиография на операционном столе не выполнялась. Брюшная полость ушита с подведением в подпеченочное пространство страховочного дренажа, который был удален на 6-й день после операции. Состояние больной было удовлетворительным, но на 12 день после операции у нее открылся наружный желчный свищ. Симптомов раздражения брюшины нет. В сутки отделялось до 600-700 мл желчи. Со временем у больной появилась слабость, стали беспокоить поносы, отмечался ахоличный стул. Билирубин крови 120,3 мкм / л. 1) Какое интраоперационное исследование не выполнено у больной? 2) Что могло послужить причиной образования наружного желчного свища? 3) Какова лечебная тактика?	1) Интраоперационная холеграфия. 2) Желчная гипертензия, связанная с наличием резидуального камня холедоха или стеноза ДОХ или БСДК. 3) Выполнение ЭРПХГ с последующей ЭПСТ.
14.	ОПК-4	Какой метод наиболее информативен в диагностике острого аппендицита:	Лапароскопия
15.	ОПК-4	Что проходит в паховом канале у мужчин:	Семенной канатик
16.	ОПК-4	При ущемленной абдоминальной грыже независимо от состояния больного показано:	Экстренная операция
17.	ОПК-4	Для послеоперационной вентральной грыжи характерно:	Отсутствие тенденции к увеличению
18.	ОПК-4	Противопоказанием к экстренной аппендэктомии является: А) Аппендикулярный инфильтрат Б) Инфаркт миокарда В) Вторая половина беременности Г) Геморрагический диатез	А

		Д) Распространенный перитонит	
19.	ОПК-4	Для острого аппендицита не характерен симптом: А) Ровзинга Б) Воскресенского В) Мерфи Г) Образцова Д) Бартомье-Михельсона	В
20.	ОПК-4	Симптомами аппендикулярного инфильтрата являются все, кроме: А) Субфебрильной температуры Б) Симптома Ровзинга В) Профузных поносов Г) Лейкоцитоза Д) Пальпируемого опухолевидного образования в правой подвздошной области	В
21.	ОПК-4	При распространенном гнойном перитоните аппендикулярного происхождения применяются: А) Срединная лапаротомия Б) Аппендэктомия В) Промывание брюшной полости Г) Дренирование брюшной полости Д) Все перечисленное	Д
22.	ОПК-4	Развитие патологического процесса при остром аппендиците начинается: А) С серозного покрова. Б) Со слизистой червеобразного отростка. В) С мышечного слоя червеобразного отростка. Г) С купола слепой кишки. Д) С лимфатических узлов илеоцекальной области.	Б
23.	ОПК-4	Участвует ли поперечная фасция в создании стенки пахового канала и какой: А) Не участвует Б) Передней В) Задней Г) Верхней Д) Нижней	В
24.	ОПК-4	Искусственными трансплантатами являются: А) кожные лоскуты оперируемого больного Б) ткани родственников оперируемого больного В) брюшина крупного рогатого скота Г) местные мышечно-апоневротические ткани Д) сетки из синтетических материалов	Д
25.	ОПК-4	При неосложненной наружной брюшной грыже следует рекомендовать А) плановое оперативное лечение Б) экстренную операцию В) ношение бандажа Г) склеротерапию Д) физиотерапевтическое лечение	А
26.	ОПК-4	При невосправляемой наружной брюшной грыже следует рекомендовать А) плановое оперативное лечение Б) экстренную операцию В) ношение бандажа Г) склеротерапию Д) динамическое наблюдение	А
27.	ОПК-4	Производящим фактором развития грыж следует считать А) наследственность Б) возраст В) пол Г) травмы передней брюшной стенки Д) длительный кашель	Д
28.	ОПК-4	Производящие факторы А) способствуют ослаблению брюшной стенки	Г

		<p>Б) формируют склонность к развитию грыжи</p> <p>В) являются только врожденными</p> <p>Г) вызывают повышение внутрибрюшного давления</p> <p>Д) приводят только к невраправности грыжи</p>	
29.	ОПК-4	<p>Назовите радикальную операцию при калькулезном холецистите:</p> <p>А) Холецистэктомия</p> <p>Б) Холецистостомия</p> <p>В) Удаление камней из желчного пузыря</p> <p>Г) Внутреннее дренирование холедоха</p> <p>Д) Наружное дренирование холедоха</p>	А
30.	ОПК-4	<p>Нормальные показатели билирубина крови:</p> <p>А) 0,10-0,68 мкмоль/л</p> <p>Б) 8,55-20,52 мкмоль/л</p> <p>В) 2,50-8,33 мкмоль/л</p> <p>Г) 3,64-6,76 мкмоль/л</p> <p>Д) 7,62-12,88 мкмоль/л</p>	Б
31.	ОПК-4	<p>Симптом Ортнера это:</p> <p>А) Болезненность при пальпации в правом подреберье</p> <p>Б) Болезненность при надавливании в месте прикрепления правой кивательной мышцы к грудице</p> <p>В) усиление болей на вдохе</p> <p>Г) безболезненная пальпация увеличенного желчного пузыря</p> <p>Д) болезненное поколачивание ребром ладони по правой реберной дуге</p>	Д
32.	ОПК-4	<p>При остром калькулезном холецистите может применяться:</p> <p>А) экстренная операция</p> <p>Б) срочная операция</p> <p>В) консервативная терапия и в дальнейшем плановая операция</p> <p>Г) только консервативная терапия</p> <p>Д) все перечисленное</p>	Д
33.	ОПК-4	<p>Основным фактором, определяющим лечебную тактику хирурга при остром холецистите, является:</p> <p>А) Повышение температуры.</p> <p>Б) Наличие перитонита.</p> <p>В) Сопутствующие заболевания.</p> <p>Г) Возраст больного.</p> <p>Д) Квалификация хирурга.</p>	Б
34.	ОПК-4	<p>Истинный постхолецистэктомический синдром не может быть обусловлен только:</p> <p>А) рубцовым стенозом холедоха</p> <p>Б) не найденным во время операции камнем холедоха</p> <p>В) стенозом большого соска 12-перстной кишки</p> <p>Г) эрозивным гастритом</p> <p>Д) снижением тонуса сфинктера Одди и расширением холедоха после холецистэктомии</p>	Г
35.	ОПК-4	<p>У больной ПХЭС, холедохолитиаз, механическая желтуха. Желтуха нарастает. Лечебная тактика:</p> <p>А) форсированный диурез</p> <p>Б) срочная операция на 5-7-е сутки лечения</p> <p>В) операция на 10-12-е сутки интенсивной терапии</p> <p>Г) ЭПСТ, внутриварикоточная литотрипсия</p> <p>Д) назобилиарный зонд</p>	Г
36.	ОПК-4	<p>Наиболее оптимальный вид лечения холедохолитиаза у больных с ПХЭС:</p> <p>А) эндоскопическая папиллосфинктеротомия</p> <p>Б) холедохотомия</p> <p>В) холедоходуоденоанастомоз</p> <p>Г) камнедробление</p> <p>Д) холедохоэнтеростомия</p>	А
37.	ОПК-4	<p>Выберите не часто встречающийся симптом портальной гипертензии из перечисленных:</p> <p>А) возникновение коллатерального кровообращения</p> <p>Б) спленомегалия</p>	Д

		В) геморрагические проявления Г) асцит Д) энцефалопатия	
38.	ОПК-7	Установите соответствие между клинической картиной панкреонекроза и перечисленными симптомами, клиническая картина характеризуется всеми перечисленными симптомами, кроме: А) Опоясывающих болей в животе. Б) Схваткообразных болей в животе. В) Многократной рвоты. Г) Коллапса. Д) Тахикардии.	Схваткообразных болей в животе.
39.	ОПК-7	Установите соответствие, ферментная токсемия при панкреонекрозе обусловлена действием: 1. Трипсина. 2. Фосфолипазы А ₂ . 3. Липазы. 4. Эластазы. 5. Энтерокиназы. Выберите правильную комбинацию ответов:	1,2,3,4
40.	ОПК-7	Установите соответствие, Для борьбы с ферментной токсемией, развивающейся при панкреонекрозе, применяют следующие лечебные мероприятия: 1. Внутривенное введение антиферментных препаратов. 2. Внутривенное введение 5-фторурацила. 3. Инфузия свежзамороженной плазмы. 4. Плазмозферез. 5. Внутривенное введение препаратов соматостатина. Выберите лучшую комбинацию ответов:	1,2,3,4,5
41.	ОПК-7	Установите соответствие, Лечебными мероприятиями, направленными на профилактику развития инфицированных форм панкреонекроза и его гнойных осложнений, являются: 1. Применение ингибиторов ферментов. 2. Применение антибиотиков широкого спектра действия. 3. Селективная деконтаминация кишечника. 4. Гемодиализ. 5. Полное парентеральное питание. Выберите лучшую комбинацию ответов:	2,3.
42.	ОПК-7	Укажите правильную последовательность клинических признаков для панкреатогенного абсцесса: 1. Гектическая лихорадка. 2. Пальпируемый инфильтрат в верхних отделах живота. 3. Повышение содержания в крови лейкоцитов. 4. Гиперамилаземия. 5. Формирование на 3-й неделе заболевания. Выберите лучшую комбинацию ответов.	1,2,3,4,5
43.	ОПК-7	Укажите правильную последовательность признаков синдрома желтухи при панкреонекрозе: 1. Сдавлением терминального отдела холедоха увеличенной головкой поджелудочной железы. 2. Ущемленным камнем Фатерова сосочка. 3. Печено-клеточной недостаточностью. 4. Развитием ферментативного холецистита. 5. Холедохолитиазом. Выберите лучшую комбинацию ответов:	1,2,3,5.
44.	ОПК-7	Укажите правильную последовательность клинических признаков при отечном панкреатите: 1. Рвота желудочным содержимым. 2. Пальпируемый инфильтрат в эпигастральной области. 3. Симптом Грея-Теренра. 4. Симптом Мэйо-Робсона. 5. Гиперамилаземия. Выберите лучшую комбинацию симптомов:	1,4,5.
45.	ОПК-7	Укажите правильную последовательность постнекротических осложнений острого панкреатита: 1. Панкреатогенный шок. 2. Острая почечная недостаточность. 3. Панкреатогенный абсцесс. 4. Псевдокиста поджелудочной железы. 5. Ферментативный перитонит. Правильным будет:	3,4.
46.	ОПК-7	У больного жировым панкреонекрозом на 5-е сутки от начала заболевания в эпигастральной области стал определяться плотный, умеренно болезненный, без четких границ инфильтрат. На фоне проводимой консервативной терапии он несколько уменьшился в размерах, однако к третьей неделе заболевания усилились боли, появилась гектическая температура, выросла тахикардия. При осмотре: состояние больного тяжелое, кожные покровы бледные. Пульс 96 в минуту, АД – 120/80 мм.рт.ст. Язык сухой. Живот вздут, мягкий, в эпигастрии определяется болезненное опухолевидное	1) Абсцесс сальниковой сумки. 2) УЗИ поджелудочной железы, в зависимости от найденной патологии - пункция. При возможности - компьютерная томография. 3) При подтверждении

		<p>образование до 10 см в диаметре; перитониальные симптомы отрицательные, перистальтика прослушивается. Анализ крови: Нб – 105 г/л, лейкоцитов - $18 \times 10^9/\text{л}$, эоз.- 3, п/я – 29, с/я - 52, мон – 8, лимф – 8, СОЭ 48 мм/час.</p> <p>1) Ваш предположительный диагноз.</p> <p>2) Какие дополнительные исследования могут уточнить диагноз?</p> <p>3) Ваша тактика лечения.</p>	<p>диагноза показаны пункция и дренирование под УЗИ- контролем.</p>
47.	ОПК-7	<p>Больной 42 лет, оперированный 2 года назад по поводу разрыва селезёнки, поступил в клинику с жалобами на острую боль в животе, возникшую 2 часа назад, частые позывы на рвоту. Боли носят схваткообразный характер. Стула нет, газы не отходят. Беспокоен, громко кричит. Живот вздут больше в верхней половине, перитонеальные симптомы сомнительные, выражено напряжение мышц передней брюшной стенки. Рентгенологически выявляются многочисленные уровни и чаши Клойбера.</p> <p>1) Ваш диагноз.</p> <p>2) Есть ли необходимость в дополнительных исследованиях больного?</p> <p>3) Лечебная тактика.</p>	<p>1) Острая тонкокишечная непроходимость.</p> <p>1) Не нужны.</p> <p>3) Экстренная лапаротомия, устранение непроходимости, определение жизнеспособности кишки, резекция кишечника при сомнении в жизнеспособности.</p>
48.	ОПК-7	<p>Больная 25 лет поступила в клинику с жалобами на схваткообразные, сильные боли внизу живота. Больная беспокойна, стремится изменить положение тела, пониженного питания. Язык влажный. Пульс - 68 в минуту. Живот вздут, мягкий. В правой половине мезогастрия при пальпации определяется плотно-эластическое образование 6x8 см. Хирургом приемного отделения поставлен диагноз илеоцекальной инвагинации. Больная экстренно оперирована. Во время операции в терминальном отделе подвздошной кишки обнаружено продолговатое образование диаметром 5 см с неровной фрагментированной плотно - эластической поверхностью, не связанное со стенкой кишки. Приводящий отдел резко расширен. Ободочная кишка спавшаяся.</p> <p>1) Ваш диагноз.</p> <p>2) Круг дифференциального диагноза.</p> <p>3) Дополнительные методы исследования.</p> <p>4) Тактика лечения.</p>	<p>1) Гельминтоз. Острая обтурационная кишечная непроходимость.</p> <p>2) Инородное тело (фито-, трихо-, литобезоары).</p> <p>3) Необходимости нет.</p> <p>4) Механическое деление конгломерата без вскрытия кишки. Если это невозможно – смещение конгломерата в дистальном направлении, энтеротомия, удаление инородного тела, ушивание энтеротомной раны.</p>
49.	ОПК-7	<p>У больного 64 лет, страдающего гипертонической болезнью I степени, при фиброколоноскопии обнаружены множественные полипы (около 30) левой половины ободочной кишки, размерами от 0.3x0.3 до 0.8x1.0 см. Из одного полипа наблюдается кровотечение.</p> <p>1) Как лучше остановить кровотечение?</p> <p>2) О каком заболевании следует думать у данного больного?</p> <p>3) В каком лечении нуждается больной?</p>	<p>1) Провести электрокоагуляцию кровоточащего полипа.</p> <p>2) О полипозе левой половины толстой кишки.</p> <p>3) В левосторонней гемиколэктомии.</p>
50.	ОПК-7	<p>Выполнялась операция женщине 57 лет по поводу гигантской вентральной грыжи. Во время операции выявлен некроз жирового подвеса ободочной кишки.</p> <p>1) Что должен предпринять хирург в данной ситуации?</p>	<p>Удаление некротизированного жирового подвеса, дренирование брюшной полости, продолжить герниопластику</p>
51.	ОПК-7	<p>В поджелудочной железе различают следующие анатомические части</p>	<p>головку, тело и хвост</p>
52.	ОПК-7	<p>Поджелудочная железа расположена</p>	<p>забрюшинно</p>
53.	ОПК-7	<p>Тело поджелудочной железы передней своей поверхностью прилежит к</p>	<p>желудку</p>
54.	ОПК-7	<p>Головка поджелудочной железы расположена</p>	<p>в петле двенадцати перстной кишки</p>
55.	ОПК-7	<p>За сутки поджелудочная железа вырабатывает панкреатический сок в объеме</p> <p>А) 10 - 15 миллилитров</p> <p>Б) 100 - 150 миллилитров</p> <p>В) 200 - 250 миллилитров л</p>	<p>Г</p>

		Г) 1000 - 1500 миллилитров Д) 5000 - 6000 миллилитров	
56.	ОПК-7	К протеолитическим ферментам поджелудочной железы относятся А) фермент трипсин Б) фермент липаза В) фермент эстераза Г) фермент амилаза Д) все перечисленное верно	А
57.	ОПК-7	К протеолитическим ферментам поджелудочной железы относятся А) глюкагон Б) химотрипсин В) липаза Г) амилаза Д) все перечисленное верно	Б
58.	ОПК-7	К липолитическим ферментам поджелудочной железы относятся А) фермент трипсин Б) фермент эластаза В) фермент липаза Г) фермент амилаза Д) все перечисленное верно	В
59.	ОПК-7	К липолитическим ферментам поджелудочной железы относятся А) трипсин Б) эластаза В) коллагеназа Г) фосфолипаза Д) все перечисленное верно	Г
60.	ОПК-7	Поджелудочной железой в активной форме выделяются следующие ферменты А) трипсиноген и липаза Б) трипсиноген и амилаза В) химотрипсиноген и амилаза Г) химотрипсиноген и липаза Д) ферменты амилаза и липаза	Д
61.	ОПК-7	В норме активность амилазы в моче не превышает А) 4 мг/ч миллилитров Б) 16 мг/ч миллилитров В) 120 мг/ч/ миллилитров Г) 560 мг/ч миллилитров Д) 1256 мг/ч миллилитров	В
62.	ОПК-7	Нормальные величины активности амилазы в сыворотке крови составляют А) в норме не определяется Б) 2-8 мг/ч миллилитров В) 12-32 мг/ч миллилитров Г) 2-256 мг/ч миллилитров Д) 4-1024 мг/ч миллилитров	В
63.	ОПК-7	Для отечной формы острого панкреатита характерно А) значительное повышение температуры тела Б) сильные боли в животе В) частый жидкий стул Г) пожелтение кожи и склер Д) недержание мочи	Б
64.	ОПК-7	В развитии острого панкреатита главенствующая роль принадлежит А) микробной агрессии Б) плазмоцитарной инфильтрации В) микроциркуляторным нарушениям Г) аутоферментной агрессии Д) нарушению венозного оттока	Г
65.	ОПК-7	Болезненность при пальпации в левом реберно-позвоночном	Б

		углу при остром панкреатите носит название симптома А) Воскресенского Б) Мейо - Робсона В) Грюнвальда Г) Мондора Д) Грея - Тернера	
66.	ОПК-7	Жировой панкреонекроз формируется в результате А) присоединения инфекции на фоне отека панкреатита Б) активации и повреждающего действия липолитических ферментов В) активации и повреждающего действия протеолитических ферментов Г) активации и повреждающего действия гликолитических ферментов Д) инволюции мелкоочагового панкреонекроза	Б
67.	ОПК-7	Геморрагический панкреонекроз формируется в результате А) присоединения инфекции на фоне отека панкреатита Б) активации и повреждающего действия липолитических ферментов В) активации и повреждающего действия протеолитических ферментов Г) активации и повреждающего действия гликолитических ферментов Д) инволюции мелкоочагового панкреонекроза	В
68.	ОПК-7	Болезненность и резистентность мышц в проекции поджелудочной железы при остром панкреатите носит название симптома А) Мейо - Робсона Б) Керте В) Грея - Тернера Г) Мондора Д) Воскресенского	Б
69.	ОПК-7	Эзофагогастродуоденоскопия у больных острым панкреатитом позволяет А) диагностировать острый панкреатит Б) уточнить локализацию некроза в поджелудочной железе В) уточнить распространенность панкреонекроза Г) определить форму острого панкреатита Д) оценить состояние большого дуоденального сосочка	Д
70.	ОПК-7	К развитию острого панкреатита могут привести А) тупая травма живота Б) операционная травма поджелудочной железы В) ущемленный камень большого дуоденального сосочка Г) стриктура большого дуоденального сосочка Д) все вышеперечисленные причины	Д
71.	ОПК-7	Укажите наиболее информативный метод исследования при острой кишечной непроходимости: А) обзорная рентгенография брюшной полости Б) фиброколоноскопия В) гастроскопия Г) ангиография Д) УЗИ	А
72.	ОПК-7	Выберите признак нежизнеспособности ущемленной петли кишки: А) гиперемия серозной оболочки Б) отсутствие перистальтики и пульсации брыжеечных сосудов В) кал с примесью крови Г) наличие мутной грыжевой воды Д) дилатация приводящего сегмента кишки	Б
73.	ОПК-7	Инвагинация относится к непроходимости: А) спастической Б) паралитической В) обтурационной Г) странгуляционной	Д

		Д) смешанной	
74.	ОПК-7	Консервативное лечение острой кишечной непроходимости применяется только при: А) Завороте Б) Узлообразовании В) Инвагинации Г) Динамической непроходимости Д) Обтурации желчным камнем	Г
75.	ПК-1	Установите соответствие между эффективностью и неэффективностью от консервативного лечения при следующих видах острой кишечной непроходимости: 1. Заворот тонкой кишки; 2. Узлообразование между петлей тонкой и сигмовидной кишкой; 3. Спастическая кишечная непроходимость; 4. Травматический парез кишечника; 5. Копростаз. Выберите правильное сочетание ответов:	3,4,5
76.	ПК-1	Установите соответствие между ранним периодом заболевания при острой тонкокишечной непроходимости и развивающимися патологическими состояниями: 1. Гиперкалиемия; 2. Дегидратация; 3. Снижение гематокрита; 4. Повышение гематокрита; 5. Гипокалиемия. Выберите правильное сочетание ответов:	2,4,5;
77.	ПК-1	Установите соответствие патогномичных симптомов для обтурационной кишечной непроходимости: 1. Постоянные боли в животе; 2. Схваткообразные боли в животе; 3. Рвота цвета кофейной гущи; 4. Вздутие живота; 5. Западение эпигастральной области. Выберите правильное сочетание.	2,4;
78.	ПК-1	Установите соответствие решающих методов исследования в постановке диагноза «острая кишечная непроходимость» являются: 1. Обзорная рентгенокопия брюшной полости; 2. Исследование пассажа бария по кишечнику; 3. Эзофагогастродуоденоскопия; 4. Лапароскопия; 5. Определение электролитов плазмы. Выберите правильную комбинацию.	1,2;
79.	ПК-1	Укажите правильную последовательность: в каких случаях применяют консервативное лечение острой кишечной непроходимости? 1. Заворот; 2. Узлообразование; 3. Спастическая непроходимость; 4. Паралитическая непроходимость; 5. Копростаз. Правильным будет:	3,4,5;
80.	ПК-1	Укажите правильную последовательность тактических действий хирурга при выборе лечебной тактики у больного с острой кишечной непроходимостью: 1. Вид непроходимости; 2. Локализацию уровня непроходимости; 3. Наличие перитонеальных симптомов; 4. Интенсивность перистальтики; 5. Интенсивность болей. Выберите правильное сочетание ответов:	1,2,3.
81.	ПК-1	Укажите правильную последовательность причин развития паралитической кишечной непроходимости: 1. Перитонит; 2. Свинцовое отравление; 3. Острый панкреатит; 4. Забрюшинная гематома; 5. Расстройство мезентериального кровообращения. Отметьте лучшую комбинацию ответов:	1,3,4,5;
82.	ПК-1	Укажите правильную последовательность симптомов паралитической кишечной непроходимости: 1. Ассиметрия живота; 2. Задержка стула и газов; 3. Схваткообразные боли в животе; 4. Резкое равномерное вздутие живота; 5. Симптом Цеге-Мантейфеля. Отметьте лучшую комбинацию ответов:	2,4.
83.	ПК-1	У больного 60 лет диагностирован рак прямой кишки на расстоянии 14 см от ануса, обтурирующий просвет, и метастазы в правой доле печени. 1) Укажите стадию заболевания по TNM-классификации 2) Какое осложнение имеет место? 3) Какое паллиативное оперативное лечение может быть выполнено?	1) Т3NxM1. 2) Острая кишечная непроходимость. 3) Сигмостомия.
84.	ПК-1	Больной 63 лет обратился с жалобами на выпадение прямой кишки при акте дефекации и физической нагрузке, самостоятельно не вправляется, вправляется только рукой.	1) II стадия. 2) Операция Зеренина-Кюммелля – фиксация

		1) Укажите стадию заболевания. 2) Метод лечения.	стенки прямой кишки к передней продольной связке позвоночника.
85.	ПК-1	Больная 36 лет доставлена в хирургический стационар с жалобами на постоянные, постепенно нарастающие боли внизу живота, возникшие у больной среди полного здоровья 8 часов назад. Объективно: определяются умеренное вздутие живота, разлитая болезненность в нижних отделах, умеренное напряжение мышц передней брюшной стенки. Сомнительный симптом Щёткина – Блюмберга. Пульс - 100 в минуту. Лейкоцитоз – $15,0 \times 10^9/\text{л}$. 1) Ваш диагноз. 2) План обследования для подтверждения диагноза. 3) План лечения.	1) Перитонит. 2) Общий анализ крови и мочи, обзорная рентгенография органов брюшной полости, консультация гинеколога, УЗИ органов брюшной полости, при необходимости – лапароскопия. 3) При подтверждении диагноза - операция - лапаротомия.
86.	ПК-1	Больная 35 лет жалуется на покраснение и уплотнение соска. При осмотре сосок и часть ореолы покрыта мокнувшими корочками и струпиками, при sluщивании которых обнаруживается влажная, зернистая поверхность. Сосок утолщен и плотен на ощупь. Регионарные лимфоузлы без патологии. 1) Какое заболевание вы заподозрили у больной? 2) Как уточнить диагноз? 3) Как лечить больную?	1) Рак Педжета. 2) Отпечаток из влажной поверхности на цитологическое исследование. Маммография. 3) При подтверждении диагноза - радикальная мастэктомия с последующей лучевой терапией.
87.	ПК-1	У женщины 30 лет, ни разу не беременевшей, появились болезненные ощущения в молочных железах, усилившиеся перед менструацией. Железы стали набухать, а из сосков появились выделения серо – зеленого цвета. Молочные железы имели грубо дольчатое строение, а в верхне - наружном квадранте железы обнаруживается мелкая зернистость. После месячных болезненные ощущения заметно уменьшались, а затем появлялись вновь перед месячными. 1) Какой может быть поставлен диагноз? 2) Как лечить больную?	1) Диффузная фиброзно-кистозная мастопатия. 2) Лечение консервативное (микродозы йода, витамины А, В, Е гистогены при гиперэстрогемии).
88.	ПК-1	Наиболее частой причиной тонкокишечной механической непроходимости являются:	Спайки брюшной полости
89.	ПК-1	Наиболее информативным методом диагностики перфоративных язв является:	лапароскопия
90.	ПК-1	При рецидиве язвенного гастроуденального кровотечения показано:	экстренная операция
91.	ПК-1	Установить источник гастроуденального кровотечения позволяет:	ЭГДС
92.	ПК-1	Исчезновение болей и появление «мелень» при дуоденальной язве характерно для: А) Пилородуоденального стеноза Б) Перфорации язвы В) Малигнизации язвы Г) Кровотечения Д) Пенетрации в поджелудочную железу	Г
93.	ПК-1	При установлении диагноза перфоративной язвы показаны: А) Экстренная операция Б) Консервативное лечение в течение 24 час В) Консервативное лечение по Тейлору Г) Динамическое наблюдение Д) Амбулаторное лечение	А
94.	ПК-1	Основные симптомы язвенного кровотечения (один ответ лишний): А) рвота «кофейной гущей» Б) дегтеобразный стул В) эритропения	Д

		Г) рвота алой кровью Д) лейкоцитоз	
95.	ПК-1	Операцией выбора при прободной язве желудка в условиях гнойного перитонита является: А) резекция желудка Б) стволовая ваготомия с пилоропластикой по Джадду В) ушивание перфорации Г) СПВ с пилоропластикой по Джадду Д) СВ с пилоропластикой по Джадду	В
96.	ПК-1	Органоошадящие операции при язвенной болезни (один ответ лишний): А) субтотальная резекция желудка Б) СПВ В) антрумэктомия с селективной ваготомией Г) СВ с пилоропластикой Д) операция Джадда	А
97.	ПК-1	Для хронических медиагастральных язв не характерно наличие: А) плотных краев Б) возбудимого типа секреции В) пенетрации Г) малигнизации Д) перивисцерита	Б
98.	ПК-1	Для язвенной болезни 12-перстной кишки не характерно: большая распространенность заболевания по сравнению с А) желудочными язвами Б) более частое развитие у мужчин В) преимущественное образование в молодом возрасте Г) более упорное, чем при желудочной язве, течение Д) злокачественное перерождение	Д
99.	ПК-1	Напряжение мышц правой подвздошной области при прободении дуоденальной язвы объясняется: А) иррадиацией боли Б) поступлением воздуха в брюшную полость В) затеканием желудочного содержимого в правый боковой канал Г) вторичным тифлитом Д) висцеро-висцеральными связями с червеобразным отростком	В
100.	ПК-1	Операцией выбора при язвенной болезни на фоне дуоденостаза является: А) антрумэктомия по Бильрот-1с ваготомией Б) антрумэктомия по Ру с ваготомией В) ваготомия с пилоропластикой Г) СПВ Д) средняя резекция желудка	Б
101.	ПК-1	Препараты, используемые при язвенном кровотечении (один ответ лишний): А) Н-2 - блокаторы Б) аминокaproновая кислота В) фраксипарин Г) этамзилат Д) свежемороженая плазма	В
102.	ПК-1	Показанием к операции при дуоденальной язве является (один ответ лишний): А) пенетрация Б) сочетание с язвой желудка В) отсутствие результата при длительном медикаментозном лечении Г) острая язва Д) стеноз	Г
103.	ПК-1	ФГДС при язвенной болезни не позволяет определить:	А

		<p>А) темп эвакуации Б) локализацию язвы В) наличие инфильтративного вала Г) размеры язвы Д) наличие малигнизации</p>	
104.	ПК-1	<p>Рентгенологическое исследование желудка и 12-перстной кишки при язвенной болезни не позволяет верифицировать: А) темп эвакуации Б) локализацию язвы В) наличие инфильтративного вала Г) размеры язвы Д) наличие малигнизации</p>	Д
105.	ПК-1	<p>Необходимые исследования у больного с хронической язвой желудка (один ответ лишний): А) эндоскопическое исследование Б) УЗИ желудка и 12-перстной кишки В) биопсия Г) рентгенологическое исследование желудка Д) определение типа желудочной секреции</p>	Б
106.	ПК-1	<p>Вынужденное положение больного с приведенными к животу ногами характерно для: А) обострения язвенной болезни Б) стенозирующей язвы В) прободной язвы Г) кровоточащей язвы Д) пенетрирующей язвы</p>	В
107.	ПК-1	<p>Метастаз Вирхова локализуется: А) в печени Б) в прямокишечно-пузырной складке В) в яичниках Г) между ножками кивательной мышцы Д) в легких</p>	Г
108.	ПК-1	<p>Метастаз Шницлера локализуется: А) в печени Б) в прямокишечно-пузырной складке В) в яичниках Г) между ножками кивательной мышцы Д) в области пупка</p>	Б
109.	ПК-1	<p>Наиболее часто рак желудка метастазирует в: А) легкие Б) печень В) яичники Г) кости Д) щитовидную железу</p>	Б
110.	ПК-1	<p>Метастаз Крукенберга локализуется: А) в прямокишечно-пузырной складке Б) в пупке В) в яичниках Г) между ножками кивательной мышцы Д) в печени</p>	В
111.	ПК-1	<p>Отдаленными для рака желудка являются метастазы: А) в печень Б) Крукенберга В) в пупок Г) Вирхова Д) все верно</p>	Д
112.	ПК-4	<p>Установите не соответствие перечисленного раку желудка? А) Чаще возникает у мужчин, чем у женщин; Б) Развивается на фоне хронического атрофического гастрита; В) Может развиваться из полипа; Г) Редко локализуется на большой кривизне желудка; Д) Рано диагностируется определением содержания альфа-фетопротеина</p>	Рано диагностируется определением содержания альфа-фетопротеина
113.	ПК-4	<p>Установите соответствие метода ранней диагностике рака</p>	Обзорная

		желудка: А); Б) Поиск синдрома «малых признаков»; В) Выявление раковой триады по А.В. Мельникову; Г) Рентгенография желудка; Д) Хромогастроскопия.	эзофагогастроскопия
114.	ПК-4	Установите соответствие онкологически оправданной операции при раке проксимального отдела желудка, протекающего с явлениями дисфагии: А) Гастростомия; Б) Гастроэнтеростомия; В) Резекция кардиального отдела желудка; Г) Проксимальная резекция желудка; Д) Гастрэктомия с резекцией дистального отдела пищевода.	Гастрэктомия с резекцией дистального отдела пищевода.
115.	ПК-4	Установите соответствие метастазов абсолютным признакам неоперабельности рака желудка: 1. Множественные метастазы в печень; 2. Метастатическое поражение селезенки; 3. Метастазы в большой сальник; 4. Большие размеры опухоли; 5. Асцит. Выберите лучшую комбинацию ответов:	1,5
116.	ПК-4	Укажите правильную последовательность паллиативных операций при раке выходного отдела желудка: 1. Антрумэктомия; 2. Передний гастроэнтероанастомоз с Брауновским межкишечным анастомозом; 3. Дистальная субтотальная резекция желудка; 4. Пилоропластика по Финнею; 5. Гастрэктомия. Правильным будет:	2
117.	ПК-4	Укажите правильную последовательность типичных клинических проявлений рака выходного отдела желудка: 1. Повторная рвота; 2. Дисфагия; 3. «Шум плеска» натошак; 4. Полиурия; 5. Гиперсаливация. Выберите лучшую комбинацию ответов:	1,3
118.	ПК-4	Укажите правильную последовательность признаков, не характерных для рака тела желудка: 1. Дисфагия; 2. Анемия; 3. Неукротимая рвота; 4. Гиперсаливация; 5. Похудание. Выберите лучшую комбинацию ответов:	1,3,4
119.	ПК-4	Укажите правильную последовательность онкологически обоснованных операций при раке кардиального отдела желудка (операбельном): 1. Резекция кардии с эзофагогастроанастомозом; 2. Резекция 2/3 желудка по Бильрот II; 3. Гастростомия; 4. Гастрэктомия; 5. Проксимальная резекция желудка. Выберите правильную комбинацию ответов:	4,5
120.	ПК-4	Укажите правильную последовательность диагностирования метастазов в печень при раке желудка позволяют: 1. Клинический анализ крови; 2. Биохимический анализ крови; 3. Радиоизотопное сканирование печени; 4. Ультразвуковое исследование; Д) Лапароскопия с биопсией печени. Правильным будет:	3,4,5;
121.	ПК-4	Больная, оперированная полгода назад по поводу тиреотоксического зоба, пришла на прием с жалобами на слабость, сонливость, упадок сил, прогрессирующее прибавление массы тела (30 кг). При осмотре обращала на себя внимание пастозность, одутловатость лица, сухость и грубость кожи. Щитовидная железа не увеличена. Послеоперационный рубец в хорошем состоянии. ТТГ – 30мМЕ. 1) Что произошло с больной? 2) Как ее нужно лечить?	1) У больной развился поздний тяжелый послеоперационный гипотиреоз. 2) Заместительная гормональная терапия (L – тироксин или эутироксом), начиная с малых доз, постепенно увеличивая под контролем ТТГ до нормального уровня гормонов.
122.	ПК-4	У больной, оперированной по поводу диффузного зоба с явлениями тиреотоксикоза средней тяжести, на следующий день после операции появились парестезии в области кончиков пальцев рук, чувство ползания мурашек. Затем появился симптом «руки акушера», боли в мышцах предплечий.	1) Ранний послеоперационный гипопаратиреоз 2) Определить уровень паратгормона и кальция

		<p>1) О каком состоянии следует думать?</p> <p>2) Как можно уточнить ваше предположение?</p> <p>3) Чем можно помочь больной?</p>	<p>в крови.</p> <p>3) В период судорог мышц ввести в/в раствор кальция, АТ-10, начиная от 5 капель, 2 раза per os и повышая дозу до стабилизации. Кальций Д3 никомед per os во второй половине дня - 2 таблетки.</p>
123.	ПК-4	<p>К сосудистому хирургу обратилась молодая женщина, у которой на фоне неосложненно протекающей беременности появились варикозно-расширенные вены на правой ноге. Хирургом установлено, что глубокие вены правой голени проходимы, имеется недостаточность перфорантных вен в нижней ее трети. При пальпации вены мягкие, безболезненные, кожа над ними не изменена. Исходя из клинической ситуации, что необходимо рекомендовать больной?</p>	<p>Ношение эластических бинтов; операцию флебэктомию в послеродовом периоде.</p>
124.	ПК-4	<p>У больной 48 лет с острым тромбозом левой нижней конечности, находящейся на лечении в стационаре и не соблюдающей строгого постельного режима, внезапно на фоне полного благополучия появились резкие боли за грудиной, одышка, нехватка воздуха, головокружение.</p> <p>1) Какой диагноз можно поставить больной?</p> <p>2) Какова тактика лечения?</p>	<p>1) Тромбоз лёгочной артерии.</p> <p>2) Экстренная терапия тромбоза лёгочной артерии в условиях реанимации, тромболитическая терапия.</p>
125.	ПК-4	<p>Больной 60 лет обратился к врачу с жалобами на интенсивные боли в правой голени в покое и усиливающиеся при ходьбе. Эти явления появились внезапно 2 месяца назад и постепенно прогрессировали. При осмотре выявлено, что кожа правой стопы имеет цвет слоновой кости, на ощупь холоднее, чем слева. Симптом "плантарной ишемии" положительный. Пульс на подколенной артерии и ниже не определяется.</p> <p>1) Ваш предположительный диагноз.</p> <p>2) Тактика ведения больного.</p> <p>3) Варианты возможной тактики лечения в стационаре.</p>	<p>1) Атеросклеротический тромбоз на уровне бедренной артерии.</p> <p>2) Необходима срочная госпитализация в отделение сосудистой хирургии.</p> <p>3) После обследования с применением доплерографии и ангиографии оперативное лечение: тромбэктомию или шунтирование.</p>
126.	ПК-4	<p>Операцией выбора при раке дистального отдела желудка является:</p>	<p>Дистальная субтотальная резекция желудка;</p>
127.	ПК-4	<p>Болезнь Менетрие – это:</p>	<p>Гигантский гипертрофический гастрит</p>
128.	ПК-4	<p>Укажите локализацию рака желудка, сопровождающуюся наименьшей клинической симптоматикой:</p>	<p>Рак тела желудка</p>
129.	ПК-4	<p>К метастазу Вирхова относятся:</p>	<p>Метастазы в надключичные лимфоузлы слева</p>
130.	ПК-4	<p>Операция гастростомия показана:</p>	<p>При раке кардиального отдела желудка IV стадии с явлениями стеноза пищевода;</p>
131.	ПК-4	<p>При язвенном колите чаще всего поражается кишка:</p> <p>А) восходящая</p> <p>Б) ободочная</p> <p>В) нисходящая</p> <p>Г) слепая</p> <p>Д) прямая</p>	<p>Б</p>
132.	ПК-4	<p>При лечении неспецифического язвенного колита применяют все перечисленные препараты, кроме:</p> <p>А) антибиотиков</p>	<p>Б</p>

		Б) слабительные В) витаминов Г) иммуностимуляторов Д) гормональных препаратов	
133.	ПК-4	Осложнениями регионального илеита могут быть все, кроме: А) перфорации Б) кровотечения В) образования абсцесса Г) образования внутреннего свища Д) кишечной непроходимости	Д
134.	ПК-4	Для оперативного лечения язвенного колита применяется: А) илеостомия Б) тотальная проктоколэктомия с илеостомией В) субтотальная колэктомия с илеостомией Г) все названные операции Д) ни одна из них	Г
135.	ПК-4	При перфорации кишки, связанной с язвенным колитом, показано: А) ушивание перфорации Б) проксимальная колостомия В) тотальная колэктомия и илеостомия Г) резекция сегмента кишки с перфорацией Д) выведение петли с перфорацией из брюшной полости	Д
136.	ПК-4	Для болезни Крона не характерно: А) развитие наружных и внутриорганных свищей Б) длительное течение заболевания В) поражение только слизистой оболочки кишки Г) развитие параректальных свищей Д) анемия	В
137.	ПК-4	Консервативное лечение неспецифического язвенного колита включает: А) диету Б) витамины В) сульфаниламиды Г) десенсибилизирующую терапию Д) все перечисленное	Д
138.	ПК-4	Наиболее радикальным методом в лечении острого тромбоза геморроидальных узлов следует считать: А) склеротерапию Б) пресакральную новокаиновую блокаду В) антикоагулянты Г) оперативное вмешательство Д) применение холода	Г
139.	ПК-4	Предрасполагающим фактором в возникновении трещины анального канала является: А) запор Б) хронический парапроктит В) недостаточность сфинктера Г) криптит Д) папиллит	Г
140.	ПК-4	Для выявления типичных отдаленных метастазов рака прямой кишки используется: А) лабораторное исследование Б) пальцевое исследование прямой кишки В) лапароскопия Г) ректороманоскопия Д) ирригоскопия	В
141.	ПК-4	Для подтверждения диагноза трещины анального прохода используется: А) anosкопия Б) измерение давления в прямой кишке В) колоноскопия Г) ректоскопия Д) ирригоскопия	А

142.	ПК-4	Хирургическое лечение анальной трещины включает: А) растяжение сфинктера прямой кишки Б) диатермокоагуляцию трещины В) иссечение трещины Г) прижигание настойкой йода Д) все перечисленное верно	В
143.	ПК-4	Самой частой причиной перитонита является: А) острый аппендицит Б) прободная язва В) сальпингит Г) странгуляция тонкой кишки Д) рак желудка	А
144.	ПК-4	Почему следует выбирать срединный лапаротомный доступ при распространенном гнойном перитоните: А) полноценная ревизия и санация брюшной полости Б) минимальная травма брюшной полости В) минимальная кровопотеря Г) минимальный уровень инфицирования раны Д) минимальная вероятность послеоперационной вентральной грыжи	А
145.	ПК-4	Как устанавливается диагноз «распространенный перитонит» до операции: А) анамнестически Б) клинически В) рентгенологически Г) при ректальном исследовании Д) лабораторными и биохимическими анализами	Б
146.	ПК-4	Какой самый частый путь проникновения инфекции в брюшную полость при первичных перитонитах у взрослых: А) гематогенный Б) лимфогенный В) через маточные трубы Г) проникновение инфекции через переднюю брюшную стенку без ее повреждения Д) гематогенно-лимфогенный	В
147.	ПК-4	Для болезни Гревса-Базедова не характерно наличие: А) зоба Б) тахикардии В) экзофтальма Г) диастолического шума на верхушке сердца Д) все перечисленное характерно для данного заболевания	Г
148.	ПК-4	Лечебное мероприятие, не применяемое для лечения больных тиреотоксикозом: А) прием мерказолила Б) дигитализация В) атропинизация Г) препараты йода Д) седативные препараты	В
149.	ПК-4	Для тиреотоксического криза характерно все, кроме: А) потери сознания Б) симптома Хвостека В) гипертермии Г) тахикардии Д) нервно-психических расстройств	Б
150.	ПК-4	При тиреотоксикозе наблюдается: А) уменьшение пульсового давления Б) патологическая мышечная слабость В) светобоязнь Г) патологическая жажда Д) несахарное мочеизнурение	А