



ДЕРЖАВНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ТОВАРИСТВО
«ЦЕНТР ЯКОСТІ ОСВІТИ МІНІСТЕРСТВА ОХОРОНИ
ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ»

ID здобувача / Student ID						
3	8	2	1	1	4	7
8	6					

Прізвище / Surname						
С	М	О	Л	И	К	

Варіант / Variant 83

ЗБІРНИК ТЕСТОВИХ ЗАВДАНЬ ДЛЯ
СКЛАДАННЯ ЛІЦЕНЗІЙНОГО ІНТЕГРОВАНОГО
ІСПИТУ

КРОК 3

Спеціальність
«ХІРУРГІЯ»

1. За критеріями якої шкали оцінюється ступінь печінкової недостатності при захворюваннях печінки?

- A. Маршала
- B. Ренсон
- C. APACH II
- D. Чайлд-П'ю
- E. SOFA

2. Пацієнт віком 52 роки скаржиться на тривалий, періодичний біль у верхній частині живота, який посилюється після жирної їжі та алкоголю і практично не знімається нестероїдними протизапальними засобами. Відзначає схуднення, періодичну діарею з жирними каловими масами. В анамнезі: неодноразово лікувався від алкоголізму. Об'єктивно спостерігається: шкіра та видимі слизові звичайні, тургор тканин знижений, живіт не здутий, під час пальпації м'який, злегка болісний у верхніх відділах. В аналізі крові: гемоглобін — 115 г/л, лейкоцити — $8,5 \cdot 10^9$ /л, нейтрофіли — 65%, білірубін — 18 мкмоль/л, глюкоза — 6,8 ммоль/л, амілаза — 120 Од/л, ліпаза — 90 Од/л. Під час УЗД живота виявлено незначне збільшення головки підшлункової залози, нерівномірна ехогенність. На КТ підшлункової залози відзначено кальцифікацію тканини залози, звуження панкреатичного протоку. Який найімовірніший діагноз?

- A. Хронічний холецистит
- B. Гострий панкреатит
- C. Панкреатит із псевдокістою
- D. Хронічний панкреатит
- E. Набряковий панкреатит

3. Пацієнт віком 30 років хворіє на рецидивуючу виразку дванадцятипалої кишки, що не реагує на консервативне лікування. Розглядається оперативне втручання, яке мінімально вплине на нормальну функцію шлунка, максимально зберігаючи його фізіологію. Яка хірургічна процедура є найбільш виправданою, щоб зменшити секрецію соляної кислоти, не порушуючи при цьому моторику антрального відділу шлунка та пілоричного сфінктера, уникаючи потреби в додаткових дренажних операціях після хірургічного втручання?

- A. Резекція шлунка, радикальна
- B. Пілоропластика без ваготомії
- C. Селективна проксимальна ваготомія
- D. Стовбурава ваготомія з дренажною операцією
- E. Тотальна ваготомія з дренажною операцією

4. Пацієнтці проведено алотрансплантацію нирки. Через 10 днів з'явилися скарги на підвищення температури тіла до $38,5^{\circ}\text{C}$, зменшення діурезу, розпираючий біль у ділянці трансплантованої нирки. В аналізі крові: підвищення рівня креатиніну та се-

човини. Який найімовірніший діагноз?

- A. Гостре відторгнення трансплантата
- B. Хронічне відторгнення трансплантата
- C. Розрив трансплантованої нирки
- D. Лімфоцеле
- E. Інфекція сечовивідних шляхів

5. Чоловік віком 64 роки скаржиться на біль у литкових м'язах під час ходьби, який зникає після зупинки через 100-150 м. В анамнезі: курить понад 30 років, артеріальна гіпертензія та підвищений рівень ЛПНЩ. Об'єктивно спостерігається: шкіра стоп бліда, дистальне волосся відсутнє, пульсація на артеріях стоп не визначається. Який найімовірніший діагноз?

- A. Діабетична ангіопатія
- B. Облітеруючий атеросклероз судин нижніх кінцівок
- C. Облітеруючий тромбангіїт
- D. Ревматоїдний васкуліт
- E. Посттромботичний синдром

6. Пацієнтка віком 68 років з цукровим діабетом перенесла апендектомію з приводу флегмонозного апендициту. Враховуючи вік пацієнтки, супутні захворювання та характер оперативного втручання, яка специфічна профілактика післяопераційних ускладнень є критично важливою і повинна бути застосована у цьому клінічному випадку для запобігання небезпечним станам?

- A. Достатньо компресійної білизни, антикоагулянти не потрібні
- B. Антибіотикопрофілактика високими дозами, тривалий період післяопераційний
- C. Тромбоемболічна профілактика, розпочата до операції, тривалість 7-8 діб
- D. Лише знеболювальні препарати, профілактика тромбоемболії не пріоритетна
- E. Негайна рання мобілізація, без додаткових медикаментозних засобів

7. Пацієнтка віком 16 років під час ракетного обстрілу міста отримала закриту вибухову травму живота, перенесла спленектомію. Укажіть необхідні рекомендації для профілактики спленектомічного синдрому.

- A. Санація вогнищ хронічної інфекції (тонзиліту, парадонтозу та інших)
- B. Профілактичний прийом імуномодуляторів
- C. Регулярний прийом полівітамінів
- D. Обов'язкова імунізація пневмококовою, гемофілійною та менінгококовою вакцинами
- E. Проведення протиспайкової терапії

8. До приймального відділення доставлено пацієнта віком 55 років з клінічними проявами гострого запального абдомінального синдрому. Лікар приймального відділення

проводить стандартне обстеження та планує додаткові інструментальні дослідження. Які базові інструментальні дослідження обов'язково виконуються пацієнтам старше від 40 років або за наявності відповідних медичних показань при підозрі на гострий запальний абдомінальний синдром, щоб виключити життєво небезпечні стани?

- А. ЕКГ, оглядова рентгенографія органів черевної порожнини та грудної клітки
- В. ЕКГ, комп'ютерна томографія органів черевної порожнини та грудної клітки
- С. ЕКГ, оглядова рентгенографія грудної клітки та фіброезофагогастроуденоскопія
- Д. Фіброезофагогастроуденоскопія, оглядова рентгенографія органів черевної порожнини та грудної клітки
- Е. ЕКГ, оглядова рентгенографія грудної клітки та УЗД черевної порожнини

9. У пацієнта через кілька місяців після виконаної лапароскопічної холецистектомії з'явилося ускладнення у вигляді лігатурної нориці, яка проявляється постійним виділенням серозного або гнійного ексудату з післяопераційної рани. Ця ситуація вказує на наявність чужорідного тіла — інфікованої або нерозсмоктуваної лігатури. Яка стратегія лікування є первинною та найбільш обґрунтованою для усунення цього пізнього післяопераційного ускладнення згідно з актуальними клінічними рекомендаціями?

- А. Застосування фізіотерапевтичних процедур, таких як УВЧ або лазерна терапія, для стимуляції загоєння та закриття нориці
- В. Термінове хірургічне втручання для висічення нориці та її закриття без попереднього консервативного лікування будь-яких проявів
- С. Динамічне спостереження без активного хірургічного втручання, оскільки лігатурні нориці часто закриваються самостійно з часом
- Д. Перев'язки та видалення інфікованих лігатур, а при неефективності впродовж 2-3 місяців показано висічення лігатурних нориць
- Е. Призначення тривалого курсу антибактеріальної терапії для повного пригнічення інфекційного процесу без видалення лігатур

10. Пацієнтка віком 45 років скаржиться на втому і тяжкість у ногах до кінця дня, періодичні набряки гомілок, які зникають після нічного відпочинку, та наявність розширених звивистих підшкірних вен на медіальній поверхні стегна та гомілки. Об'єктивно спостерігається: шкіра звичайного кольору, трофічних змін немає, пульс на артеріях стоп задовільний. За класифікацією CEAP — C2. Під час дуплексного

УЗД виявлено: помірне розширення підшкірних вен, патологічний рефлюкс. Якого класу компресії показаний еластичний трикотаж при такому ступені варикозної хвороби підшкірних вен нижніх кінцівок?

- А. Показане тільки хірургічне лікування (флебектомія/ЕВЛК)
- В. Компресійна терапія не показана
- С. Перший клас компресії (15-23 мм рт. ст.)
- Д. Третій клас компресії (35-49 мм рт. ст.)
- Е. Другий клас компресії (24-34 мм рт. ст.)

11. Пацієнт віком 21 рік отримав типу травму живота внаслідок дорожньо-транспортної пригоди 2 години тому. Під час об'єктивного обстеження та за даними додаткових методів обстеження виявлено: внутрішньочеревна кровотеча, геморагічний шок III ступеня, імовірно — розрив селезінки. Інтраопераційно встановлено діагноз: розрив селезінки IV ступеня. Який об'єм хірургічного втручання показаний у цьому разі?

- А. Резекція селезінки
- В. Спленектомія з екстраперитонеальною аутоспленотрансплантацією
- С. Лапароцентез та динамічне спостереження
- Д. Тампонування розривів капсули
- Е. Зашивання рани селезінки

12. У пацієнта після операції з приводу защемленої грижі розвинувся післяопераційний парез кишок, спричинений токсичним ураженням та водно-сольовими розладами. Які заходи щодо відновлення моторики кишок рекомендовані в післяопераційному періоді?

- А. Призначення наркотичних анальгетиків для зменшення болю
- В. Інтубація шлунка, з другої доби антихолінергічні препарати 2-3 дні, очисна клізма на 3-й день
- С. Виконання хірургічної ревізії черевної порожнини, щоб відкинути імовірність механічної непрохідності
- Д. Негайна стимуляція кишок електро-стимуляцією з першої доби, а також призначення високих доз проносних препаратів
- Е. Тривале голодування до повного самостійного відновлення перистальтики, без будь-якої медикаментозної стимуляції

13. У пацієнта віком 50 років через 10 днів після перенесеного гострого ретроцекального апендициту раптово з'явилися виражена загальна слабкість, інтенсивний біль у правому підребер'ї, висока гектична температура тіла із сильним ознобом та помітна жовтяниця. Загальний стан вкрай тяжкий, що вказує на системне інфекційне ускладнення. Яке найсерйозніше ускладнення гострого апендициту розвинулося

в пацієнта, що відповідає цій характерній клінічній картині?

- А. Гострий холецистит
- В. Місцевий перитоніт
- С. Гострий пілефлебіт
- Д. Абсцес печінки
- Е. Апендикулярний абсцес

14. Пацієнтку віком 40 років прооперовано з приводу вузлового тиреотоксичного зоба, виконано субтотальну тиреоїдектомію. Операція виконана без особливостей. Через 3 дні стан пацієнтки погіршився: з'явилася задишка, неприємні відчуття в ділянці серця, гіперемія шкіри, пітливість, тахікардія до 130/хв, підвищилася температура тіла. Який патологічний стан виник у пацієнтки?

- А. Ішемічна хвороба серця
- В. Гіпотиреоїдний криз
- С. Тромбоемболія легеневої артерії
- Д. Порушення мозкового кровообігу
- Е. Тиреотоксичний криз

15. Який показник крові повинен бути врахований лікарем-хірургом обов'язково перед виконанням хірургічного втручання пункційно-дренажним способом у пацієнтів із кістами та абсцесами паренхіматозних органів, щоб попереджати виникнення післяопераційних ускладнень?

- А. Креатинін
- В. Гематокрит
- С. Прокальцитонін
- Д. С-реактивний білок
- Е. Час згортання крові

16. Пацієнт віком 19 років раптово відчув сильний біль у лівій половині грудної клітки та утруднене дихання. Погіршення симптомів відбулося під час кашлю, травму грудної клітки заперечує. Пацієнт курить із 16 років, хворіє на бронхіальну астму. Об'єктивно спостерігається: шкіра та видимі слизові оболонки звичайного кольору, відсутність дихання та голосового тремтіння в лівій половині грудної клітки, пульс — 110/хв; АТ — 110/80 мм рт. ст., частота дихання — до 23/хв. За результатами рентгенографії грудної клітки виявлено: наявність повітря у плевральній порожнині ліворуч, спадіння верхньої частки легені. SpO_2 — 93%. Який найімовірніший діагноз?

- А. Плеврит
- В. Пневмонія
- С. Гостра серцева недостатність
- Д. Тромбоемболія легеневої артерії
- Е. Спонтанний пневмоторакс

17. Чоловік віком 34 роки звернувся до амбулаторного хірурга зі скаргами на болючість, набряк та гіперемію в ділянці нижньої частини обличчя ліворуч, підвищен-

ня температури тіла до 38,5°C. Об'єктивно спостерігається: у підщелепній ділянці визначається інфільтрат з нечіткими контурами, шкіра гіперемована, болісна під час пальпації, рот відкривається з обмеженням. Який найімовірніший діагноз?

- А. —
- В. Флегмона піднижньощелепної ділянки
- С. Гострий періодонтит
- Д. Аденофлегмона
- Е. Абсцес підшкірної клітковини щоки

18. У пацієнтки віком 42 роки після апендектомії з приводу гострого гангренозного апендициту з'явився тупий біль унизу живота, тенезми, біль під час дефекації, помірний біль при сечовипусканні. Підвищилася температура тіла до 38,5°C. Яке ускладнення післяопераційного періоду виникло в пацієнтки?

- А. Гострий дифузний перитоніт
- В. Гострий цистит
- С. Гострий геморой
- Д. Гострий проктит
- Е. Тазовий абсцес

19. У пацієнта після лапароскопічної холецистектомії утворилася помірна жовчотеча зі встановленого дренажу. Важливо відзначити, що при цьому відсутні будь-які клінічні ознаки розлитого перитоніту або формування внутрішньочеревного абсцесу. Враховуючи ці клінічні дані та бажання уникнути зайвих інвазивних втручань, яка стратегія лікування є першочерговою та найбільш обґрунтованою для ведення такого пацієнта згідно із сучасними хірургічними рекомендаціями?

- А. Проведення консервативного лікування, включаючи застосування спазмолітиків та ферментних препаратів, без додаткових діагностичних процедур
- В. Встановлення додаткових дренажів у підпечінковий простір для відведення жовчі, щоб запобігти її накопиченню в черевній порожнині
- С. Негайна релапаротомія або релапароскопія для визначення причини жовчотечі та проведення хірургічної корекції цієї проблеми
- Д. Призначення широкого спектра антибіотиків для профілактики можливих інфекційних ускладнень без корекції основної жовчотечі
- Е. Очікувальна тактика до 4-5 доби, якщо жовчовиділення не зменшується, тоді виконується ретроградна ендоскопічна холедохографія

20. Чоловік віком 25 років скаржиться на тривалий біль у животі, який локалізується в правій нижній частині живота. Біль інтенсивний, має періодичний характер, часто посилюється після прийому їжі. Пацієнт також скаржиться на випорожнення

до 5 разів на день, іноді з домішками слизу та крові. Втратив близько 5 кг за останні 2 місяці, відчуває загальну слабкість, зниження апетиту, іноді підвищується температура тіла до 37-37,5°C. В анамнезі: періодичний біль у животі з дитинства, який мав легкий характер, але останнім часом значно посилювався. Об'єктивно спостерігається: пацієнт має нормальний вигляд, але помітна схудлість. Під час пальпації живота: болючість у правій здухвинній ділянці, симптоми подразнення очеревини негативні. В аналізі крові: помірний лейкоцитоз, підвищення ШОЕ, анемія. Колоноскопія: у ділянці клубової кишки звуження просвіту кишки — картина «бруківки». За результатами біопсії виявлено гранулематозне запалення. Який найімовірніший діагноз?

- A. Виразковий коліт
- B. Хвороба Крона
- C. Псевдомембранозний коліт
- D. Ішемічний коліт
- E. Інфекційний коліт

21. У пацієнта віком 35 років під час індукції в анестезію внутрішньовенним введенням діазепаму раптово з'явилася задишка. Об'єктивно спостерігається: шкіра обличчя з ціанозом, сухі свистячі дистанційні хрипи, ЧД — 30/хв, АТ — 70/40 мм рт. ст., ЧСС — 138/хв. Який патологічний стан виник у пацієнта?

- A. Напад бронхіальної астми
- B. Гостра серцево-судинна недостатність
- C. Анафілактичний шок
- D. Гостра дихальна недостатність
- E. Гостра надниркова недостатність

22. Пацієнт віком 59 років скаржиться на біль, почервоніння та ущільнення по внутрішній поверхні правої гомілки. Тривалий час перебуває в положенні лежачи після нейрохірургічної операції на хребті. Об'єктивно спостерігається: у проекції великої підшкірної вени у верхній третині правої гомілки відзначено наявність щільного, болісного підшкірного тяжу довжиною 15 см, шкіра над ним набрякла та гаряча. В аналізі крові: гемоглобін — 125 г/л, лейкоцити — $13 \cdot 10^9$ /л, ШОЕ — 36 мм/год. Під час дуплексного УЗД виявлено: наявність тромбу в просвіті великої підшкірної вени, кінець тромбу — на рівні нижньої третини правого стегна. Який стан, найімовірніше, спричинив клінічні прояви та потребує невідкладного лікування через ризик ускладнень?

- A. Гострий тромбофлебіт підшкірних вен ноги
- B. Хронічна венозна недостатність
- C. Облітеруючий атеросклероз
- D. Гостра артеріальна непрохідність
- E. Гострий тромбоз глибоких вен

23. Пацієнта віком 26 років доставлено до

хірургічного стаціонару зі скаргами на підвищення температури тіла, появу нудоти та блювання, інтенсивний біль у животі. Хворіє упродовж 2-х діб. Об'єктивно спостерігається: різка болючість, м'язове напруження і позитивний симптом Щоткіна-Блюмберга в епігастрії, позитивний симптом де Кервена. Перкуторно: притуплення перкуторного звуку в пологих місцях живота. Аускультативно: ослаблення кишкової перистальтики. Під час ректального дослідження виявлено позитивний симптом Куленкампа. Який найімовірніший діагноз?

- A. Гострий холецистит
- B. Перфоративна виразка дванадцятипалої кишки
- C. Гострий ентероколіт
- D. Гострий апендицит
- E. Гострий панкреатит

24. Пацієнтка віком 42 роки скаржиться на інтенсивний біль в анальній ділянці, що виникає під час та після дефекації й триває кілька годин. Кров'янисті виділення незначні, у вигляді слідів на туалетному папері. Під час огляду виявлено: поздовжній дефект слизової оболонки задньої комісури анального каналу. Який найімовірніший діагноз?

- A. Гострий парапроктит
- B. Гострий геморой
- C. Анальна норича
- D. Хронічна анальна тріщина
- E. Пухлина анального каналу

25. У пацієнтки віком 70 років упродовж двох місяців спостерігається стабільне наростання жовтяниці, анемії з періодичними підйомами температури тіла. Під час пальпації виявлено збільшений і безболісний жовчний міхур (позитивний симптом Курвуазьє). Який найімовірніший діагноз?

- A. Рак великого дуоденального сосочка
- B. Рак шлунка
- C. Рак жовчного міхура
- D. Рак головки підшлункової залози
- E. Первинний склерозивний холангіт

26. Пацієнт віком 46 років у зоні бойових дій отримав закриту тупу травму живота. На етапах лікування діагностовано травму селезінки IV-V ступеня. Проведена операція — спленектомія. У ранньому післяопераційному періоді виникли такі симптоми: головний біль, слабкість, озноб, підвищення температури тіла до 39°C, задишка, тахікардія, холодний липкий піт. Ознак кровотечі клінічно та лабораторно немає. Здуття живота немає. Аускультативно: перистальтика нормальна. Яке ускладнення характерне для описаних клінічних проявів?

А. Постспленектомічний сепсис (OPSI-синдром)

В. Рання післяопераційна кишкова непрохідність

С. Піддіафрагмальний абсцес

Д. ТЕЛА

Е. Госпітальна пневмонія

27. Чоловік віком 48 років з виразковою хворобою в анамнезі скаржиться на рясне, багаторазове блювання одразу після прийому їжі, швидку втрату маси тіла та виражену слабкість. Біль локалізується в епігастрії. Живіт м'який, не здутий. Який вид непрохідності найбільш імовірний та яка головна причина появи симптомів у чоловіка?

А. Динамічна паралітична непрохідність на тлі загострення виразкової хвороби

В. Низька обтураційна непрохідність товстої кишки з вираженою інтоксикацією

С. Змішана непрохідність кишок, що поєднує обтурацію та странгуляцію

Д. Висока непрохідність через стеноз дванадцятипалої кишки з гіповолемією

Е. Странгуляційна непрохідність, обумовлена порушенням кровообігу в брижі

28. В одинадцятирічного хлопчика по середній лінії передньої поверхні шиї пальпується округле пухлиноподібне еластичне безболісне утворення діаметром 1,5 см, що зміщується при ковтанні та під час висунення язика. Утворилося близько 1 року тому, періодично проявляється його запалення. За результатами УЗД виявлено: ознаки серединної кісти шиї. Укажіть доцільну тактику лікування пацієнта.

А. Розкриття та дронування кісти

В. Видалення кісти шиї з резекцією під'язикової кістки

С. Екстрафасціальне видалення кісти

Д. Пункція кісти під УЗ-навігацією

Е. Динамічне спостереження

29. Під час виконання апендектомії лікар-хірург виявив щільний апендикулярний інфільтрат, який міцно припаяний до навколишніх органів, що об'єктивно унеможливає безпечне та радикальне видалення червоподібного відростка без високого ризику пошкодження сусідніх структур. Яка тактика лікаря-хірурга є правильною та найбільш безпечною в цій ситуації, щоб уникнути тяжких ускладнень і забезпечити подальше ефективне лікування?

А. Закриття черевної порожнини без дронування

В. Завершення операції, встановлення дренажу, консервативна терапія

С. Широка резекція навколишніх тканин разом з інфільтратом

Д. Максимальне видалення відростка, незважаючи на щільність інфільтрату

Е. —

30. Пацієнт віком 50 років скаржиться на тривалий кашель із відходженням гнійного мокротиння та епізодичним кровохарканням, підвищення температури тіла до 38,5°C, виражену загальну слабкість, часту нічну пітливість. В анамнезі: періодичні (2-3 рази на рік) загострення хронічного бронхіту. Об'єктивно спостерігається: шкіра та видимі слизові оболонки бліді, грудна клітка звичайних розмірів, АТ — 130/85 мм рт. ст., пульс — 120/хв, частота дихання — 20/хв. Аускультативно: крепітація та значно ослаблене дихання у верхній частці правої легені. В аналізі крові: гемоглобін — 107 г/л, лейкоцити — $20 \cdot 10^9$ /л, С-реактивний білок — 140 мг/л, ШОЕ — 55 мм/год. Під час мікробіологічного дослідження мокротиння висіяно *Staphylococcus aureus*. Під час КТ грудної клітки виявлено: у верхній частці правої легені — порожнина діаметром 5 см із горизонтальним рівнем рідини. Спірографія: помірне зниження ОФВ1. Який найімовірніший діагноз?

А. Центральний рак легені

В. Гангрена легень

С. Абсцес легені

Д. Туберкульоз легень

Е. Гострий гнійний бронхіт

31. Пацієнта віком 34 роки шпиталізовано після ДТП зі скаргами на різкий біль у ділянці промежини, виділення крові з ануса та неможливість дефекації. Об'єктивно спостерігається: гематома в ділянці промежини, зовнішній сфінктер прямої кишки спазмований, пальцеве ректальне дослідження болісне, визначається розрив стінки прямої кишки. Яка першочергова лікувальна тактика в цьому разі?

А. Призначення антибактеріальної та спазмолітичної терапії

В. Первинне ушивання розриву через промежину

С. Формування колостоми з наступним ушиванням розриву прямої кишки

Д. Проктектомія з формуванням *anus praeter naturalis*

Е. Проведення лапаротомії з ушиванням розриву прямої кишки без накладання колостоми

32. Пацієнтка віком 35 років скаржиться на біль у верхніх відділах живота, потемніння сечі, пожовтіння склер. Хворіє дві доби. В

анамнезі: два планових кесаревих розтини. За даними сонографії в жовчному міхурі наявні множинні гіперехогенні включення розміром від 3 до 6 мм, з ехотінню. Аналогічне гіперехогенне включення розміром 5 мм візуалізується в ампулі великого дуоденального соска. Загальна жовчна протока розміром 12 мм, вірсунгова протока — 4 мм. Пацієнтці виконано успішне транспапільярне ендоскопічне втручання. Яке ускладнення після вказаної операції найбільш імовірне в цієї пацієнтки?

- A. Гострий холецистит
- B. Гостра ниркова недостатність
- C. Гострий висхідний холангіт
- D. Гострий пост-ЕРХГ панкреатит
- E. Кишкова непрохідність

33. Пацієнтка віком 70 років скаржиться на раптовий інтенсивний головний біль та нудоту. Із анамнезу відомо, що останні пів року в неї спостерігалася легка диплопія, яка посилювалася під час фізичного навантаження, протягом багатьох років хворіє на артеріальну гіпертензію та цукровий діабет 2-го типу. Об'єктивно спостерігається: АТ — 180/90 мм рт. ст., ЧСС — 86/хв, правосторонній птоз, легка анізокорія та ригідність потиличних м'язів. Атаксія не спостерігається. Який найімовірніший діагноз?

- A. Субарахноїдальний крововилив
- B. Лакунарний інсульт
- C. Гіпертонічний криз
- D. Пухлина головного мозку
- E. Судинна енцефалопатія

34. Пацієнт віком 40 років доставлений до приймального відділення. З анамнезу відомо, що напередодні був на весіллі, де вживав багато їжі та алкоголю. Згодом виникло блювання шлунковим вмістом, пізніше — блювання із рясними домішками крові. Об'єктивно спостерігається: пульс — 110/хв, АТ — 80/50 мм рт. ст. В аналізі крові: гемоглобін — 90 г/л, інші показники — без змін. Під час пальцевого дослідження виявлено: в ампулі прямої кишки рідкий дьогтеподібний вміст. Під час ендоскопічного обстеження в кардіальному відділі шлунка виявлено лінійну тріщину слизової оболонки, вкриту тромбом. Який найімовірніший діагноз?

- A. Синдром Меллорі-Вейса
- B. Рак шлунка, ускладнений кровотечею
- C. Ерозивний гастрит, ускладнений кровотечею
- D. Виразка Деллафуа
- E. Гостра виразка шлунка, ускладнена кровотечею

35. Пацієнт перебуває у відділенні інтенсивної терапії після резекції шлунка. Йому встановлено назогастроентеральний

зонд для післяопераційного харчування. Стан пацієнта гемодинамічно стабільний. З якої доби післяопераційного періоду, згідно з сучасними протоколами, зазвичай розпочинають ентеральне харчування через встановлений зонд?

- A. Лише після видалення зонда
- B. Після відновлення перистальтики кишкового тракту
- C. З першої післяопераційної доби
- D. На другу-третю добу
- E. Після повної стабілізації стану пацієнта

36. Пацієнт віком 42 роки з діагнозом флегмонозний холецистит готується до планової холецистектомії. Для мінімізації ризику розвитку післяопераційних інфекційних ускладнень хірургічна команда розробляє протокол антибактеріальної профілактики. Які групи антибіотиків, згідно із сучасними клінічними рекомендаціями, є найбільш обґрунтованими та ефективними для використання в цьому конкретному клінічному випадку, з урахуванням імовірної мікробної флори?

- A. Тетрацикліни
- B. Фторхінолони або макроліди
- C. Цефалоспорины 1-2 покоління
- D. Аміноглікозиди
- E. Карбапенеми

37. Пацієнту з гострим деструктивним холециститом планується оперативне втручання. Під час операції лікар-хірург стикається з щільним запальним інфільтратом навколо жовчного міхура, який унеможливує чітку ідентифікацію та безпечну диференціацію анатомічних елементів шийки жовчного міхура та прилеглих жовчних проток. Яка хірургічна тактика є оптимальною та безпечною для пацієнта в цій складній інтраопераційній ситуації, щоб уникнути серйозних ускладнень, таких як пошкодження жовчних шляхів?

- A. Проводиться повна холецистектомія з особливою обережною дисекцією, щоб ідентифікувати всі анатомічні елементи
- B. Виконується субтотальна резекція жовчного міхура з дрениванням його залишку в інфільтраті окремою трубкою
- C. Операцію відкладають, призначаючи інтенсивну протизапальну терапію для зменшення розміру інфільтрату перед втручанням
- D. Виконується широка лапаротомія для максимального візуального контролю та належного відведення навколишніх тканин
- E. Застосовується тільки пункційний метод холецистостомії під контролем УЗД, щоб уникнути відкритого хірургічного втручання

38. Чоловік віком 32 роки отримав удар по спині важким предметом. Під час обстеження виявлено: сегментарні порушення

больової та температурної чутливості за типом «куртки». Який найімовірніший діагноз?

- А. Синдром повного поперечного ураження спинного мозку
- В. Стиснення спинного мозку
- С. Травматичний радикуліт
- D. Забиття спинного мозку
- E. Гематомієлія

39. У пацієнта віком 50 років раптово виник біль у животі. Об'єктивно спостерігається: живіт збільшений в об'ємі, перистальтичні шуми посилені, позитивний симптом Спасокукоцького. Який першочерговий вид діагностики потрібно застосувати в цьому разі?

- А. Комп'ютерну томографію органів черевної порожнини
- В. Рентгенографію органів черевної порожнини з контрастуванням
- С. Ультрасонографію органів черевної порожнини
- D. Оглядову рентгенографію органів черевної порожнини
- E. Діагностичну лапаротомію

40. Пацієнта віком 29 років шпиталізовано з проникаючим пораненням грудної клітки ліворуч. Об'єктивно спостерігається: стан середньої тяжкості, шкіра бліда, АТ — 100/60 мм рт. ст., пульс — 120/хв. За результатами рентгенографії ОГК виявлено: ліворуч малий гемоторакс, межі серця розширені, талія серця відсутня. В аналізі крові: еритроцити — $3,2 \cdot 10^{12}/л$. Який найімовірніший діагноз?

- А. Пневмоторакс ліворуч
- В. Геморагічний шок
- С. Поранення легень
- D. Поранення серця
- E. Гідроторакс ліворуч

41. Пацієнтка віком 63 роки скаржиться на біль у лівій гіпогастральній ділянці та прямій кишці, відчуття тиснення, переповнення, помилкові позиви з відходженням газів. Порушення стільця частіше проявляється синдромом недостатнього, фракційного спорожнення. Об'єктивно спостерігається: сигмоподібна кишка спастично скорочена та роздута, болісна під час пальпації. Який найімовірніший діагноз?

- А. Проктосигмоїдит
- В. Трансверзит
- С. Загострення хвороби Крона
- D. Гостра абдомінальна ішемія
- E. Рак сигмоподібної кишки

42. Пацієнт віком 60 років із встановленим діагнозом: облітеруючий атеросклероз нижніх кінцівок ІІБ стадія — скаржиться на біль у литці після проходження 50–70 метрів. Почав приймати симвастатин і клопі-

догрель. Яке доповнення до медикаментозної терапії є найбільш доцільним на цьому етапі?

- А. Програма дозованого тренування ходьби
- В. Призначення антибіотиків широкого спектра
- С. Тривале лікування ангіопротекторами
- D. Постільний режим
- E. Рекомендація припинити ходьбу через ризик некрозу

43. Пацієнта віком 69 років шпиталізовано з нападами судом, блюванням. В анамнезі: виразка дванадцятипалої кишки, протягом останнього місяця — щоденне блювання, схуд на 20 кг. Об'єктивно спостерігається: виснажений, в епігастральній ділянці визначається «шум плескоту», нижня межа шлунка на рівні гребінцевої лінії. В аналізі крові: загальний білок — 42 г/л, К — 2,1 ммоль/л, Na — 153 ммоль/л, Ca — 1,7 ммоль/л, хлориди — 84 ммоль/л, гематокрит — 66%. Який найімовірніший діагноз?

- А. Рак тіла шлунка
- В. Рак жовчного міхура
- С. Рак великого дуоденального сосочка
- D. Синдром Золлінгера-Еллісона
- E. Декомпенсований стеноз ворота

44. Пацієнтку віком 55 років шпиталізовано зі скаргами на біль у пупковій ділянці, який виник 6-8 год тому. Об'єктивно спостерігається: наявність утворення (випинання) черевної стінки без чітких меж, напружене, малорухоме, болісне під час пальпації, шкіра над ним дещо ціанотична. Симптоми подразнення очеревини та «кашльового поштовху» негативні. Який найімовірніший діагноз?

- А. Підшкірна евентрація
- B. Защемлена пупкова грижа
- С. Невправима пупкова грижа
- D. Пухлина органів черевної порожнини
- E. Ліпома передньої черевної стінки

45. Пацієнтці віком 48 років виконано типову лапароскопічну холецистектомію з приводу хронічного калькульозного холециститу, дренування підпечінкового простору не використовувалося. Через 24 год у неї виник інтенсивний біль у правому підребер'ї, що іррадіював у надключичну ділянку. Об'єктивно спостерігається: біль у правому підребер'ї і по правому фланку, незначна резистентність черевної стінки, слабо-позитивні симптоми подразнення очеревини, ослаблення перистальтичних шумів, АТ — 120/70 мм рт. ст., ЧСС — 92/хв. Яке ускладнення, найімовірніше, виникло в пацієнтки?

- A. Гострий правобічний пієлонефрит
- B. Жовчний перитоніт**
- C. Перфорація виразки дванадцятипалої кишки
- D. Гострий гнійний холангіт
- E. Інтраабдомінальна кровотеча

46. Пацієнт віком 45 років доставлений у лікарню бригадою Ш(Е)МД. Зі слів родичів, 3 дні тому вживав страву, приготовану із печериць, які знайшов у парку. Вдома було багаторазове блювання. Об'єктивно спостерігається: свідомість сплутана, дезорієнтований у просторі та часі, шкіра та склери інтенсивно жовтяничні, АТ — 95/60 мм рт. ст., пульс — 110/хв, печінка пальпується мінімально, розм'якшена, живіт м'який, перкуторно — наявність вільної рідини в черевній порожнині. В аналізі крові: білірубін — 420 мкмоль/л, АлАТ — 2800 Од/л, АсАТ — 3100 Од/л, креатинін — 160 мкмоль/л, альбумін — 21 г/л, азот крові — 170 мкмоль/л, МНВ — 3,5. За результатами УЗД виявлено: різке зменшення розмірів печінки, структура її гетерогенна, асцит. КТ голови: ознаки набряку головного мозку. Який метод лікування є найбільш радикальним у цьому разі?

- A. Гемодіаліз
- B. Симптоматична терапія**
- C. Інфузійна терапія
- D. Плазмаферез
- E. Трансплантація печінки

47. Після успішного кліпування міхурової протоки та артерії під час лапароскопічної холецистектомії лікар-хірург переходить до етапу мобілізації жовчного міхура безпосередньо від його ложа на печінці. Яка хірургічна техніка та інструмент є найбільш рекомендованими для виконання цієї дисекції, дозволяючи акуратно розсікати тканини та одночасно контролювати кровоносні судини, з метою забезпечення максимальної безпеки пацієнта та мінімізації інтраопераційної кровотечі?

- A. За допомогою звичайного скальпеля для гострої дисекції, що дозволяє чітко розділити тканини, зменшуючи ризик кровотечі
- B. Використовуючи прямі ножиці для швидкого відсікання міхура від печінки, що значно скорочує тривалість оперативного втручання**
- C. Шляхом тупої дисекції за допомогою ватних тампонів, що дозволяє обережно розділити тканини без використання електрокоагуляції
- D. Використовуючи біполярний пінцет для одночасного розсічення та коагуляції тканин, забезпечуючи швидкий гемостаз у ложі
- E. За допомогою гачка, інтубованого монополярним струмом, шляхом обережної послідовної коагуляції кровоносних судин печінкового ложа**

48. Пацієнта віком 64 роки шпиталізовано зі скаргами на переймоподібний біль у животі, багаторазове блювання вмістом із запахом калу, затримку випорожнень і газів упродовж двох діб. В анамнезі: багаторічний хронічний закреп, виділення із калом слизу, прожилок крові, схуднення за останні 3 місяці на 8 кг. Об'єктивно спостерігається: стан тяжкий, живіт асиметрично здутий, перистальтика посилена, чути «шум плеску». Перкуторно — тимпанічний звук. На оглядовій рентгенограмі органів черевної порожнини: розширені петлі кишки з рівнями рідини. Пальцеве дослідження прямої кишки — без патології. Який найімовірніший діагноз?

- A. Обтураційна кишкова непрохідність**
- B. Странгуляційна кишкова непрохідність**
- C. Гострий панкреатит
- D. Спайкова кишкова непрохідність
- E. Паралітична кишкова непрохідність

49. Лікар-хірург під час операції з приводу апендициту вивів у рану сліпу кишку для знаходження червоподібного відростка. Які ключові візуальні та анатомічні ознаки дозволяють лікарю-хірургу найбільш надійно та швидко ідентифікувати сліпу кишку серед інших відділів кишківника в черевній порожнині, щоб точно визначити місце розташування червоподібного відростка?

- A. Великі гаустри, яскраво-червоний колір, виражена перистальтика**
- B. Жовтуватий відтінок, пульсуючі судини, міцна фіксація стінки**
- C. Сірий колір, три повздовжні тенії, відсутність жирових підвісок
- D. Синюшний колір, множинні лімфатичні вузли, значна рихлість стінки
- E. Рожевий колір, виражені жирові підвіски, значна рухливість кишки

50. Пацієнт віком 58 років скаржиться на відходження кров'янистого мокротиння впродовж останньої години (до 150 мл), задишку та кашель. В анамнезі: хронічне обструктивне захворювання легень, курити упродовж 30 років, за добу викурює 1 пачку сигарет. Об'єктивно спостерігається: шкіра та слизові оболонки блідо-рожеві, пульс — 105/хв, АТ — 115/75 мм рт. ст., частота дихання — 26/хв, ослаблене дихання та поодинокі вологі хрипи в середніх і нижніх відділах правої легені. В аналізі крові: гемоглобін — 92 г/л, лейкоцити — $11 \cdot 10^9$ /л, ШОЕ — 30 мм/год. Рентгенографія грудної клітки: затемнення в середньому правому сегменті, яке не змінює положення при зміні пози пацієнта. Який найімовірніший діагноз?

- А. Легенева кровотеча
- В. Шлунково-кишкова кровотеча
- С. Серцева недостатність
- D. Пневмонія
- E. Туберкульоз легень

51. Чоловік віком 58 років скаржиться на сильну втомлюваність, виражену задишку в спокої, ортопноє, нічний кашель, відчуття тяжкості у правому підребер'ї. Останній рік не може пройти кілька сотень метрів без зупинки. Об'єктивно спостерігається: ціаноз губ та кінчиків пальців, пастозність гомілок, набряки стоп, ЧСС — 95-105/хв, АТ — 90/60 мм рт. ст. Під час пальпації живота — печінка виступає на 3 см нижче від реберної дуги. В аналізі крові: гемоглобін — 110 г/л, натрій — 132 ммоль/л, калій — 5,2 ммоль/л, креатинін — 120 мкмоль/л. Значно підвищений рівень мозкового натрійуретичного пептиду (BNP) — 1800 пг/мл. На ЕКГ: ритм синусовий, ознаки гіпертрофії лівого шлуночка. За результатами ехокардіографії виявлено: дилатація лівого шлуночка, фракція викиду ЛШ — 15%. Під час рентгенографії грудної клітки виявлено: збільшення серцевого силуету, застійні зміни в легенях. Який метод лікування допоможе відновити серцеву функцію в цього пацієнта?

- А. Трансплантація серця
- В. Кардіоверсія
- С. Симптоматична терапія
- D. Порткавальна шунтування
- Е. Встановлення стимулятора серця

52. Пацієнт віком 58 років скаржиться на біль у попереку праворуч, що поширювався на праву половину живота, з іррадіацією у промежину, нудоту, блювання. Після прийому спазмолітиків стало краще. В аналізі сечі: велика кількість свіжих еритроцитів. На УЗД нирок виявлено конкремент у правій нирці — 4 мм. Який найімовірніший діагноз?

- А. Пухлина нирки
- В. Гострий цистит
- C. Сечокам'яна хвороба
- D. Гострий гломерулонефрит
- Е. Гострий пієлонефрит

53. Пацієнтка віком 72 роки з багаторічним анамнезом великої невірної вентральної грижі звернулася зі скаргами на різке наростання болю в ділянці грижі, повну відсутність відходження газів та стільця протягом останніх 24 годин. Під час об'єктивного огляду живота виявлено виражене роздуття, а також позитивний симптом Щоткіна-Блюмберга, що вказує на подразнення очеревини. Додатково рентгенографія черевної порожнини виявила характерні «чаші Клойбера», які свідчать про кишкову непрохідність. Враховуючи усі ці клінічні та рентгенологічні дані, яка тактика ведення пацієнтки є найбільш до-

цільною та невідкладною в цій ситуації?

- А. Пункція грижового мішка для зменшення напруги та спроба ручного вправлення грижі
- В. Паліативне лікування через похилий вік та високі операційні ризики
- С. Динамічне спостереження протягом 6-8 годин з регулярною оцінкою стану
- D. Термінова операція з усуненням кишкової непрохідності та оцінкою життєздатності кишки
- Е. Консервативне лікування з призначенням прокінетиків, клізм та знеболювальних

54. У пацієнта віком 73 роки діагностовано рак передньої стінки прямої кишки на відстані 2 см від анального отвору. Комп'ютерна томографія грудної клітки, черевної порожнини і таза не виявила ознак метастазів. МРТ таза: наявність пухлини, яка прилягає до передміхурової залози, пухлина була радіологічно визначена як рак стадії T3N1M0. Який наступний етап лікування є найбільш доцільним?

- А. Короткий курс променевої терапії
- В. Тотальна мезоректумектомія
- C. Хіміопроменева терапія
- D. Паліативна хімотерапія
- Е. Черевно-промежинна екстирпація

55. У хірургічному стаціонарі планується планова операція з приводу невірної пахової грижі в пацієнта. Передопераційне обстеження підтвердило відсутність ознак некрозу кишки та перитоніту. Яка антибіотикопрофілактика є рекомендованою для запобігання післяопераційним інфекційним ускладненням?

- А. Тетрацикліни тривалим курсом за декілька днів до оперативного втручання
- В. Антибіотикопрофілактика при планових операціях абсолютно не потрібна
- С. Лише місцеве нанесення антибіотиків в операційну рану
- D. Цефалоспорини 1-2 покоління внутрішньовенно за 30-40 хвилин до розрізу
- Е. Цефалоспорини 3-4 покоління з нітроїмідазолами тривалим курсом

56. Під час відеолапароскопічної апендектомії лікар-хірург розпочав мобілізацію червоподібного відростка. Укажіть оптимальний і безпечний метод поетапної коагуляції та відсічення брижі від відростка, враховуючи необхідний інструментарій, його розташування та найбільш ефективну техніку для надійного гемостазу та мінімізації ускладнень.

- А.** Спеціальний лігатор накладає кілька лігатур на брижу, з наступним пересіченням
- В.** Біполярний електрод через лівий троакар, поетапна коагуляція, від верхівки
- С.** Ультразвуковий скальпель через пупковий троакар, одномоментне відсічення брижі відростка
- Д.** Звичайні ножиці через правий троакар, відсічення брижі, кліпси для гемостазу
- Е.** Монополярний електрод через правий троакар, пересічення відростка одним рухом
- 57.** Пацієнт віком 25 років під час дорожньо-транспортної пригоди отримав перелом стегнової кістки в нижній третині зі значним зміщенням фрагментів. Розвиток якого ускладнення варто передбачити під час транспортування та подальшого лікування пацієнта?
- А.** Зрощення перелому в поперечному положенні
- В.** Посттравматичний неврит сідничного нерва
- С.** Контрактуру колінного суглоба
- Д.** Компресію судинно-нервового пучка
- Е.** Гемартроз колінного суглоба
- 58.** Пацієнтка віком 62 роки після збирання врожаю на 2 добу відчула різкий біль у ділянці променевого краю тильної поверхні кисти, напруження шкіри. Звернулася до амбулаторії за місцем проживання, де лікарем-хірургом встановлено діагноз: флегмона тенара. За якою методикою треба провести розтин цього виду флегмони?
- А.** Розтин флегмони за Кеневелом
- В.** Розтин флегмони за Піком
- С.** Розтин флегмони за Ізеленом
- Д.** Проекційний доступ над поверхнею флегмони
- Е.** S-подібний розріз на кисті
- 59.** Пацієнтка віком 60 років була успішно пролікована консервативно з приводу апендикулярного інфільтрату. При виписці зі стаціонару всі клінічні ознаки зникли, а дані КТ підтвердили повне розсмоктування інфільтрату. Які чіткі рекомендації щодо подальшого хірургічного лікування доцільно надати пацієнці, у якої апендикулярний інфільтрат успішно розсмоктався, щоб запобігти майбутнім ускладненням та забезпечити довгострокове здоров'я?
- А.** Термінова апендектомія протягом тижня після виписки
- В.** Планова апендектомія через 2-2,5 місяці
- С.** Операція лише при повторному запаленні
- Д.** Хірургічне втручання не потрібне
- Е.** Лише регулярне диспансерне спостереження
- 60.** У пацієнта діагностовано хронічний комбінований гемороїд III стадії з реци-

дивними кровотечами після дефекації та епізодами випадіння вузлів, що потребують мануального вправлення. Який метод лікування є найбільш доцільним у цьому разі?

- А.** Латексне лігування гемороїдальних вузлів
- В.** Гемороїдектомія за Мілліганом-Морганом
- С.** Лазерна вапоризація гемороїдальних вузлів
- Д.** Консервативне лікування із застосуванням системних венотонічних засобів та місцевих кровоспинних і судинозвужувальних препаратів
- Е.** Склеротерапія гемороїдальних вузлів

61. Пацієнтка віком 39 років скаржиться на постійний біль у правій здухвинній ділянці, нудоту, слабкість. Із анамнезу відомо, що біль виник у верхній половині живота 7 днів тому, на тлі повного здоров'я, через 3 год перемістився у праву здухвинну ділянку, була одноразова блювота. За медичною допомогою не зверталася. За тиждень стан не поліпшився — зберігається підвищена температура тіла до $37,8^{\circ}\text{C}$, нудота, загальна слабкість, що і змусило пацієнтку звернутися до лікаря. Об'єктивно спостерігається: загальний стан середньої тяжкості, температура тіла — $37,6^{\circ}\text{C}$, пульс — 92/хв, язик вологий, обкладений. Під час пальпації живіт м'який, помірно болісний у правій здухвинній ділянці, де нечітко пальпується щільне пухлиноподібне утворення, розміром 7x8 см, помірно болісне, малорухоме. Перитонеальні симптоми не визначаються. За результатами УЗД виявлено: наявність апендикулярного інфільтрату. Яка тактика лікування пацієнтки доцільна в цьому разі?

- А.** Відеоендоскопічна апендектомія
- В.** Апендектомія із доступу Волковича-Дьяконова
- С.** Консервативне лікування в денному стаціонарі
- Д.** Консервативне лікування в хірургічному стаціонарі
- Е.** Лапаротомія, санація, дренажування черевної порожнини

62. Пацієнта віком 55 років шпиталізовано з діагнозом хронічна повна проста інтрасфінктерна нориця прямої кишки. Супутніх захворювань у стадії декомпенсації немає. Яка доцільна подальша тактика лікування цього пацієнта?

А. Призначити консервативну терапію з протизапальними препаратами

В. Планове хірургічне лікування нориці прямої кишки

С. Провести додаткове обстеження: фістулографію або МРТ

Д. Скерувати на фізіотерапевтичні процедури: УВЧ, магнітотерапія

Е. Рекомендувати динамічне спостереження без активного втручання

63. Пацієнт віком 65 років скаржиться на жовтушність шкіри, видимих слизових оболонок, знебарвлений кал, потемніння сечі. Із анамнезу відомо, що жовтяниця спостерігається протягом тижня. В аналізі крові: білірубін — 230,0 мкмоль/л (прямий — 150 мкмоль/л, непрямий — 80 мкмоль/л), лейкоцитоз — $9 \cdot 10^9$ /л, ШОЕ — 15 мм/год, НВs та НCV антигени — негативні. Амїлаза сечі — 32 Од. За даними УЗД: печінка не збільшена, жовчний міхур — 80x35 мм, стінка — 3 мм, у просвіті множинні конкременти 5-10 мм, загальна жовчна протока — 18 мм. Який метод обстеження необхідно провести для діагностики біліарної гіпертензії?

А. Черезшкірну черезпечінкову холангіографію

В. Фіброгастродуоденоскопію

С. Лапароскопію

Д. Ендоскопічну ретроградну холангіо-панкреатографію

Е. Спіральну комп'ютерну томографію

64. Пацієнта віком 70 років шпиталізовано зі скаргами на біль у черевній порожнині, вздуття живота, блювання, невідходження газів, підвищення температури тіла до $37,5^\circ\text{C}$, загальну слабкість. Із анамнезу відомо, що хворіє 5 місяців, коли з'явився біль у лівій половині черевної порожнини. В аналізі крові: гемоглобін — 110г/л, лейкоцити — $11,4 \cdot 10^9$ /л, глюкоза — 5,2 ммоль/л. Загальний аналіз сечі без патологічних змін. α -амїлаза — 64 Од. За результатами рентгенографії виявлено: чаші Клойбера. Який найімовірніший діагноз?

А. Заворот товстої кишки. Гостра кишкова непрохідність

В. Жовчнокам'яна хвороба. Печінкова коліка

С. Рак товстої кишки. Гостра кишкова непрохідність

Д. Гострий панкреатит. Гостра печінкова недостатність

Е. Лівобічна пахова грижа. Гостра кишкова непрохідність

65. Пацієнтка віком 48 років з хворобою Грейвса-Базедова півтора року приймала тиреостатик тіамазол, після чого клінічно та лабораторно констатовано компенсацію тиреотоксикозу. В анамнезі алергія на йод. Через 3 місяці після відміни тіамазо-

лу знову проявилася клініка рецидивного тиреотоксикозу: тахікардія з проявами миготливої аритмії, дратівливість, психічна збудливість, мілкий тремор пальців витягнутих рук, двостороннє симетричне збільшення розмірів очних яблук з позитивними симптомами Грефе, Кохера, Розенбаха, Стасинського. Об'єктивно спостерігається: щитоподібна залоза дифузно збільшена в розмірах, що помітно при нормальному положенні голови, під час пальпації щитоподібна залоза малорухома, безболісна, вузлів не визначається. На УЗД: об'єм щитоподібної залози — 60 см^3 , із значним підвищенням кровотоку. Лабораторно: зниження ТТГ до 0,0015, підвищення рівнів Т3в, Т4в, значне збільшення антитіл до рецепторів тиреотропного гормону, яке не зменшилося порівняно з його значенням на початку захворювання. Укажіть необхідну тактику лікування пацієнтки в цьому разі.

А. Хірургічне лікування з виконанням тотальної тиреоїдектомії після медикаментозної компенсації тиреотоксикозу

В. Виконання тиреоїдектомії без проведення передопераційної підготовки

С. Консервативна терапія тиреостатиками протягом 6 місяців

Д. Застосування радіоїодтерапії

Е. Хірургічне лікування в обсязі субтотальної тиреоїдектомії після передопераційної корекції тиреотоксикозу

66. Укажіть тріаду Мондора під час гострого панкреатиту.

А. Гіпертермія, діарея, відсутність печінкової тупості

В. Біль в епігастральній ділянці, вільне повітря в животі, лейкопенія

С. Міграція болю з епігастральної ділянки у всі відділи живота, вільна рідина в животі, інфільтрат в епігастральній ділянці

Д. Біль в епігастрії, блювання багаторазове (нудота), метеоризм

Е. Одноразове блювання, кинджальний біль в епігастрії, жовчнокам'яна хвороба в анамнезі

67. Яке скринінгове інструментальне дослідження може підтвердити наявність вільної рідини в черевній порожнині в пацієнтки з порушеною позаматковою вагітністю?

А. Ультразвукове дослідження черевної порожнини

В. Кольпоскопія

С. Діагностичний лапароцентез

Д. Комп'ютерна томографія ділянки живота

Е. Оглядова рентгенографія живота

68. Пацієнтка віком 38 років скаржиться на сильний біль у анальній ділянці, що поси-

люється під час дефекації, відчуття стороннього тіла в прямій кишці, підвищення температури тіла до $38,5^{\circ}\text{C}$. Під час пальпації виявлено: болючість параректальної зони, гіперемія. Який найімовірніший діагноз?

- A. Пряма кишкова тріщина
- B. Ішемічний коліт
- C. Гострий геморой
- D. Гострий парапроктит
- E. Хронічний парапроктит

69. Пацієнтка віком 55 років скаржиться на блювання кров'ю, загальну слабкість, потемніння в очах. Із анамнезу відомо, що симптоми з'явилися 7 год тому, хворіла на вірусний гепатит С. Об'єктивно спостерігається: загальний стан середнього ступеня тяжкості, шкіра бліда, пульс — 110/хв, АТ — 100/60 мм рт. ст., живіт дещо збільшений у розмірах, на шкірі передньої черевної стінки — венозна сітка, печінка виступає на 4 см з-під краю реберної дуги, перкуторно — притуплення звуку по фланках. Який найімовірніший діагноз?

- A. Кровотеча з варикозно розширених вен стравоходу
- B. Легенева кровотеча
- C. Шлунково-кишкова кровотеча
- D. Синдром Золлінгера-Еллісона
- E. Гостра печінкова недостатність

70. Перед початком лапароскопічної холецистектомії хірургічна бригада готується до створення пневмоперитонеуму шляхом подачі стерильного газу в черевну порожнину пацієнта. Для забезпечення безпечного та ефективного робочого простору важливо встановити оптимальні параметри інсуфляції. Які конкретні значення тиску та швидкості потоку газу вважаються стандартними та найбільш доцільними для нагнітання в черевну порожнину?

- A. Тиск 12 мм рт. ст., швидкість 2-6 л/хв
- B. Тиск 20 мм рт. ст., швидкість 10-12 л/хв
- C. Параметри тиску та швидкості подачі газу автоматично регулюються апаратурою
- D. Тиск нагнітається до максимального рівня, який може витримати апарат
- E. Тиск 5 мм рт. ст., швидкість 1-2 л/хв

71. Пацієнт віком 62 роки, що тривало хворіє на хронічний гастрит, скаржиться на загальну слабкість, підвищення температури тіла до $37,4^{\circ}\text{C}$, втрату апетиту, відразу до м'ясної їжі. За останні пів року худ на 10 кг. За результатами клінічного аналізу крові та рН-метрії шлункового соку встановлено наявність гіпохромної залізодефіцитної анемії та зниження кислотності шлункового соку. Під час фіброгастроскопії виявлено рак пілоричного відділу шлунка. Який найімовірніший механізм розвитку симптомів у пацієнта?

- A. Ракова інтоксикація та кахексія
- B. Синдром мальдигестії
- C. Стеноз пілоричного відділу шлунка
- D. Кахексія та залізодефіцитна анемія
- E. Вітамін B_{12} -дефіцитна анемія

72. Пацієнтка віком 19 років, 14 діб після пологів, звернулася до приймального відділення зі скаргами на підвищення температури тіла до 39°C , виражену гіперемію, набряк, болючість правої грудної залози. Пальпаторно: права грудна залоза різко збільшена в об'ємі, набрякла, визначається різка гіперемія шкіри, місцями з ціанотичним відтінком, сосок втягнутий, позитивний симптом флюктуації. Який найімовірніший діагноз?

- A. Гострий гнійний мастит, флегмонозна форма
- B. Гострий гнійний мастит, інфільтративно-абсцедуюча форма
- C. Гострий гнійний мастит, серозна форма
- D. Лактостаза
- E. Рак правої грудної залози

73. Пацієнт віком 42 роки скаржиться на раптовий сильний біль у правій половині грудної клітки та виражену задишку, яка посилилася впродовж останніх 2 годин. В анамнезі: хронічне обструктивне захворювання легень, нещодавно переніс бронхіт із рясним виділенням гнійного мокротиння. Об'єктивно спостерігається: шкіра бліда, пульс — 130/хв, АТ — 100/70 мм рт. ст., частота дихання — 28/хв, температура тіла — $38,5^{\circ}\text{C}$. Під час аускультати у правій половині грудної клітки дихання відсутнє, перкуторно — тимпанічний звук, голосове тремтіння знижене. В аналізі крові: гемоглобін — 117 г/л, лейкоцити — $18 \cdot 10^9/\text{л}$, С-реактивний білок — 150 мг/л, ШОЕ — 50 мм/год. За результатами рентгенографії грудної клітки виявлено: спадання легень праворуч, плевральна порожнина з рівнем рідини та повітря. Який найімовірніший діагноз?

- A. Гострий гнійний плеврит
- B. Абсцес легень
- C. Спонтанний пневмоторакс
- D. Гангрена легень
- E. Піопневмоторакс

74. Пацієнт віком 47 років отримав опік полум'ям під час розпалювання багаття на пікніку. Об'єктивно спостерігається: шкіра на гомілці блідо-рожева з білястими плямами, частково з тонкими блискучими кірками, на дотик — практично не болісна, проте частково збережена тактильна чутливість. Під час натискання утворюється «біла пляма», яка повільно відновлюється. Пухирів немає. Який ступінь опіку спостерігається в пацієнта?

- A. IIIA
- B. IV
- C. II
- D. IIIБ
- E. I

75. Пацієнт віком 68 років скаржиться на гострий біль у правій гомілці та стопі. Із анамнезу відомо, що хворіє на миготливу аритмію, упродовж останнього тижня пацієнт не дотримувався призначеної антикоагулянтної терапії, двічі пропустив прийом медикаментів. Об'єктивно спостерігається: шкіра гомілки та стопи бліда, холодна на дотик, тактильна та больова чутливість збережені. Пальпаторно пульсація на стегновій артерії збережена, на підколінній і судинах стопи не визначається. Який найімовірніший діагноз?

- A. Тромбоемболія підколінної артерії
- B. Артрит гомілковостопного суглоба
- C. Гострий тромбоз підколінної вени
- D. Гострий варикотромбофлебіт
- E. Хвороба Рейно

76. Пацієнт віком 42 роки скаржиться на біль у правому підребер'ї, що посилюється після вживання їжі. За результатами обстеження встановлено наявність каменю в жовчному міхурі. Який із нижченаведених методів лікування є найбільш доцільним для цього пацієнта?

- A. Дренування загальної жовчної протоки
- B. Консервативне лікування з використанням жовчогінних препаратів
- C. Операція відкритим доступом
- D. Лапароскопічна холецистектомія
- E. Антибіотикотерапія

77. Під час хірургічного втручання з приводу виразкової хвороби шлунка лікарю необхідно забезпечити достатню рухливість дванадцятипалої кишки для безпечного формування анастомозу або надійного закриття її куцки. Для цього лікарю-хірургу потрібно здійснити спеціальний прийом, що передбачає розсічення очеревини вздовж латерального краю нижньої частини дванадцятипалої кишки з подальшим медіальним відведенням кишки та головки підшлункової залози. Який загальноновизнаний хірургічний прийом буде використаний для досягнення такої мобілізації?

- A. Мобілізація за Фінстерером
- B. Демультсенція за Ру
- C. Мобілізація за Більротом
- D. Прийом Вайнберга
- E. Мобілізація за Кохером

78. У пацієнта віком 35 років, через 3 місяці після перенесеного гострого некротичного панкреатиту, під час УЗД виявлено рідинне утворення в ділянці тіла залози розміром 8 см. Стінка утворення чітко не сформована. За даними ЕРХПГ, зв'яз-

ку утворення з головною панкреатичною протокою не виявлено. Яка хірургічна тактика є найбільш доцільною на цьому етапі?

- A. Виконати зовнішнє дренування кісти
- B. Провести внутрішнє дренування (цистоєюноанастомоз)
- C. Сформувавши ендоскопічний гастроцистоанастомоз
- D. Здійснити дистальну резекцію залози
- E. Продовжити консервативне лікування та спостереження

79. Пацієнтка віком 60 років скаржиться на тривалий кашель із слизисто-гнійним мокротинням, часті інфекційні загострення, задишку під час невеликих фізичних навантажень та періодичне кровохаркання. В анамнезі: хронічний бронхіт та обструктивне захворювання дихальних шляхів. Об'єктивно спостерігається: шкіра та видимі слизові оболонки бліді, грудна клітка розширена та зменшена в передньо-задньому розмірі, АТ — 130/85 мм рт. ст., пульс — 100/хв, частота дихання — 20/хв, дихання ослаблене, множинні вологі хрипи. В аналізі крові: гемоглобін — 108 г/л, лейкоцити — $11 \cdot 10^9$ /л, ШОЕ — 36 мм/год, С-реактивний білок — 18 мг/л. ОФВ1 — 45% від норми. За результатами КТ грудної клітки виявлено: множинні дрібні циліндричні та мішкоподібні розширення бронхів. Який найімовірніший діагноз?

- A. Туберкульоз легень
- B. Бронхоектатична хвороба (пізня стадія)
- C. Інтерстиціальне захворювання легень
- D. Хронічна обструктивна хвороба легень
- E. Гангрена легень

80. Пацієнтка віком 43 роки скаржиться на постійний розпираючий біль у поперековій ділянці, загальне нездужання та відчуття слабкості, високу температуру тіла. Із анамнезу відомо, що хворіє протягом тижня, протягом 5-ти років хворіє на цукровий діабет 2-го типу. Об'єктивно спостерігається: загальний стан середньої тяжкості, температура тіла — 39°C, у поперековій ділянці визначається гіперемія шкіри, болісний інфільтрат 10x8 см зі стрижнем і некрозом шкіри в центрі та з множинними отворами по периферії, з яких виділяється густий гній. Який найімовірніший діагноз?

- A. Фурункул поперекової ділянки, у стадії абсцедування
- B. Абсцес поперекової ділянки
- C. Флегмона поперекової ділянки
- D. Карбункул поперекової ділянки, стадія абсцедування
- E. Фурункульоз поперекової ділянки

81. Пацієнт віком 39 років скаржиться на періодичні напади різкої слабкості, профузного поту та запаморочення, які виника-

ють натщесерце або після тривалого голодування. Під час таких нападів рівень глюкози в крові знижується до 2,2 ммоль/л. Стан швидко покращується після внутрішньовенного введення глюкози. Який діагноз найбільш імовірний та яке ключове лабораторне дослідження необхідно провести для його підтвердження, враховуючи описану клінічну картину?

- А. Інсулінома, визначення інсуліну в сироватці крові
- В. Гастриннома, визначення рівня гастрину в сироватці крові
- С. Цукровий діабет, проведення тесту на толерантність до глюкози
- Д. Гіпотиреоз, визначення рівня тиреотропного гормону в крові
- Е. Феохромоцитома, визначення катехоламінів у сечі або плазмі

82. Пацієнтка віком 35 років прооперована з приводу рецидивуючої тонкокишкової злукової кишкової непрохідності. Лікарем-хірургом під час оперативного втручання був виконаний вісцероліз та фіксація петель тонкої кишки одна до одної в порядку, що відповідає їх нормальному розташуванню в черевній порожнині. За якою методикою виконане оперативне втручання?

- А. Операція Нобля
- В. Операція Мікуліча
- С. Операція Гартмана
- Д. Еюностомія Айзельсберга-Вітцеля
- Е. Операція Гаген-Торна

83. Пацієнтці віком 72 роки виконано радикальну мастектомію за Мадденом праворуч з приводу раку центрального квадранта правої грудної залози pT2pNoMo pG3 ПА ступеня, III клінічна група. За даними імуногістохімічного дослідження встановлено люмінальний А тип пухлини. Який препарат показаний для проведення гормонотерапії пацієнтці в цьому разі?

- А. Преднізолон
- В. Тамоксифен
- С. Дексаметазон
- Д. Дидрогестерон
- Е. L-тироксин

84. Пацієнт, якому встановлено діагноз виразка шлунка, локалізована на малій кривині, пройшов повний курс консервативного лікування, але без видимого ефекту. Лікар розглядає питання про планове хірургічне втручання через тривалу відсутність динаміки загоєння. Який мінімальний період неефективної медикаментозної терапії для шлункової виразки зазвичай вважається клінічно значущим відносним показанням до такого оперативного лікування?

- А. Термін лікування 8-10 тижнів
- В. Термін лікування 12-16 тижнів
- С. Термін лікування 4-6 тижнів
- Д. Відсутність ускладнень, показань до операції немає
- Е. Будь-який термін, якщо є ризик малігнізації

85. У пацієнта віком 60 років після перелому шийки стегна проведена операція ендопротезування. На 5-ту добу після операції з'явилися гарячка, біль у ділянці операційної рани, набряк. Яке ускладнення, найімовірніше, виникло в пацієнта?

- А. Тромбоемболія легеневої артерії
- В. Інфекція післяопераційної рани
- С. Асептичне розсмоктування кісткового трансплантата
- Д. Перелом ендопротеза
- Е. Алергічна реакція на анестетик

86. Пацієнта віком 28 років шпиталізовано зі скаргами на слабкість, запаморочення. Із анамнезу відомо, що годину тому тричі відзначалося блювання «кавовою» гущою, упродовж 10-ти років хворіє на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки. Об'єктивно спостерігається: шкірні покриви бліді, холодний липкий піт, АТ — 100/60 мм рт. ст., пульс — 110/хв. В аналізі крові: гемоглобін — 90 г/л. Який найімовірніший діагноз?

- А. Кровотеча з варикозно розширених вен стравоходу
- В. Синдром Меллорі-Вейса
- С. Шлунково-кишкова кровотеча
- Д. Перфоративна виразка дванадцятипалої кишки
- Е. Гострий панкреатит

87. Пацієнтка віком 72 роки скаржиться на пожовтіння шкіри та склер, свербіж, наявність темної сечі та калу світло-сірого кольору. Скарги з'явилися 3 тижні тому. Об'єктивно спостерігається: шкіра та склери жовтушні, температура тіла — 36,7°C, АТ — 120/80 мм рт. ст., пульс — 72/хв, живіт м'який, безболісний у всіх відділах, сеча темно-коричневого кольору, кал ахолічний. Результати лабораторних досліджень: загальний білірубін — 211,3 мкмоль/л, прямий білірубін — 171,3 мкмоль/л, непрямий білірубін — 40 мкмоль/л, АлАТ — 143 Од/л, АсАТ — 111 Од/л, СА 19-9 — 1245 Од/мл. Результати МРТХГ: визначається інфільтративне пухлиноподібне утворення у воротах печінки, яке локалізується на рівні біфуркації правого та лівого печінкових проток, проксимальні жовчні протоки значно розширені, дистальні не візуалізуються. Який найімовірніший діагноз?

- А. Пухлина Клацкіна
- В. Холедохолітіаз
- С. Дистальна холангіокарцинома
- Д. Гепатоцелюлярна карцинома
- Е. Холангіома

88. До амбулаторного хірурга звернувся чоловік віком 42 роки зі скаргами на болючість, припухлість у ділянці нігтьового валика першого пальця стопи. Симптоми з'явилися 4 дні тому після обрізання нігтя. Об'єктивно спостерігається: нігтьовий валик набряклий, гіперемований, з невеликим гнійним вмістом. Яка доцільна лікувальна тактика в цьому разі?

- А. Призначення теплових ванночок та антисептиків
- В. Пункція з аспірацією гною
- С. Видалення нігтя з ушиванням рани
- Д. Системна антибактеріальна терапія
- Е. Хірургічне розкриття панарицію

89. Пацієнт віком 45 років звернувся до лікаря зі скаргами на інтенсивний пекучий біль у ділянці епігастрію, який посилюється через 1,5-2 години після їжі та вночі, але помітно зменшується після прийому їжі або антацидів. Об'єктивно спостерігається: помірна болючість в епігастральній та пілородуоденальній зонах. За результатами фіброгастродуоденоскопії: діагностовано виразку цибулини дванадцятипалої кишки розміром 1,5 см. Який найбільш обґрунтований медикаментозний підхід доцільно застосувати для ефективного лікування в цьому разі?

- А. Подвійна терапія, блокатор H_2 , антациди
- В. Потрійна терапія, ерадикація *Helicobacter pylori*
- С. Інгібітори протонної помпи монотерапією
- Д. Тільки антациди, вісмуту субцитрат
- Е. Спазмолітики та ферменти, без антибактеріальних —

90. У пацієнта віком 38 років в анамнезі — тяжка травма, отримана внаслідок дорожньо-транспортної пригоди. Після кількох днів перебування у відділенні інтенсивної терапії, де йому було проведено кілька хірургічних втручань, у пацієнта почала розвиватися кровотеча з місця операційного шва, яка не зупиняється тривалий час. Об'єктивно спостерігається: шкіра бліда, на місці операційного шва — значна гематома. Лабораторні аналізи: зниження рівня факторів згортання крові. Яка фаза гемостазу, найімовірніше, порушена у цього пацієнта?

- А. Вазоконстрикція
- В. Агрегація тромбоцитів
- С. Активація фібринолізу
- Д. Адгезія тромбоцитів
- Е. Активація факторів коагуляції

91. Пацієнтку віком 40 років шпиталізовано зі скаргами на гострий нападоподібний біль у попереку праворуч, нудоту, блювання, підвищення температури тіла та гарячку. За результатами СКТ виявлено: конкремент 6x7 мм в інтрамуральному відділі правого сечоводу та наявні ознаки уретерогідронефрозу. Виконано введення спазмолітиків та новокаїнова блокада без позитивного ефекту. Який алгоритм лікування показаний пацієнтці в цьому разі?

- А. Повторна новокаїнова блокада, спазмолітична та антибактеріальна терапія
- В. Виконання стентування сечоводу, спазмолітична, протизапальна та антибактеріальна терапія
- С. Спазмолітична, НПЗС та антибактеріальна терапія
- Д. Літокінетична терапія, НПЗС та антибактеріальна терапія
- Е. Фізіопроцедури (для покращення самовідходження конкремента), спазмолітична та антибактеріальна терапія

92. Пацієнта віком 72 роки шпиталізовано зі скаргами на раптовий сильний «розпирюючий» біль у животі, який не знімається анальгетиками, нудоту та багаторазове блювання. В анамнезі: фібриляція передсердь, антикоагулянти приймає нерегулярно, курить понад 40 років по 1 пачці сигарет на добу. Скарги з'явилися раптово, без попередніх диспептичних симптомів. Об'єктивно спостерігається: шкіра бліда, вкрита холодним потом, виражені трофічні зміни на шкірі обох гомілок, пульсація на основних артеріях обох нижніх кінцівок значно ослаблена, пульс — 110/хв, аритмічний, АТ — 95/60 мм рт. ст. Живіт незначно здутий, різко болісний у верхніх відділах. Симптоми подразнення очеревини відсутні, перистальтика різко ослаблена. В аналізі крові: гемоглобін — 105 г/л, лейкоцити — $18 \cdot 10^9$ /л, АсАТ — 123 Од/л, АлАТ — 94 Од/л, креатинін — 220 мкмоль/л, значно підвищений рівень лактатдегідрогенази. Який найімовірніший діагноз?

- А. Гострий панкреатит
- В. Гостре порушення мезентеріального кровообігу
- С. Перфорація шлунка
- Д. Гострий апендицит
- Е. Гострий холецистит

93. Під час екстреної операції з приводу защемленої грижі лікар-хірург оглядає ділянку кишківника, що була у грижовому мішку, та оцінює її життєздатність. Виникають серйозні сумніви про те, чи зберегла

кишка свої функції. Яке поєднання клінічних ознак, виявлених при візуальному огляді, є безумовним доказом нежиттєздатності ураженої кишки та вимагає її негайної резекції, щоб уникнути подальших ускладнень?

- А. Темний колір і тьмяність серозної оболонки, дряблість стінки кишки, відсутність перистальтики й пульсації судин брижі
- В. Блідий колір серозної оболонки, набряк стінки кишки та збережена пульсація судин брижі, що вказує на оборотні зміни
- С. Наявність фібринових нашарувань на поверхні кишки, без зміни її кольору та пульсації судин
- Д. Наявність одиничних геморагічних висипань на серозній оболонці, легкий набряк та млява перистальтика
- Е. Розширені судини брижі, незначне почервоніння кишки та збережені, хоч і сповільнені, перистальтичні рухи

94. Дванадцятирічну дівчинку шпиталізовано зі скаргами на сильний раптово-періодичний біль у животі, що викликає підтягування ніг, нудоту, появу випорожнень у вигляді желе із смородини. Пальпаторно: позитивний симптом Шиманса-Данса. За результатами рентгенографії черевної порожнини виявлено: повітряно-рідинні рівні та розтягнення тонкої кишки з характерною нестачею повітря в правому нижньому квадранті. На УЗД: ознаки кишкової непрохідності та симптом «псевдонирки». Який найімовірніший діагноз?

- А. Хвороба Крона
- В. Кіста правого яєчника
- С. Ілеоцекальна інвагінація
- Д. Пухлина сліпої кишки
- Е. Апендикулярний інфільтрат

95. При защемленій грижі живота пацієнт відзначає, що сильний біль, який виник на початку захворювання, змінився на менш інтенсивний, тупий (розпираючий). При цьому ніякі лікарські препарати не вводилися. Про що з найбільшою ймовірністю свідчить подібна зміна характеру болю?

- А. Про охоронне гальмування рефлекторної дуги больових рецепторів
- В. Про розвиток флегмони грижового мішка
- С. —
- Д. Про перехід грижі з форми защемленої у форму невраймової
- Е. Про некроз грижового вмісту

96. При компенсованому цирозі печінки з варикозно розширеними венами стравоходу та рецидивами кровотечі з них, при зниженні загального об'єму крові, що протікає через печінку, показано оперативне втручання. Укажіть це оперативне втручання.

- А. Спленектомія
- В. Дренування черевної порожнини
- С. Накладання портокавального анастомозу
- Д. Оментопексія
- Е. Накладання артеріовенозного анастомозу

97. У пацієнта віком 55 років на 3-тю добу від початку больового нападу, діагностованого як деструктивний апендицит, раптово посилюється біль у животі, з'явилися ознаки місцевого перитоніту. В аналізі крові: зростання лейкоцитозу. Яке найбільш імовірне та небезпечне ускладнення гострого деструктивного апендициту, що зазвичай виникає саме на 2-3 добу, пояснює таке різке погіршення стану?

- А. Виникнення пілефлебиту
- В. Розвиток апендикулярного інфільтрату
- С. Копростаз у сліпій кишці
- Д. Перфорація червоподібного відростка
- Е. Утворення апендикулярного абсцесу

98. Пацієнтку віком 19 років шпиталізовано зі скаргами на біль унизу живота, більше праворуч з іррадіацією в пряму кишку. В анамнезі: було запаморочення свідомості, симптоми з'явилися раптово вночі, остання менструація була два тижні тому. Об'єктивно спостерігається: шкірні покриви бліді, пульс — 98/хв, температура тіла — 36,5°C, АТ — 90/60 мм рт. ст., живіт дещо напружений, незначно болісний у нижніх відділах, симптоми подразнення очеревини слабкопозитивні. В аналізі крові: гемоглобін — 90 г/л. Який найімовірніший діагноз?

- А. Гострий панкреатит
- В. Позаматкова, порушена вагітність
- С. Ниркова колька
- Д. Апоплексія яєчника
- Е. Гострий апендицит

99. Лікар-хірург оперує пацієнта віком 58 років з приводу пухлини антрального відділу шлунка. Виконується дистальна субтотальна резекція шлунка. Після мобілізації та видалення ураженої частини шлунка планується відновити безперервність травного тракту шляхом накладання анастомозу між куксою шлунка та дванадцятипалою кишкою (за Більрот-І). Оскільки діаметр перетнутого шлунка значно більший за діаметр дванадцятипалої кишки, лікарю необхідно надійно закрити верхню частину розрізу (сформувати нову малу кривину), залишивши для анастомозу лише невелике вікно по великій кривині. Який стандартний та найнадійніший метод використовується в абдомінальній хірургії для виконання цього етапу?

- A. Метод інвагінації стінки шлунка
- B. Закриття стінки за допомогою електрокоагуляції
- C. Тільки ручний шов без затискачів
- D. Використання судинного лігатора (зварювача)
- E. Накладання затискачів або застосування зшивача

100. У пацієнта, якому діагностовано защемлену грижу, під час операції виявлено гангрену кишки з її перфорацією, проте відсутні ознаки розлитого перитоніту. Яку тактику необхідно обрати для усунення патології та яким чином треба завершити операцію для забезпечення оптимального результату та мінімізації ризиків ускладнень?

- A. Ушивання перфорації, без резекції, дренивання черевної порожнини
- B. Промивання черевної порожнини антисептиками, ушивання перфорації кишки
- C. Дренивання черевної порожнини, шунтування кишки без видалення
- D. Резекція кишки, кишковий анастомоз, дренивання черевної порожнини
- E. Колостома без виконання анастомозу, відтермінована резекція кишки

101. Чоловік віком 69 років скаржиться на прогресуючу слабкість, біль у кістках таза і хребта. Пальцеве ректальне дослідження: щільна, горбиста передміхурова залоза. Рівень ПСА — 110 нг/мл. Яке обстеження необхідно виконати для виявлення метастазів у цьому разі?

- A. Сцинтиграфія кісток
- B. ПЕТ-КТ з радіофармпрепаратом 18F-фтордезоксиглюкозою (18F-FDG)
- C. Рентгенографія кісток скелета
- D. КТ органів черевної порожнини та малого таза
- E. МРТ попереково-крижового відділу хребта

102. Пацієнту успішно проведено лапароскопічну апендектомію, і післяопераційний період протікає без будь-яких ускладнень: температура тіла залишається в нормі, больовий синдром добре контролюється, перистальтика відновилася і загальний стан пацієнта стабільний. Зважаючи на малоінвазивний характер втручання та сприятливий перебіг відновлення, на яку приблизно добу після хірургічної операції, згідно із сучасними клінічними рекомендаціями, пацієнт може бути безпечно виписаний зі стаціонару для подальшого амбулаторного відновлення?

- A. На 2-3 добу
- B. На 10-15 добу
- C. Після першої самостійної дефекації та відсутності підвищення температури тіла
- D. На 5-7 добу
- E. Після повного загоєння операційної рани та зняття швів

103. Пацієнтка віком 30 років, яка перебуває на певному терміні вагітності, несподівано звернулася до лікарні з гострим болем у животі. Після ретельного обстеження їй встановлено діагноз: защемлена стенова грижа, що вимагає негайного медичного втручання. Враховуючи особливий стан пацієнтки, чи є вагітність безумовним протипоказанням до проведення невідкладного хірургічного лікування защемленої грижі, чи операція має бути виконана попри це?

- A. Відносне протипоказання, рішення спільно з акушером-гінекологом
- B. Операція при защемленій грижі можлива після пологів
- C. Протипоказань до операції при защемленій грижі немає
- D. Операція протипоказана, можливе лише консервативне лікування
- E. Вагітність є абсолютним протипоказанням до операції

104. Пацієнта віком 42 роки шпиталізовано після ДТП зі скаргами на сильний біль у лівій частині грудної клітки, задишку, слабкість. Об'єктивно спостерігається: ЧСС — 110/хв, ЧД — 26/хв, АТ — 90/60 мм рт. ст. Під час огляду лівої половини грудної клітки визначається зменшення дихальних шумів, притуплення перкуторного звуку. За результатами рентгенографії ОГК виявлено: затемнення в нижніх відділах лівої легені. Який найімовірніший діагноз?

- A. Гемоторакс
- B. Контузія легень
- C. Пневмоторакс
- D. Плевральний випіт
- E. Перелом ребер

105. Пацієнтка віком 39 років скаржиться на затримку менструації, нудоту та загубіння молочних залоз. За результатами гінекологічного огляду патології не виявлено. Яке лабораторне обстеження доцільно призначити для виключення позаматкової вагітності в пацієнтки?

- A. α -фетопротеїн
- B. Пролактин
- C. β -хоріонічний гонадотропін
- D. Лютеїнізуючий гормон
- E. Фолікулстимулюючий гормон

106. Пацієнтка віком 38 років шпиталізована до хірургічного відділення з діагнозом апендикулярний інфільтрат і наразі отримує консервативне лікування, що вклю-

чає медикаментозну терапію та спокій. Важливим компонентом успішного лікування є дотримання специфічної дієти, яка допоможе зменшити навантаження на травний тракт та сприятиме розсмоктуванню інфільтрату. Яка саме дієта рекомендована цій пацієнтці, враховуючи її стан та мету лікування?

- A. Висококалорійна дієта, багато білків, жирів
- B. Суворо голодна дієта до розсмоктування інфільтрату
- C. Перевага сирим овочам, фруктам, для перистальтики
- D. Протерті супи, рідкі каші, киселі, соки, сухарі
- E. Дозволено будь-які продукти, якщо немає болю

107. У пацієнта віком 36 років, після резекції шлунка, у віддаленому післяопераційному періоді через 15-20 хвилин після вживання їжі, особливо молочних та солов'ячих страв, виникають напади слабкості та нездужання, що тривають близько 30-40 хвилин. Працездатність знижена. Дефіцит маси тіла становить 8-10 кг. Гіперглікемічний коефіцієнт наближається до 1,6-1,7. Пульс під час нападу частішає на 20-30 ударів, АТ знижується на 15-20 мм рт. ст. Кукса шлунка спорожняється від барію протягом 10-15 хв, від харчового сніданку — за 30-40 хвилин. Який найімовірніший діагноз?

- A. Демпінг-синдром, тяжкого перебігу
- B. Демпінг-синдром, легкого ступеня
- C. Агастральна астения
- D. Гіпоглікемічний синдром
- E. Демпінг-синдром, середньої тяжкості

108. Пацієнт віком 35 років доставлений у лікарню через 2 години після дорожньо-транспортної пригоди. Скаржить на різкий біль у животі. Об'єктивно спостерігається: стан тяжкий, шкіра бліда, АТ — 90/60 мм рт. ст., пульс — 110/хв, живіт напружений, різко болісний, симптоми подразнення очеревини позитивні. Під час лапаротомії виявлено: розрив сигмоподібної кишки з масивним каловим перитонітом. Яка доцільна тактика хірургічного лікування в цьому разі?

- A. Динамічне спостереження у відділенні інтенсивної терапії
- B. Резекція пошкодженої ділянки кишки з первинним анастомозом
- C. Резекція пошкодженої ділянки кишки з формуванням одноканальної колостоми
- D. Санація та дренивання черевної порожнини, антибіотикотерапія
- E. Первинне ушивання розриву сигмоподібної кишки

109. Який основний принцип надання першої допомоги при термічних опіках?

- A. Нанести крем з антибіотиком
- B. Охолодити уражену ділянку холодною водою
- C. Змастити уражену ділянку олією
- D. Охолодити уражену ділянку 70%-им розчином спирту
- E. Знеболити

110. Під час ургентної операції з приводу защемленої грижі лікар-хірург виявив ділянку кишківника з ознаками гангрени. Після видалення явно нежиттєздатної частини в лікаря все ще залишаються сумніви щодо повної життєздатності країв кишки, які планується зшивати. Який мінімальний обсяг видимо не уражених ділянок кишки необхідно додатково видалити за загальноприйнятими хірургічними правилами, щоб уникнути післяопераційних ускладнень та забезпечити надійний анастомоз?

- A. Лише чітко некротизовану ділянку кишки, без зайвої резекції
- B. Достатньо 10 см проксимальної, 5 см дистальної частини кишки
- C. Не менше ніж 30-40 см проксимальної, 15-20 см дистальної частини
- D. Обсяг резекції ураженої кишки визначається індивідуально, без чітких параметрів
- E. Видаляється вся петля кишки, що була в грижі, незалежно від гангрени

111. Пацієнт перебуває в стані опікового шоку. Який основний показник використовується для оцінки адекватності інфузійної терапії в перші години?

- A. Центральний венозний тиск
- B. Температура тіла
- C. Пульс
- D. Діурез
- E. Артеріальний тиск

112. До дитячого хірурга звернулися батьки чотирирічного хлопчика зі скаргами, що під час сечовипускання в дитини періодично набухає передня частина крайньої плоті, а струмінь сечі стає тонким і переривчастим. Больового синдрому немає, температура тіла нормальна. Під час огляду виявлено: головка статевого члена не відкривається, крайня плоть звужена, але без почервоніння чи набряку, сеча відходить після «розтягування» препуція. Хлопчик раніше розвитку відхилень не мав, травм статевих органів не було. Який найімовірніший діагноз?

- A. Гострий баланопостит
- B. Стриктуря уретри
- C. Везикоуретеральний рефлюкс
- D. Парафімоз
- E. Фімоз (патологічний)

113. Який метод гемостазу є провідним при гострих кровотечах із верхніх відділів шлунково-кишкового тракту?

- A. Ангіоемболізація судини, що кровото-
чить
- B. Невідкладне операційне втручання з
метою гемостазу
- C. Ендоскопічний гемостаз
- D. Переливання компонентів крові
- E. Медикаментозний гемостаз

114. Пацієнт віком 43 роки скаржиться на утруднене проходження твердої та рідкої їжі, епізоди регургітації неперетравленої їжі, особливо вночі, та періодичний біль за грудниною після вживання їжі. За останні 6 місяців відзначає поступове прогресування дисфагії та зменшення маси тіла на 6 кг. Блювання відсутнє. Під час фізикального огляду — без особливостей. Рентгеноскопія стравоходу з барієм: розширення стравоходу зі «звуженням типу пташиного дзьоба» у ділянці кардії. Езофагоманометрія: відсутність релаксації нижнього стравохідного сфінктера та знижена перистальтика стравоходу. Який найімовірніший діагноз?

- A. Дифузний езофагоспазм
- B. Ахалазія кардії
- C. Рефлюкс-езофагіт
- D. Рак стравоходу (дистальний відділ)
- E. Склеродермічне ураження стравоходу

115. Пацієнтка віком 32 роки скаржиться на болісні випинання в ділянці прямої кишки. В анамнезі: пологи 1,5 року тому. Планує наступну вагітність. За результатами обстеження встановлено діагноз: хронічний комбінований гемороїд IV ступеня. Яка тактика лікування найбільш доцільна в цьому разі?

- A. Місцева медикаментозна терапія із застосуванням супозиторіїв та мазей
- B. Гемороїдектомія
- C. Системна медикаментозна терапія із застосуванням пігулок на тлі місцевої медикаментозної терапії із застосуванням супозиторіїв та мазей
- D. Латексне лігування внутрішніх гемороїдальних вузлів
- E. Дезартерізація внутрішніх гемороїдальних вузлів та мукопексія

116. Пацієнтка віком 75 років скаржиться на інтенсивний біль у правому підребер'ї, підвищення температури тіла до 39,5°C, озноб, багаторазове блювання та виражену загальну слабкість. В анамнезі: багато років загальний атеросклероз. Об'єктивно спостерігається: шкіра та видимі слизові оболонки субіктеричні, пульс — 110/хв, АТ — 100/60 мм рт. ст. Пальпаційно — напруження м'язів у правому підребер'ї, болючість у точці Керра та позитивний симптом Мерфі. В аналізі крові: гемоглобін — 117 г/л, лейкоцити — $18 \cdot 10^9$ /л, нейтрофіли — 88%, паличкоядерні нейтрофіли — 8%, білірубін — 70 мкмоль/л, АлАТ — 150 Од/л,

АсАТ — 120 Од/л. За результатами УЗД виявлено: потовщення стінки жовчного міхура до 10 мм, наявність газу в стінці міхура, конкременти не спостерігаються. Який найімовірніший діагноз?

- A. Гострий катаральний холецистит
- B. Гострий набряковий панкреатит
- C. Хронічний катаральний холецистит
- D. Гострий гангренозний холецистит
- E. Гострий холангіт

117. Яке ускладнення є найбільш типовим після лапароскопічної герніопластики пахової грижі, зокрема після методу TAPP?

- A. Рецидив грижі
- B. Хронічний больовий синдром у ділянці паху
- C. Тромбоемболія легеневої артерії
- D. Інфекція місця хірургічного втручання
- E. Підшкірна емфізема черевної стінки

118. Пацієнт віком 68 років хворіє на хронічний обструктивний панкреатит з вираженим больовим синдромом та розширенням панкреатичної протоки до 10 мм. Йому запропоновано планове хірургічне лікування — поздовжня панкреатоєюностомія. Проте при дообстеженні в пацієнта виявлено тяжкий цукровий діабет у стадії декомпенсації та виражену кахексію (індекс маси тіла 15 кг/м²). Яке доцільне рішення щодо лікувальної тактики в цьому разі?

- A. Повністю відмовитися від хірургічного лікування
- B. Відкласти операцію для корекції стану пацієнта
- C. Виконати операцію в плановому порядку
- D. Ендоскопічне стентування панкреатичної протоки
- E. Паліативне зовнішнє дренивання протоки

119. Семирічного хлопчика шпиталізовано до хірургічного стаціонару з гострим болем у животі. Клінічна картина не є типовою для гострого апендициту (біль переважно в тазовій ділянці, симптом Кохера-Волковича відсутній). Лікар-хірург має обговорені сумніви щодо діагнозу гострого апендициту. Яку тактику ведення пацієнта доцільно обрати в цьому разі?

A. Спостереження вдома під відповідальність батьків, з акцентом на симптоматичне лікування

B. Екстрена діагностична лапароскопія після короткочасного передопераційного обстеження

C. —

D. Шпиталізація, динамічний нагляд з періодичною оцінкою лабораторних показників

E. Амбулаторне призначення антибіотиків широкого спектра дії, рекомендації щодо повторного звернення

120. Пацієнтка віком 38 років скаржиться на наявність пухлиноподібного випинання в ділянці лівої бокової поверхні шиї, яке збільшується під час прийому їжі та спадає при надавлюванні на нього, появу регургації елементів спожитої їжі при нахилах тулуба, неприємний запах з ротової порожнини. Скарги турбують протягом року. Під час огляду із закинутою головою в ділянці бокової поверхні шиї визначається пухлиноподібне утворення, яке деформує контур шиї. Пальпаторно м'яке, безболісне, зменшується в розмірах при здавлюванні. При цьому посилюється неприємний запах з ротової порожнини. Позитивний симптом Купера. За результатами рентгенографічного дослідження в боковій проекції з контрастуванням стравоходу виявлено: у шийному відділі візуалізується мішкоподібне випирання до 6 см, яке здавлює і відтісняє стравохід вперед і вбік. Який найімовірніший діагноз?

A. Дивертикул Ценкера

B. Шийний лімфаденіт

C. Бокова кіста шиї

D. Пухлина підщелепної слинної залози

E. Вузловий зоб

121. Пацієнт віком 73 роки звернувся до сімейного лікаря зі скаргами на біль в епігастральній ділянці, нудоту, блювання. Відзначив, що впродовж 6-ти місяців схуд на 16 кг. Під час рентгенологічного дослідження встановлено, що шлунок зміщений уперед. Який найімовірніший діагноз?

A. Рак шлунка

B. Пілоричний стеноз

C. Пухлина товстої кишки

D. Виразкова хвороба шлунка

E. Пухлина підшлункової залози

122. Чоловіка віком 48 років знайдено в полі після тривалого перебування на нічному морозі (близько -24°C). За словами рятувальників, він лежав на землі без руху невідомий час. Під час огляду в приймальному відділенні на стопі виявлено чорні, щільні, сухі ділянки шкіри, місцями з характерною «дерев'янистою» твердістю, чутливість у зоні ураження повністю відсутня. Після поступового зігрівання межі ураження не змінюються і залишаються чіткими. Який

ступінь відмороження виявлено в пацієнта?

A. III

B. —

C. I

D. IV

E. II

123. Під час виконання апендектомії відеолапароскопічним доступом лікар-хірург зіткнувся з серйозними технічними труднощами, що унеможливають безпечно виведення червоподібного відростка в черевну порожнину для завершення операції. Який спеціальний хірургічний метод внутрішньочеревного втручання треба застосувати в цій складній ситуації, щоб забезпечити успішне видалення відростка, не переходячи до відкритої операції?

A. Тимчасове припинення операції, відтермінування до зменшення інфільтрату

B. Застосування відвідних пристроїв для тракції кишківника, вивільняючи відросток

C. Негайна конверсія до відкритого лапаротомного доступу

D. Виконання серединної лапаротомії для мобілізації сліпої кишки

E. Ретроградне видалення відростка, розсікаючи брижу від основи

124. Пацієнтка віком 60 років з багаторічним анамнезом виразкової хвороби шлунка звернулася зі скаргами на часте блювання їжею, з'їденою раніше, відчуття повного шлунка, а також значне схуднення. Ендоскопія підтвердила виразку пілоричного відділу, що спричиняє виражений стеноз, і після чотирьох тижнів інтенсивної консервативної терапії стан пацієнтки не покращився. Яке найбільш доцільне та ефективне лікування треба рекомендувати для цієї пацієнтки?

A. Симптоматичне лікування зменшення блювання

B. Визначення функцій, корекція кислотності

C. Планове оперативне втручання

D. Ендоскопічне балонне розширення стенозу

E. Тривала консервативна терапія з модифікацією, прокінетики

125. У пацієнта з термічним опіком III ступеня на передпліччі спостерігається щільний струп, відсутня чутливість, блідо-сірий колір тканин. Який метод лікування є оптимальним у цьому разі?

- A. Консервативне лікування мазями, НПЗП
- B. Місцеве застосування антисептиків без некректомії з аутодермопластиком
- C. Рання некректомія з аутодермопластиком
- D. Очікувальна тактика до самостійного відторгнення з аутодермопластиком
- E. Інфузійна терапія до повного загоєння, антибіотикотерапія

126. У чоловіка віком 57 років після огляду лікарем-онкологом діагностовано меланому шкіри. Який найважливіший прогностичний фактор при меланомі шкіри?

- A. Наявність виразки пухлини
- B. Рівень інвазії за Кларком
- C. Товщина за Бреслоу
- D. Статус регіонарних лімфатичних вузлів
- E. Мітотичний індекс

127. У пацієнта з багатокамерними кістами печінки великих розмірів, розташованими поверхнево, діагностовано їх нагноєння. Який хірургічний метод лікування буде найбільш доцільним для таких кіст після стабілізації стану пацієнта?

- A. Фенестрація (висічення стінок) кіст
- B. Розкриття та зовнішнє дренажування кіст
- C. Внутрішнє дренажування (цистоеюностомія)
- D. Резекція ураженої частки печінки
- E. Черезшкірна пункція та склеротерапія

128. Пацієнтку віком 40 років прооперовано з приводу гострого гангренозного перфоративного апендициту, дифузного гнійного перитоніту. Через 10 днів після операції в неї підвищилася температура тіла до 38,5°C, виник біль унизу живота, тенезми. В аналізі крові: лейкоцитоз — $17,5 \cdot 10^9/\text{л}$, зсув лейкоцитарної формули вліво. Під час пальцевого дослідження прямої кишки визначається болючість та нависання передньої стінки прямої кишки. Яке ускладнення розвинулося в пацієнтки?

- A. Рак прямої кишки
- B. Абсцес простору Дугласа
- C. Гостра кишкова непрохідність
- D. Заочеревинна флегмона
- E. Гострий панкреатит

129. Пацієнту віком 44 роки з приводу вентральної грижі з грижовими воротами 15x18 см виконано герніотомію з аутопластиком. Після операції пацієнт скаржиться на задишку, слабкість, запаморочення. Об'єктивно спостерігається: живіт болісний у ділянці післяопераційної рани, симптоми подразнення очеревини негативні, аускультативно — у легенях дихання везикулярне, проводиться у всі відділи, екскурсія зменшена, ЧД — 36/хв, серцеві тони глухі, ЧСС — 120/хв, АТ — 90/50 мм рт. ст. Під час проведення комп'ютерної томографії грудної клітки в ангіорежимі пато-

логії не виявлено. Per rectum без патології. Яка найімовірніша причина появи скарг у пацієнта?

- A. Масивна тромбоемболія легеневих артерій
- B. Післяопераційна пневмонія
- C. Гостра шлунково-кишкова кровотеча
- D. Синдром малої черевної порожнини
- E. Післяопераційний перитоніт

130. Пацієнтка віком 56 років скаржиться на періодичний біль у поперековій ділянці праворуч. На УЗД: пухлина лівої нирки 39 мм у діаметрі, за даними СКТ — пухлина лівої нирки розміром 39x29x32 мм, розташована у верхньому полюсі, уростазу немає, даних про метастази немає. Встановлено клінічний діагноз: рак правої нирки, I стадія, T1N0M0 II клінічна група. Яка доцільна тактика лікування в цьому разі?

- A. Нефректомія праворуч
- B. Променева терапія
- C. Резекція правої нирки
- D. Імунотерапія
- E. Хіміотерапія

131. У післяопераційному періоді пацієнту, якому був встановлений сечовий катетер, медичний персонал повинен суворо дотримуватися певних правил, щоб мінімізувати ризик розвитку можливих ускладнень з боку сечовивідної системи, таких як цистит або загострення пієлонефриту. Які конкретні та ключові заходи є найважливішими для ефективної профілактики цих інфекційних ускладнень, згідно із сучасними клінічними протоколами догляду?

- A. Профілактика ниркових ускладнень є неперіоритетною
- B. —
- C. Асептика катетеризації, своєчасне видалення катетера
- D. Регулярна заміна катетера кожні кілька годин
- E. Обмеження прийому рідини, зменшити навантаження на нирки

132. Пацієнт віком 58 років протягом тижня скаржиться на односторонній головний біль, блювання, наростаючу слабкість у правих кінцівках. В анамнезі: хронічний алкоголізм. За результатами КТ головного мозку виявлено: півмісяцеподібна тінь над лівою півкулею мозку, зміщення серединних структур. Яка доцільна тактика лікування в цьому разі?

- A. Повторити КТ через 48 годин
- B. Негайна трепанація та видалення субдуральної гематоми
- C. Лікування кортикостероїдами
- D. Пункція спинномозкової рідини
- E. Симптоматичне лікування без операції

133. Лікар-хірург готується до виконання

відеолапароскопічної холецистектомії після успішного накладання пневмоперитонеуму. Який є безпечний та стандартний порядок введення хірургічних інструментів та оптичного обладнання для початкової візуалізації й маніпуляцій всередині черевної порожнини, враховуючи необхідні діаметри та місця доступу, щоб забезпечити належний візуальний контроль та ефективність операції?

- A. Оптична трубка вводиться лише після повного розміщення всіх троакарів
- B. Застосовується лише 10 мм троакар через пупок для всіх маніпуляцій
- C. Спочатку два 5 мм троакари, потім 10 мм троакар для подачі газу
- D. Через пупок 10 мм троакар, потім інші троакари під візуальним контролем
- E. Усі троакари вводяться одночасно, без будь-якого візуального контролю

134. Пацієнт віком 19 років скаржиться на різкий пекучий біль на шкірі стегна. Із анамнезу відомо, що під час роботи в хімічній лабораторії випадково розбив колбу із хімічним реактивом і пролив на стегно невідому прозору рідину. Постраждалий відразу промив місце контакту водою впродовж кількох хвилин, однак виражений біль зберігався. Під час огляду в зоні ураження визначається щільна суха кірка жовтуватого кольору з чіткими та рівними межами, навколишні тканини без набряку. На дотик кірка тверда, без ознак розм'якшення чи мокнення. Після повторного промивання водою зовнішній вигляд струпа не змінюється, прогресування ураження не відзначається. Пухирі відсутні. Яка речовина, найімовірніше, викликала опік у пацієнта?

- A. Аміак
- B. Акумуляторний електроліт (луг)
- C. Органічний розчинник
- D. Азотна кислота
- E. Каустична сода (натрій гідроксид)

135. У пацієнта віком 60 років діагностовано апендикулярний абсцес, локалізований в ілеоцекальній ділянці. Лікар-хірург планує оперативне втручання. Враховуючи специфіку цього ускладнення, який хірургічний доступ та основні етапи оперативного втручання є найбільш доцільними для лікування апендикулярного абсцесу, мінімізуючи ризики поширення інфекції та дозволяючи провести радикальне втручання пізніше?

- A. Лапароскопія, розкриття та санація абсцесу, без негайного видалення відростка
- B. Позаочеревинний доступ, розкриття та дренивання абсцесу, апендектомія відкладається
- C. Серединна лапаротомія, розкриття та дренивання абсцесу з апендектомією в умовах абсцесу
- D. Середньо-нижня лапаротомія, резекція ілеоцекальної ділянки з абсцесом, анастомоз
- E. Серединна лапаротомія, розкриття та дренивання абсцесу, з відтермінованою апендектомією

136. Пацієнт з опіками III ступеня на кисті потребує ранньої аутодермопластики. Який тип трансплантата найбільш доцільно використати в цьому разі?

- A. Розщеплений шкірний трансплантат
- B. Трансплантат з підшкірною клітковиною
- C. Повношаровий шкірний трансплантат
- D. Амніотичну мембрану
- E. Дермальний матрикс без епідермісу

137. Після виконання хірургічного втручання пацієнту встановлено дренаж в операційну рану для відтоку рідини. Який основний критерій є ключовим для безпечного та своєчасного видалення хірургічного дренажу з рани, мінімізуючи ризики?

- A. Після відновлення перистальтики, початку харчування
- B. Після повного загоєння, відсутності запалення
- C. Видаляють тільки після зняття швів
- D. Незалежно від ексудату, друга-третя доба
- E. Ексудат менше ніж 25-30 мл за добу

138. Добу тому потерпілий отримав опік від одягу, що спалахнув. Під час обстеження виявлено, що в нижній та середній третині обох гомілок є опікові рани, що циркулярно охоплюють кінцівки. У цих ділянках епідерміс відсутній, тканини темного кольору, позбавлені больової чутливості. Стопи не обпечені, але вони набряклі, ціанотичного кольору. Яке оперативне втручання необхідно виконати негайно?

- A. Рання некректомія
- B. Невідкладна декомпресійна некротомія
- C. Некректомія, аутодермопластика
- D. Етапна некректомія
- E. Некректомія, ксенопластика

139. Чоловік віком 54 роки доставлений до приймального відділення зі скаргами на раптове багаторазове блювання кров'ю та сильну загальну слабкість. В анамнезі: виразкової хвороби не мав, нестероїдних протизапальних засобів не приймав. Об'єктивно спостерігається: блідість шкі-

ри, АТ — 85/55 мм рт. ст., пульс — 118/хв. За результатами езофагогастроуденоскопії виявлено: у проксимальному відділі шлунка визначається невеликий дефект слизової з видимою пульсуючою судиною (виразка Деллафуа), активна артеріальна кровотеча (Forrest Ia), виразкового кратера та інфільтрованих країв немає. Який ендоскопічний метод гемостазу є оптимальним у цьому разі?

- А. Аргоноплазмова коагуляція
- В. Механічне кліпування судини
- С. Балонна тампонада
- Д. Контактна термокоагуляція
- Е. Ін'єкція епінефрину як монотерапія

140. У пацієнтки віком 45 років під час УЗД черевної порожнини виявлено порожнинне утворення в печінці з рідинним вмістом, тонкою стінкою та гладкою поверхнею, вистеленою епітелієм. Наростання розмірів утворення не спостерігається, клінічних проявів немає. Який тип кісти печінки найбільш імовірний і яка тактика ведення пацієнтки є найбільш доцільною на цьому етапі?

- А. Злоякісне новоутворення, негайна хімотерапія та променева терапія
- В. Несправжня кіста печінки, негайна хірургічна резекція печінки
- С. Кіста з ознаками крововиливу, термінова ангіографія та емболізація
- Д. Паразитарна кіста печінки, термінова антигельмінтна терапія
- Е. Справжня непаразитарна кіста печінки, динамічне спостереження

141. Під час огляду пацієнтки віком 68 років виявлено: на обох ногах шкіра ціанотична з мармуровими та сірими відтінками зі значними пухирями, які заповнені геморагічною рідиною, під час натискання на них відсутня чутливість, наявний некроз шкіри з переходом на підшкірну жирову клітковину. Больовий синдром виражений досить сильно, супроводжується свербіжем, поколюванням та онімінням. Який найімовірніший діагноз?

- А. I ступінь обмороження
- В. IV ступінь обмороження
- С. III ступінь обмороження
- Д. II ступінь обмороження
- Е. Переохолодження

142. Укажіть найчастіше ускладнення, яке виникає під час дренивання кісти селезінки під контролем УЗД.

- А. Больовий синдром
- В. Підтікання вмісту кісти у вільну черевну порожнину з розвитком перитоніту
- С. Нагноєння залишкової порожнини кісти
- Д. Підтікання вмісту кісти в плевральну порожнину з розвитком плевриту
- Е. Кровотеча в порожнину кісти

143. Під час проведення відеолапароскопічної холецистектомії, після успішного накладання пневмоперитонеуму, лікар-хірург вводить перший 10-мм троакар у ділянці пупка для встановлення лапароскопа та візуальної ревізії черевної порожнини. Які додаткові троакари та в яких анатомічних ділянках необхідно ввести під безпосереднім візуальним контролем для оптимального хірургічного доступу з метою забезпечення адекватного робочого простору та можливості виконання подальших хірургічних маніпуляцій?

- А. Два 5-мм троакари у правому та лівому підбер'ї, без введення будь-яких додаткових 10-мм троакарів для здійснення хірургічних маніпуляцій
- В. Лише один 10-мм троакар у ділянці пупка, а два 5-мм троакари вводяться у підбер'я з обох сторін для забезпечення необхідного інструментарію
- С. Один 5-мм троакар у правій пахвовій ділянці, а також два 10-мм троакари, розташовані симетрично у верхніх квадрантах живота для інструментів
- Д. Ще один 10-мм троакар під мечоподібним відростком, а також два 5-мм троакари: один по середньоключичній і другий по передньопухвовій лінії
- Е. Один 10-мм троакар у надлобковій ділянці, а два 5-мм троакари розташовуються по бічних поверхнях живота для забезпечення широкого хірургічного доступу

144. Пацієнт віком 46 років після трансатлантичного перельоту раптово відчув різкий біль у правій гомілці. Із анамнезу відомо, що періодично турбують судоми та відчуття тяжкості у правій гомілці. Об'єктивно спостерігається: шкіра гомілки та стопи звичайного кольору, набряк правої гомілки на рівні щиколотки та у середній третині гомілки +3 см порівняно з лівою, пульсація на стегновій артерії та підколінній збережена. Позитивний симптом Хоменса та Мозеса на правій нижній кінцівці. Який найімовірніший діагноз?

- А. Гострий тромбоз підколінної артерії
- В. Облітеруючий ендартеріїт
- С. Артрит гомілковостопного суглоба
- Д. Хвороба Рейно
- Е. Гострий тромбоз глибоких вен

145. Чоловік віком 37 років упав з упором на правий плечовий суглоб. Зазначає різкий біль, обмеження пасивних рухів, активні рухи в плечовому суглобі неможливі. Відведена і зігнута у плечовому

суглобі травмовану руку підтримує здоровою. Об'єктивно спостерігається: у ділянці дельтоподібного м'яза — западання, під шкірою різко випинається акроміальний відросток лопатки, голівка плечової кістки пальпується під дзьобоподібним відростком. Який найімовірніший діагноз?

- A. Перелом шийки плеча
- B. Перелом великогомілкової кістки
- C. Перелом діафіза плеча
- D. Перелом анатомічної шийки плеча
- E. Вивих плеча

146. Пацієнтка віком 28 років, програмістка, веде переважно сидячий спосіб життя. Скаржиться на відчуття дискомфорту, свербіж та незначного болю в ділянці анального каналу, особливо після тривалого сидіння. Під час огляду встановлено діагноз: хронічний внутрішній геморої I ступеня тяжкості, у фазі ремісії. Який комплекс заходів консервативного лікування буде найбільш доцільним для пацієнтки на цьому етапі?

- A. Направлення до гастроентеролога для колоноскопії з біопсією, бо свербіж може бути ознакою запалення товстої кишки
- B. Призначення флеботоніків, дієтичне харчування, зменшення сидіння, місцеві мазі, активний спосіб життя
- C. Негайна шпиталізація для операції, бо консервативні методи в молодому віці зазвичай не дають довготривалого ефекту
- D. Застосування кріодеструкції вузлів амбулаторно, адже цей метод ефективний на початкових стадіях та не потребує реабілітації
- E. Призначення курсу антибіотиків та протизапальних препаратів для усунення інфекційного компонента, який лежить в основі геморою

147. Пацієнта віком 60 років шпиталізовано до відділення інтенсивної терапії з тяжкою пневмонією. Хвороба ускладнилася гострою дихальною недостатністю, що потребувало штучної вентиляції легень. Пацієнт тривалий час перебуває на лікуванні, його стан розцінюється як тяжкий. Лікар звернув увагу на прогресуюче погіршення лабораторних показників, що може свідчити про розвиток нутритивної недостатності. Які лабораторні ознаки можуть підтвердити можливий несприятливий результат/можливе несприятливе завершення захворювання внаслідок недостатності харчування у цього пацієнта?

- A. Гіпохолестеринемія менше від 4 ммоль/л
- B. Гіполактатемія менше від 5 ммоль/л
- C. Гіпоальбумінемія менше від 40 г/л
- D. Гіпопротеїнемія менше від 40 г/л
- E. Гіперхолестеринемія (понад 8 ммоль/л)

148. Пацієнта віком 62 роки з алкогольним цирозом печінки, ускладнений асцитом, шпиталізовано з клінічними ознаками кровотечі з варикознорозширених вен стравоходу I ступеня тяжкості. На шкірі пацієнта виявлено множинні екхімози. Порушення яких метаболічних функцій печінки є причиною розвитку геморагічного діатезу в чоловіка?

- A. Синтез транспортних білків
- B. Синтез факторів зсідання крові
- C. Депонування заліза
- D. Жирова інфільтрація печінки
- E. Депонування вітамінів у печінці

149. Пацієнтка віком 28 років скаржиться на біль та почервоніння шкіри дистальної фаланги п'ятого пальця правої кисті. Із анамнезу відомо, що 12 год тому пацієнтка перенесла лапароскопічну холецистектомію, і ці скарги виникли після операції. Об'єктивно спостерігається: набряк та почервоніння шкіри дистальної фаланги п'ятого пальця, пухирець із прозорою рідиною. Яка коагуляція застосовувалася під час оперативного втручання?

- A. Монополярна
- B. Аргонна
- C. Ультразвукова
- D. Біполярна
- E. Лазерна

150. Пацієнт віком 42 роки звернувся зі скаргами на біль тягучого характеру помірної інтенсивності у правому підребер'ї, відчуття важкості після їжі, періодичну нудоту. Скарги з'явилися впродовж останніх місяців, повільно нарастають. Пацієнт працює фермером. Об'єктивно спостерігається: шкіра та видимі слизові оболонки звичайного кольору, пальпаційно — печінка збільшена +3 см нижче реберної дуги, жовтяниці немає. В аналізі крові: гемоглобін — 110 г/л, лейкоцити — $9,5 \cdot 10^9$ /л, еозинофіли — 12%. За результатами УЗД виявлено: у правій частці печінки — кістозне патологічне утворення з подвійною стінкою розміром 7х6 см. Під час серологічного дослідження — реакція Каццоні позитивна. Який найімовірніший діагноз?

- A. Ехінококоз печінки
- B. Абсцес печінки бактеріальної етіології
- C. Цистаденома печінки
- D. Гепатоцелюлярна карцинома
- E. Гемангіома печінки