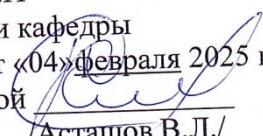


Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Наумова Наталия Александровна
Должность: Ректор
Дата подписания: 04.09.2025 17:07:10
Уникальный программный ключ:
6b5279da4e034bffa79172803da5b7b559fc69e0

МИНИСТЕРСТВО ПРОСВЕЩЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования
«ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ПРОСВЕЩЕНИЯ»
(ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ПРОСВЕЩЕНИЯ)

Медицинский факультет

Кафедра хирургии

УТВЕРЖДЕН
на заседании кафедры
Протокол от «04» февраля 2025 г. №6
Зав. кафедрой 
/Асташов В.Л./

**ФОНД
ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

по учебной дисциплине

Хирургия в амбулаторно-поликлинической практике

Специальность 31.05.01 – Лечебное дело

Москва
2025

Содержание

1. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы
3
2. Описание показателей и критериев оценивания компетенций на различных этапах их формирования, описания шкал оценивания
3
3. Типовые контрольные задания или иные материалы, необходимые для оценки знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций в процессе освоения образовательной программы 9
4. Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций
201

1. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы

Код и наименование компетенции	Этапы формирования
--------------------------------	--------------------

ОПК-4. Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа
ОПК-5. Способен оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека для решения профессиональных задач	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа
ОПК-7. Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа

2. Описание показателей и критериев оценивания компетенций на различных этапах их формирования, описание шкал оценивания

Оцениваемые компетенции	Уровень сформированности	Этап формирования	Описание показателей	Критерии оценивания	Шкала оценивания
-------------------------	--------------------------	-------------------	----------------------	---------------------	------------------

ОПК-4	Пороговый	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа	Знать: Клинические особенности и принципы диагностики наиболее распространенных заболеваний, а также неотложных хирургических состояний у на основе владения пропедевтическими, лабораторными и инструментальными методами исследования на амбулаторно-поликлиническом этапе Уметь: Проводить диагностику, в.ч. дифференциальную, наиболее распространенных заболеваний, а также неотложных хирургических состояний на основе владения пропедевтическими, лабораторными и инструментальными методами исследования на амбулаторно-поликлиническом этапе.	Тестирование, реферат, устный опрос	Шкала оценивания тестирования, Шкала оценивания реферата, Шкала оценивания устного опроса
-------	-----------	---	---	-------------------------------------	--

	Продвинутый	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа	Знать: Клинические особенности и принципы диагностики наиболее распространенных заболеваний, а также неотложных хирургических состояний у на основе владения пропедевтическими, лабораторными и инструментальными методами исследования на амбулаторно-поликлиническом этапе Уметь: Проводить диагностику, в.ч. дифференциальную, наиболее распространенных заболеваний, а также неотложных хирургических состояний на основе владения пропедевтическими, лабораторными и инструментальными методами исследования на амбулаторно-поликлиническом этапе. Владеть: Методологией постановки диагноза наиболее распространенных заболеваний и неотложных состояниях (с учетом МКБ) на основе владения пропедевтическими, лабораторными и	Тестирование, устный опрос, реферат, решение ситуационных задач, практическая подготовка Зачет	Шкала оценивания тестирования, Шкала оценивания устного опроса, Шкала оценивания реферата, шкала оценивания ситуационных задач Шкала оценивания практической подготовки
--	-------------	---	--	--	--

			инструментальными методами исследования на амбулаторно-поликлиническом этапе		
ОПК-5	Пороговый	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа	Знать топографо-анатомические особенности всех областей человеческого тела и их послойное строение. Умеет на основании знаний топографической анатомии, ориентироваться в операционной ране и выявлять в ней важные анатомические образования.	Тестирование, реферат, устный опрос	Шкала оценивания тестирования, Шкала оценивания реферата, Шкала оценивания устного опроса

	Продвинутый	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа	Знать топографо-анатомические особенности всех областей человеческого тела и их послойное строение. Уметь на основании знаний топографической анатомии, ориентироваться в операционной ране и выявлять в ней важные анатомические образования. Владеть навыками выполнения медицинских инвазивных манипуляций на основе имеющихся знаний.	Тестирование, устный опрос, реферат, решение ситуационных задач, практическая подготовка Зачет	Шкала оценивания тестирования, Шкала оценивания устного опроса, Шкала оценивания реферата, шкала оценивания ситуационных задач Шкала оценивания практической подготовки
--	-------------	---	---	--	--

ОПК-7	Пороговый	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа	Знать: Принципы оказания медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях в рамках общей врачебной практики (семейной медицины); Основы лечебно-эвакуационного обеспечения населения при чрезвычайных ситуациях; Основы медико-санитарного обеспечения населения при ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций природного характера, химической и радиационной природы; Современные методы, средства, способы проведения лечебно-эвакуационных мероприятий; Организацию медико-санитарного обеспечения населения при ликвидации чрезвычайных ситуаций Уметь: Осуществлять амбулаторную помощь при наиболее распространенных заболеваниях и состояниях в неотложных чрезвычайных ситуациях.	Тестирование, реферат, устный опрос	Шкала оценивания тестирования, Шкала оценивания реферата, Шкала оценивания устного опроса
-------	-----------	---	--	-------------------------------------	---

	Продвинутый	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа	Знать: Принципы оказания медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях в рамках общей врачебной практики (семейной медицины); Основы лечебно-эвакуационного обеспечения населения при чрезвычайных ситуациях; Основы медико-санитарного обеспечения населения при ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций природного характера, химической и радиационной природы; Современные методы, средства, способы проведения лечебно-эвакуационных мероприятий; Организацию медико-санитарного обеспечения населения при ликвидации чрезвычайных ситуаций Уметь: Осуществлять амбулаторную помощь при наиболее распространенных заболеваниях и состояниях в неотложных чрезвычайных ситуациях. Владеть: Тактикой оказания	Тестирование, устный опрос, реферат, решение ситуационных задач, практическая подготовка Зачет	Шкала оценивания тестирования, Шкала оценивания устного опроса, Шкала оценивания реферата, шкала оценивания ситуационных задач Шкала оценивания практической подготовки
--	-------------	---	---	--	---

			амбулаторной помощи при распространенных заболеваниях и состояниях в чрезвычайных ситуациях.		
--	--	--	--	--	--

Шкала оценивания устного опроса

Критерии оценивания	Баллы
высокая активность на практических занятиях, содержание и изложение материала отличается логичностью и смысловой завершенностью, студент показал владение материалом, умение четко, аргументировано и корректно отвечает на поставленные вопросы, отстаивать собственную точку зрения.	20
участие в работе на практических занятиях, изложение материала носит преимущественно описательный характер, студент показал достаточно уверенное владение материалом, однако недостаточное умение четко, аргументировано и корректно отвечает на поставленные вопросы и отстаивать собственную точку зрения.	10
низкая активность на практических занятиях, студент показал неуверенное владение материалом, неумение отстаивать собственную позицию и отвечать на вопросы.	5
отсутствие активности на практических занятиях, студент показал незнание материала по содержанию дисциплины.	0

Шкала оценивания тестирования

Критерий	Количество баллов
80-100% правильных ответов	15-20 баллов
70-79 % правильных ответов	10-14 баллов
50-69 % правильных ответов	4-9 баллов
менее 50 % правильных ответов	0-3 баллов

Шкала оценивания реферата

Критерии оценивания	Баллы
Содержание соответствуют поставленным цели и задачам, изложение материала отличается логичностью и смысловой завершенностью, студент показал владение материалом, умение четко, аргументировано и корректно отвечает на поставленные вопросы, отстаивать собственную точку зрения	10
Содержание недостаточно полно соответствует поставленным цели и задачам	5

исследования, работа выполнена на недостаточно широкой источниковой базе и не учитывает новейшие достижения науки, изложение материала носит преимущественно описательный характер, студент показал достаточно уверенное владение материалом, однако недостаточное умение четко, аргументировано и корректно отвечать на поставленные вопросы и отстаивать собственную точку зрения	
Содержание не отражает особенности проблематики избранной темы; содержание работы не полностью соответствует поставленным задачам, источниковая база является фрагментарной и не позволяет качественно решить все поставленные в работе задачи, работа не учитывает новейшие достижения историографии темы, студент показал неуверенное владение материалом, неумение отстаивать собственную позицию и отвечать на вопросы	2
Работа не имеет логичной структуры, содержание работы в основном не соответствует теме, источниковая база исследования является недостаточной для решения поставленных задач, студент показал неуверенное владение материалом, неумение формулировать собственную позицию.	0

Шкала оценивания практической подготовки

Критерии оценивания	Баллы
высокая активность на практической подготовке, выполнен(ы) осмотр/курация /клиническое или инструментальное/лабораторное исследование в количестве не менее 3 и/или отработан алгоритм оказания медицинской помощи(не менее 3) или сформирован клинический навык	10
средняя активность на практической подготовке, выполнен(ы) осмотр/курация /клиническое или инструментальное/лабораторное исследование в количестве от 1 до 3 и/или отработан алгоритм оказания медицинской помощи(от 1 до 3)	5
низкая активность на практической подготовке, осмотр/курация /клиническое или инструментальное/лабораторное исследование в количестве не выполнялись, алгоритм оказания медицинской помощи не отработан	0

Шкала оценивания решения ситуационных задач

Критерии оценивания	Баллы
Верно решено 5 задач	10
Верно решено 4 задачи	5
Верно решено 3 задачи	2
Верно решено 0,1,2 задачи	0

3. Типовые контрольные задания или иные материалы, необходимые для оценки знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций в процессе освоения образовательной программы

ТЕКУЩИЙ КОНТРОЛЬ

ОПК-4. Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза

Пороговый уровень

Знать: Клинические особенности и принципы диагностики наиболее распространенных заболеваний, а также неотложных хирургических состояний у на основе владения пропедевтическими, лабораторными и инструментальными методами исследования на амбулаторно-поликлиническом этапе

1. Работа хирургической службы поликлиники.
2. Объем работы врача-хирурга (врача общей практики, семейного врача - хирургические навыки) амбулаторно-поликлинического звена.
3. Медицинская документация в хирургическом кабинете и отделении поликлиники.
4. Экспертиза временной и стойкой нетрудоспособности.
5. Диспансеризация.

Продвинутый уровень

Уметь: Проводить диагностику, в.ч. дифференциальную, наиболее распространенных заболеваний, а также неотложных хирургических состояний на основе владения пропедевтическими, лабораторными и инструментальными методами исследования на амбулаторно-поликлиническом этапе.

1. Ранняя диагностика злокачественных новообразований молочной железы.
2. Лабораторно-инструментальные методы диагностики мастопатий
3. Дисгормональные опухоли молочных желез и их лечение в поликлинике.
4. Диагностика и лечение дисгормональных заболеваний молочных желез в амбулаторных условиях.
5. Новообразования кожи и мягких тканей - тактика амбулаторного хирурга.

Урологические заболевания в работе хирурга поликлиники. **Владеть:** Методологией постановки диагноза наиболее распространенных заболеваний и неотложных состояниях (с учетом МКБ) на основе владения пропедевтическими, лабораторными и инструментальными методами исследования на амбулаторно-поликлиническом этапе

Задача №1

Выпускник медицинского института устроился работать в поликлинику врачом - хирургом и направлен для проведения диспансеризации сотрудников бюджетной сферы.

Вопросы: Что такое диспансеризация населения? Основные задачи диспансеризации населения? Перечислите основные формы диспансеризации населения? Назовите основные диспансерные группы?

Ответ: 1. Диспансеризация - это комплекс мероприятий направленных на сохранение и укрепление здоровья населения, увеличение продолжительности жизни людей и повышения производительности труда, работающих путем активного выявления и лечения начальных форм заболеваний, изучения и устранения причин, способствующих возникновению и распространению заболеваний, широкого проведения комплекса социальных, санитарно-гигиенических, профилактических, лечебно-оздоровительных мероприятий. 2. Формирование Паспорта здоровья работающего населения; повышение мотивации к сохранению своего здоровья; снижение обострений и осложнений хронических заболеваний. 3. Диспансеризация работающего населения бюджетных учреждений в возрасте 35-55 лет, диспансеризация работников производств с вредными условиями труда (металлургия, транспорт и связь), проведение ежегодных профилактических и целевых осмотров. 4. I группа - практически здоровые граждане, не нуждающиеся в диспансерном наблюдении, с которыми проводится профилактическая беседа о здоровом образе жизни; II группа - граждане с риском развития заболевания, нуждающиеся в проведении профилактических мероприятий, осуществляемых в амбулаторно-поликлиническом учреждении по месту жительства; III группа - граждане,

нуждающиеся в дополнительном обследовании для уточнения диагноза (впервые установленное хроническое заболевание) или лечения в амбулаторных условиях (острые заболевания); IV группа - граждане, нуждающиеся в дополнительном обследовании и лечении в стационаре, состоящие на Д-учете по хроническому заболеванию; V группа - граждане, имеющие показания для оказания высокотехнологичной (дорогостоящей) медицинской помощи.

Задача №2

Больной 42 лет, грузчик, обратился с жалобами на боли в заднем проходе, выделение крови после акта дефекации. Подобные симптомы стали беспокоить около года назад, но в последние 3 дня кровотечение усилилось, появился шум в голове, головокружение, что затрудняет выполнение тяжелой физической работы. Объективно: Пациент бледен. Пульс 96 в минуту удовлетворительного наполнения, АД 110/60 мм рт. ст. В области анального жома на 3, 7, 11 часах имеются геморроидальные узлы диаметром до 1,5 см с сиреневым оттенком, на одном из них видна кровянистая корочка, кровоточащая при контакте.

Вопросы: 1. Каков Ваш диагноз? 2. Клиническая классификация этого заболевания? 3. Какие методы обследования необходимо проводить при этом заболевании? 4. Тактика амбулаторного хирурга в данной ситуации? 5. Профилактика данного заболевания

Эталон ответа. 1. Геморрой, осложненный кровотечением. 2. Хронический геморрой, кровотечение. 3. Методы исследования: ректальное исследование, аноскопия, ректороманоскопия. 4. Тактика амбулаторного хирурга: при выраженной анемии - госпитализация в хирургическое отделение. Первая помощь заключается в обезболивании, наложении повязки, проведении противовоспалительной и гемостатической терапии. Методы лечения: (в зависимости от стадии процесса и после остановки кровотечения) инфракрасная фотокоагуляция, лигирование латексными кольцами, склеротерапия, геморроидэктомия. 5. Профилактика данного заболевания заключается в соблюдении диеты.

Задача №3

Хирург проводит диспансеризацию и осматривает мужчину 35 лет. Год назад перенес операцию аппендэктомии по поводу острого гангренозного аппендицита. При осмотре: в правой подвздошной области окрепший послеоперационный рубец протяженностью до 10 см. При пальпации в положении стоя определяется в области рубца мягко эластическое опухолевидное образование, которое в положении лежа вправляется в брюшную полость через дефект в апоневрозе размерами 2х3 см.

Вопросы: 1. Ваш диагноз? 2. Ваши рекомендации относительно дальнейшего лечения?

Ответ: 1. Послеоперационная вентральная грыжа. 2. Оперативное лечение, плановая операция. Задача №4

Мужчина 60 лет обратился в поликлинику на 2-й день от начала заболевания с жалобами на схваткообразные боли средней интенсивности внизу живота, иррадиирующие в крестец, вздутие живота, задержку стула и газов. Заболевание началось постепенно. Больной страдает запорами, отмечает, что подобные состояния были несколько раз и разрешались дома после очистительной клизмы. Общее состояние больного относительно удовлетворительное, температура нормальная, пульс 90 в минуту, язык обложен, влажный. Живот ассиметричный за счет вздутия правой его половины, при пальпации мягкий, умеренно болезненный по ходу левого бокового канала. Справа пальпируется большое образование плотноэластической консистенции, перистальтика над ним не выслушивается. Определяется «шум плеска», при перкуссии - высокий тимпанит. При ректальном исследовании ампула прямой кишки пуста, при попытке сделать сифонную клизму удается ввести не более 300 мл жидкости.

Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. 4. Что такое проба Цеге фон - Мантейфеля? 5. Варианты оперативного лечения.

Эталон ответа: У больного клиника обтурационной толстокишечной непроходимости опухолевого генеза. Из дополнительных методов обследования необходимы: обзорная рентгенография брюшной полости, R-контроль пассажа бария. Требуется направление в экстренном порядке в хирургическое отделение. Лечение больного оперативное. Тактику определяет хирург во время операции. Варианты оперативного пособия: гемиколэктомия, операции «типа Гартмана», резекции толстой кишки с наложением анастомоза. При наличии отдаленных метастазов и нерезектабельности опухоли - обходные анастомозы и выведение двухствольных колостом. Проба Цеге - фон- Мантейфеля: при постановке очистительной клизмы невозможно ввести более 300 мл жидкости. Признак обтурации сигмовидной кишки.

Задача №5.

Женщина 47 лет, работая на приусадебном участке, поранила лопатой ногу в области тыла правой стопы. К врачу не обращалась, самостоятельно промыв рану раствором перекиси водорода и наложив асептическую повязку. Через 2 суток отметила значительное ухудшение общего состояния. При осмотре состояние больной средней тяжести. Жалобы на сильные боли в области правой нижней конечности. Температура тела 39°C, одышка, тахикардия. АД с тенденцией к снижению. Местно: повреждённая конечность резко отёчная до уровня коленного сустава. Кожные покровы синюшного, местами багрового цвета. Рана на тыле стопы размерами 3x7 см. ткани в дне серого цвета, не кровоточат. Экссудат мутный. При пальпации голени определяется симптом крепитации. На обзорной рентгенограмме голени определяются межмышечные скопления газа.

Вопрос: О каком осложнении раны вероятнее всего идет речь?

Эталон ответа: газообразующая анаэробная инфекция.

ОПК-5. Способен оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека для решения профессиональных задач

Пороговый уровень

Знать: топографо-анатомические особенности всех областей человеческого тела и их послойное строение

1. Формирование здорового образа жизни населения.
2. Фазы раневого процесса.
3. Лечение ран в поликлинике.
4. Виды кровотечений.
5. Способы остановки кровотечений

Продвинутый уровень

Уметь: на основании знаний топографической анатомии, ориентироваться в операционной ране и выявлять в ней важные анатомические образования.

1. Современные методы лечения гемангиом в амбулаторных условиях.
2. Современные методы лечения кератом и папиллом в амбулаторной практике.
3. Диагностика и лечение больных с атеромами в поликлинике.
4. Онконастороженность в хирургии.
5. Гнойно-воспалительные заболевания кисти, лечение в поликлинике.

Владеть: навыками выполнения медицинских инвазивных манипуляций на основе имеющихся знаний.

Задача №1

Пострадавший порезал стеклом переднюю поверхность предплечья. Через несколько минут обратился в амбулаторию участковой больницы, где Вы, единственный врач, ведете прием. Больной левой рукой прижимает к кровоточащей ране на правом предплечье платок, из-под которого обильно вытекает алая кровь

Вопросы: 1. Какие будут Ваши первые действия: диагностические или лечебные? 2. Какой Вы выберете способ временной остановки кровотечения? 3. Какой Вы выберете способ

окончательной остановки кровотечения: а) если кровотечение окажется артериальным? б) если кровотечение окажется венозным? в) если кровотечение окажется капиллярным?

Эталон ответа: артериальное кровотечение, показано временное наложение жгута, направление в дежурный стационар.

Задача №2

Вы - дежурный врач участковой больницы. К Вам обратился молодой человек с жалобами на непрекращающееся обильное кровотечение из пальца, который он случайно порезал пилой 3 часа тому назад. При осмотре Вы обнаружили на тыльной поверхности указательного пальца левой кисти небольшую (10х4 мм) ранку с неровными краями, по всей поверхности которой в виде сливающихся капель сочится кровь. Ватно-марлевая повязка, которой была прикрыта рана, обильно промокла жидкой кровью. Сгустков крови незаметно.

Вопросы: 1. Какой вид кровотечения имеет место? 2. Будет ли выполненная Вами остановка кровотечения временной или окончательной?

Эталон ответа: кровотечение смешанное, требуется окончательная остановка кровотечения путем наложения давящей повязки.

Задача 3

К Вам в поликлинику обратился больной с жалобами на внезапно появившуюся сегодня утром общую слабость и головокружение. Утром был стул обильный, кашицеобразной консистенции, черного цвета. В ожидании приема у больного случалось кратковременное полубоморочное состояние. При осмотре - больной бледен, пульс ослаблен, ритмичен, 90 уд. в мин.

Вопросы: Ваш предположительный синдромный диагноз? Ваше лечебно-тактическое решение? Эталон ответа: уточнить анамнез заболевания, желудочно-кишечное кровотечение, больному показана срочная госпитализация в дежурный стационар бригадой ССП.

Задача 4

Больная 36 лет, страдающая упорными запорами, обратилась к врачу с жалобами на сильные боли в области заднего прохода, которые появляются после акта дефекации и длятся около 1.5 часов. Периодически отмечает прожилки алой крови на каловых массах.

Вопросы: 1) Для какого заболевания характерны указанные жалобы? 2) Какие дополнительные методы исследования следует провести данной больной? 3) С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?

Эталон ответа: 1) Для хронической трещины анального канала. 2) Пальцевое исследование, аноскопия. 3) С геморроем, опухолью прямой кишки.

Задача 5

В поликлинику обратился больной 60 лет с жалобами на боли в паховой области, наличие опухолевидного образования. Из анамнеза известно, что больной страдает бронхиальной астмой. Во время очередного приступа, появились боли в паховой области. После купирования приступа астмы, боли не прекратились, как это отмечалось ранее, и появилось опухолевидное образование в левой паховой области. Рвоты не было. К врачу обратился через 2 часа. При осмотре хирургом: живот при пальпации мягкий, безболезненный, умеренная болезненность в паховой области слева. Ниже пупартовой связки пальпируется образование диаметром до 2,5 см., плотноэластической консистенции, не смещаемое, резко болезненное.

Вопросы: Ваш диагноз?

Эталон ответа Ущемленная бедренная грыжа.

ОПК-7. Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности

Пороговый уровень:

Знать: Принципы оказания медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях в рамках общей врачебной практики (семейной медицины); Основы лечебно-эвакуационного

обеспечения населения при чрезвычайных ситуациях; Основы медико-санитарного обеспечения населения при ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций природного характера, химической и радиационной природы; Современные методы, средства, способы проведения лечебно-эвакуационных мероприятий; Организацию медико-санитарного обеспечения населения при ликвидации чрезвычайных ситуаций

1. Этиология и патогенез гнойно-воспалительных заболеваний.
2. Диагностика гнойно-воспалительных заболеваний.
3. Лечение гнойно-воспалительных заболеваний в условиях поликлиники.
4. Показания к госпитализации при обнаружении гнойно-воспалительных заболеваний.
5. Термические ожоги: патогенез, классификация, клиника, диагностика и лечение в условиях поликлиники.

Продвинутый уровень:

Уметь: Осуществлять амбулаторную помощь при наиболее распространенных заболеваниях и состояниях в неотложных чрезвычайных ситуациях.

- 1) Острый парапроктит
- 2) Лечение рецидивов вросшего ногтя в поликлинике.
- 3) Стационарозамещающие технологии в хирургическом лечении грыж передней стенки живота.
- 4) Стационарозамещающие технологии, роль симуляционного обучения в хирургии.
- 5) Варикоцеле. Современные методы лечения.

Владеть: Тактикой оказания амбулаторной помощи при распространенных заболеваниях и состояниях в чрезвычайных ситуациях.

Задача 1

Столяр 52 лет, работая в мастерской, получил рваную рану левого предплечья, самостоятельно обработав которую (наложив повязку), продолжил работу. Обратился к врачу через 2 суток с жалобами на боли в области раны, повышение температуры тела до 38°C. При осмотре обнаружена картина гнойно-воспалительного процесса в зоне повреждения: края раны отёчны, отделяемое гнойное, выше раны определяется плотный, резко болезненный тяж, идущий к подмышечной впадине, кожа над ним гиперемирована.

Вопросы: Диагноз? Какова лечебная тактика?

Эталон ответа: гнойная рана, левосторонний лимфангит; широкое открытие ран и ее дренирование, антибактериальная и дезинтоксикационная терапия.

Задача №2

Больной жалуется на слабость, головокружение, быструю утомляемость. В анамнезе почти ежедневные обильные геморроидальные кровотечения в течение 5 лет. Бледен, пониженного питания, пульс слабого наполнения, 94 уд. в мин. АД 100/60 мм рт. ст. В позе Ромберга неустойчив. Лицо несколько одутловато. Имеется пастозность голеней. Общий анализ крови: Эр. - $2,1 \times 10^{12}/л$, Нв. - 70 г/л. Общий белок крови - 55 г/л.

Вопросы: 1. Какое осложнение возникло у больного в результате часто повторяющихся геморроидальных кровотечений? 2. Составьте план лечебных мероприятий с соблюдением последовательности их выполнения. Какие лекарственные препараты следует рекомендовать больному?

Эталон ответа: больной страдает хроническим кровотечением из геморроидального узла, анемия, показано оперативное лечение, медикаментозная коррекция хронической анемии, гемотрансфузия.

Задача №3 Больной М., 34 лет, слесарь. За 6 дней до обращения к хирургу поликлиники уколол металлической стружкой I палец правой кисти. Появилась припухлость, болезненность, гнойный свищ в области ногтевой фаланги I пальца правой кисти. Занимался самолечением, без эффекта. Последние две ночи из-за болей в пальце не спал.

Объективно: первый палец правой кисти слегка согнут, ногтевая фаланга увеличена в объеме. Мягкие ткани напряжены, кожа фаланги цианотична. У свободного края ногтя на мякоти пальца имеется гнойный свищ 0,2*0,2 см, из просвета выбухают грануляции. При пальпации пуговчатым зондом отмечается болезненность по всей ногтевой фаланге. Движение в межфаланговом суставе резко ограничено. На рентгенограмме незначительный остеопороз ногтевой фаланги, небольшие участки деструкции (просветления), края кости узурированы.

Вопросы: 1. Поставьте диагноз. 2. Разработайте план лечения.

Эталон ответа: Диагноз: костный панариций ногтевой фаланги I пальца правой кисти. Лечение: под местной анестезией по Оберсту – Лукашевичу произвести парные линейно – боковые разрезы на ногтевой фаланге, некрэктомия, иссечение свищей, грануляций. Дренаж для промывания раны. Иммобилизация, антибиотикотерапия.

Задача №4

Больная 45 лет, работает уборщицей, жалуется на боли в правой подмышечной области, на ограничение движений этой рукой, повышение температуры тела до 37,3 С. Заболела неделю назад, в правой подмышечной впадине появилось 3 болезненных ограниченных уплотнений шаровидной формы. Постепенно образования увеличивались в размерах, усилилась боль, появилось недомогание. Больная вынуждена была обратиться к хирургу поликлиники. Объективно: общее состояние удовлетворительное, температура тела 37,2 С. В правой подмышечной впадине имеется уплотнение шаровидной формы, возвышающееся над кожей, которая синюшно – багрового цвета. В центре одной из припухлости имеется два узких отверстия, через которые выделяется гной. Пальпация данной области болезненна. Активные и пассивные движения правой руки из-за болезненности резко ограничены.

Вопросы: 1. Поставьте диагноз. 2. Разработайте план лечения. Эталон ответа:

Диагноз: гидраденит правой подмышечной области. Лечение: выстричь волосы ножницами в области гнойников, под местной инфильтративной анестезией 0,5% раствором новокаина вскрыть гнойники, санация гнойной полости, турунда с мазью "Левомеколь", обработка кожи вокруг раны бриллиантовым зеленым. Иммобилизация конечности при помощи косынки. Перед ежедневной перевязкой физиотерапевтическое лечение. Необходимо взять анализ крови на глюкозу, иммунограмму. Больная нетрудоспособна; выдать больничный лист на 3 дня, закрытие его будет зависеть от течения раневого процесса.

Задача №5

Больная 68 лет по поводу двустороннего коксартроза получала инъекции диклофенака в левую ягодичную область. Инъекции делала дочь в домашних условиях. 5 дней назад в местах инъекций появилась боль, уплотнение тканей. Занималась самолечением. Вчера вечером был озноб, температура 38 С, больная вызвала хирурга на дом. Объективно: состояние средней тяжести, не ходит, лежит в кровати, температура 38,2 С, пульс 102 в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения. Левая ягодица в верхненаружном квадранте несколько увеличена в размерах, кожа этой области гиперемирована. При пальпации определяется болезненный инфильтрат 10*8 см. Симптом флюктуации не определяется.

Вопросы: 1. Поставьте диагноз. 2. Разработайте план лечения.

Эталон ответа: Диагноз: постинъекционный инфильтрат левой ягодичной области. Лечение: больную госпитализировать в гнойное хирургическое отделение. Под внутривенным наркозом для уточнения диагноза толстой иглой длиной 6-8 см произвести пункцию инфильтрата. При получении гноя выполнить продольный разрез с ревизией пальцем полости гнойника, при необходимости – контрапертура, санация и дренирование полости, взять посев гноя для определения антибиотикограммы. Адекватная антибиотикотерапия, физиотерапевтическое лечение, постельный режим. Если при пункции гной не получен - консервативная терапия.

ТЕМАТИКА РЕФЕРАТОВ

1. Ранняя диагностика злокачественных новообразований молочной железы.
2. Лабораторно-инструментальные методы диагностики мастопатий
3. Дисгормональные опухоли молочных желез и их лечение в поликлинике.
4. Диагностика и лечение дисгормональных заболеваний молочных желез в амбулаторных условиях.
5. Новообразования кожи и мягких тканей - тактика амбулаторного хирурга.
6. Современные методы лечения гемангиом в амбулаторных условиях.
7. Современные методы лечения кератом и папиллом в амбулаторной практике.
8. Диагностика и лечение больных с атеромами в поликлинике.
9. Онконастороженность в хирургии.
10. Гнойно-воспалительные заболевания кисти, лечение в поликлинике.
11. Лечение рецидивов вросшего ногтя в поликлинике.
12. Стационарозамещающие технологии в хирургическом лечении грыж передней стенки живота.
13. Стационарозамещающие технологии, роль симуляционного обучения в хирургии.
14. Варикоцеле. Современные методы лечения.
15. Урологические заболевания в работе хирурга поликлиники.
16. Осложнения переломов дистального метафиза и эпифиза лучевой кости.
17. Лечение переломов дистального метафиза и эпифиза лучевой кости у лиц пожилого возраста.
18. Контрактура Дюпюитрена в амбулаторной практике врача-хирурга.
19. Амбулаторное лечение переломов пястных костей
20. Лечение закрытых повреждений сухожилий разгибателей пальцев кисти.
21. Лечение открытых повреждений ногтевых фаланг пальцев кисти.
22. Возможности стационарозамещающих форм помощи в хирургии.
23. Лечение больных с хроническим облитерирующим атеросклерозом в условиях дневного стационара.
24. Хроническая венозная недостаточность
25. Профилактика венозных тромбоэмболических осложнений в хирургии
26. Современные принципы лечения варикозной болезни
27. Острая ишемия нижних конечностей
28. Консервативное и хирургическое лечение облитерирующих заболеваний нижних конечностей
29. Острый тиреоидит
30. Хронические тиреоидиты
31. Дисгормональные заболевания молочной железы
32. Ущемленная грыжа
33. Послеоперационные грыжи
34. Современные способы пластики передней брюшной стенки
35. Патогенез и патологическая анатомия острого холецистита
36. Водянка и эмпиема желчного пузыря
37. Острый гнойный холангит
38. Атипичные формы острого аппендицита
39. Дифференциальная диагностика острого аппендицита
40. Особенности острого аппендицита у беременных, детей и лиц пожилого возраста
41. Дифференциальная диагностика желудочно-кишечного кровотечения
42. Современные аспекты лечения язвенной болезни желудка и ДПК
43. Роль эндоскопии в диагностике и лечении язвенной болезни
44. Предраковые заболевания желудка
45. Дифференциальная диагностика рака желудка

46. Патогенез острого панкреатита
47. Современные аспекты диагностики острого панкреатита
48. Осложнения острого панкреатита
49. Спаечная болезнь брюшной полости
50. Патогенез острой кишечной непроходимости
51. Предоперационная подготовка и ведение послеоперационного периода при ОКН
52. Принципы хирургического лечения перитонита
53. Послеоперационный перитонит
54. Абсцессы брюшной полости
55. Предраковые заболевания ободочной кишки
56. Неспецифический язвенный колит
57. Острый парапроктит
58. Хронический парапроктит
59. Роль анестезиологии и реанимации в современной хирургии
60. Оценка тяжести состояния больного
61. Тактика хирурга при остром аппендиците
62. Болезнь Рейно
63. Виды макрогематурии

ВОПРОСЫ ДЛЯ УСТНОГО ОПРОСА

1. Работа хирургической службы поликлиники.
2. Объем работы врача-хирурга (врача общей практики, семейного врача - хирургические навыки) амбулаторно-поликлинического звена.
3. Медицинская документация в хирургическом кабинете и отделении поликлиники.
4. Экспертиза временной и стойкой нетрудоспособности.
5. Диспансеризация.
6. Формирование здорового образа жизни населения.
7. Фазы раневого процесса.
8. Лечение ран в поликлинике.
9. Виды кровотечений.
10. Способы остановки кровотечений
11. Этиология и патогенез гнойно-воспалительных заболеваний.
12. Диагностика гнойно-воспалительных заболеваний.
13. Лечение гнойно-воспалительных заболеваний в условиях поликлиники.
14. Показания к госпитализации при обнаружении гнойно-воспалительных заболеваний.
15. Термические ожоги: патогенез, классификация, клиника, диагностика и лечение в условиях поликлиники.
16. Отморожения: патогенез, классификация, клиника, диагностика и лечение в условиях поликлиники.
17. Химические ожоги: патогенез, классификация, клиника, диагностика и лечение в условиях поликлиники.
18. Электротравма: патогенез, классификация, клиника, диагностика и лечение в условиях поликлиники..
19. Этиология, патогенез, классификация заболеваний прямой кишки и параректальной клетчатки и грыж.
20. Диагностика заболеваний прямой кишки и параректальной клетчатки и грыж.
21. Лечение в условиях поликлиники заболеваний прямой кишки и параректальной клетчатки и грыж
22. Острый живот в амбулаторной практике (острый аппендицит, осложнения язвенной болезни, гемоперитонеум, острый панкреатит, острый холецистит): клиника и диагностика.

23. Долечивание и реабилитация больных после выписки из стационара.
24. Профилактика и лечение предраковых заболеваний молочной железы.
25. Направление больных в онкологический центр с раком молочной железы.
26. Обследование женщин с подозрением на фиброзно-кистозные формы мастопатий.
27. Узловые и диффузные формы мастопатии. Клиника, диагностика, верификация, классификация, лечение.
28. Алгоритм ведения пациентки с подозрением на мастопатию.
29. Организация кабинета маммологии.
30. Этиология, патогенез, классификация заболеваний артерий и вен нижних конечностей
31. Клиника и диагностика заболеваний артерий и вен нижних конечностей.
32. Лечение заболеваний артерий и вен нижних конечностей в условиях поликлиники.
33. Этиология и патогенез наиболее часто встречающихся в амбулаторной практике урологических заболеваний (баланопостит, фимоз, парафимоз, водянка яичка, варикоцеле, крипторхизм).
34. Диагностика урологических заболеваний.
35. Лечение урологических заболеваний.
36. Показания к госпитализации пациентов с урологической патологией.
37. Классификация переломов, вывихов, травм мягких тканей конечностей.
38. Этиология, патогенез, клиническая классификация остеоартроза.
39. Клиническая диагностика травм опорно-двигательного аппарата (переломов, вывихов, капсульно-связочного аппарата суставов, дегенеративно-дистрофических заболеваний суставов).
40. Рентгенологическая диагностика травм и заболеваний опорно-двигательного аппарата.
41. Лечение травм и заболеваний костей и суставов
42. Этиология, патогенез, классификация заболеваний позвоночника (нарушение осанки, болезнь Шойермана-Мау, дегенеративно-дистрофические заболевания) и ортопедических заболеваний мягких тканей конечностей (контрактура Дюпюитрена, болезнь Нотта, синдром запястного канала, болезнь Де Кервена).
43. Диагностика заболеваний позвоночника и ортопедических заболеваний мягких тканей конечностей.
44. Лечение заболеваний позвоночника и ортопедических заболеваний мягких тканей конечностей.
45. Этиология, патогенез, классификация ортопедических заболеваний стопы и остеохондропатий.
46. Диагностика ортопедических заболеваний стопы и остеохондропатий.
47. Лечение ортопедических заболеваний стопы и остеохондропатий.

ВОПРОСЫ К ТЕСТИРОВАНИЮ

1. В поликлинику явилась больная с послеродовым правосторонним маститом в стадии серозного воспаления. Какое лечение нецелесообразно?

- 1. массаж груди;
- 2. сцеживание молока;
- 3. смазывание сосков дезинфицирующими растворами;
- 4. возвышенное положение груди;
- 5. УФ-терапия.

2. Нельзя отнести к первично-хроническому остеомиелиту:

- 1. абсцесс Броди;
- 2. остеомиелит Гарре;

- 3. остеомиелит Олье;
 - 4. посттравматический остеомиелит.
-

3. В какие сроки на рентгенограммах появляются признаки остеопороза у больных с острым гематогенным остеомиелитом?

- 1. на 1 неделе заболевания;
 - 2. на 2 неделе заболевания;
 - 3. на 3-4 неделях заболевания;
 - 4. на 5-6 неделях заболевания.
-

4. В какие сроки на рентгенограммах появляются линейные просветления у больных с гематогенным остеомиелитом?

- 1. к концу 1 недели;
 - 2. к концу 2 недели;
 - 3. к концу 3 недели;
 - 4. к концу 4 недели.
-

5. В первую очередь следует искать первичный очаг воспаления при остром гематогенном остеомиелите:

- 1. в диафизе кости;
 - 2. в эпифизе кости;
 - 3. в метафизе кости;
 - 4. не имеет значения.
-

6. Нельзя считать характерным для начального периода острого гематогенного остеомиелита:

- 1. лейкоцитоз;
 - 2. боль в конечности;
 - 3. нарушение функции конечности;
 - 4. гипертермию;
 - 5. анемию.
-

7. Введение профилактической дозы противостолбнячной сыворотки не показано:

- 1. при термическом ожоге 2 степени;
 - 2. при ушибленной ране головы;
 - 3. при колотой ране стопы;
 - 4. при закрытом переломе фаланги;
 - 5. при открытом переломе фаланги.
-

8. Не является характерным для картины острой фазы столбняка:

- 1. судороги мышц конечностей и туловища;
 - 2. гипертермия;
 - 3. тахикардия;
 - 4. «сардоническая» улыбка;
-

- 5. коллапс, анемия.

9. К ранним симптомам столбнячной инфекции не следует относить:

- 1. судороги;
 - 2. усиление болей в ране;
 - 3. раздражительность;
 - 4. головные боли;
 - 5. потливость.
-

10. К местным признакам туберкулезного поражения тазобедренного сустава не следует относить:

- 1. гиперемию кожи;
 - 2. атрофию мягких тканей;
 - 3. деформацию сустава;
 - 4. нарушение функции сустава;
 - 5. боли в суставе.
-

11. Вторичное заживление раны наблюдается при заживлении через:

- 1. нагноение;
 - 2. струп;
 - 3. грануляции;
 - 4. все указанное;
 - 5. ничего из указанного.
-

12. В какие сроки выполняется поздняя хирургическая обработка инфицированной раны?

- 1. 18-24 часа;
 - 2. 24-36 часов;
 - 3. 36-48 часов;
 - 4. 48-72 часа;
 - 5. более 72 часов.
-

13. В какие сроки выполняется отсроченная хирургическая обработка инфицированной раны?

- 1. через 6 часов;
 - 2. до 18 часов;
 - 3. 18-24 часа;
 - 4. 24-8 часов;
 - 5. более 48 часов.
-

14. В какие сроки осуществляют раннюю хирургическую обработку раны?

- 1. до 6 часов;
 - 2. до 12 часов;
 - 3. до 18 часов;
-

- 4. более 24 часов.

15. Какое осложнение не является характерным для рецидивирующей рожи нижних конечностей?

- 1. лимфостаз;
 - 2. тромбофлебит;
 - 3. вторичный варикоз;
 - 4. сепсис;
 - 5. периостит.
-

16. Эризепелоид от панариция отличается:

- 1. отсутствием отека;
 - 2. отсутствием локальной болезненности и зудом;
 - 3. лимфангитом;
 - 4. гиперемией пальца.
-

17. Какое типичное осложнение можно наблюдать при фурункуле верхней губы?

- 1. тромбоз кавернозного синуса;
 - 2. тромбоз сонной артерии;
 - 3. периостит верхней челюсти;
 - 4. рожистое воспаление лица;
 - 5. некроз кожи.
-

18. При надапоневротической флегмоне ладони не наблюдается:

- 1. отек;
 - 2. гиперемия;
 - 3. флюктуация;
 - 4. нарушение функции;
 - 5. гипертермия.
-

19. При постановке диагноза «карбункул» с локализацией на конечности амбулаторный хирург должен:

- 1. оперировать больного;
 - 2. назначить антибиотики;
 - 3. назначить физиотерапевтическое лечение;
 - 4. наблюдать процесс в динамике.
-

20. Лечение фурункула в первой фазе заболевания не предусматривает:

- 1. операции;
 - 2. физиотерапии;
 - 3. спиртовых компрессов;
 - 4. антибиотиков;
 - 5. методов иммунотерапии.
-

21. Воспаление каких сухожильных влагалищ сгибателей пальцев может осложниться флегмоной предплечья?

- 1. I и V;
 - 2. I и III;
 - 3. III и IV;
 - 4. II и IV.
-

22. Нельзя использовать в лечении серозной фазы мастита:

- 1. рассечение;
 - 2. антибиотикотерапию;
 - 3. физиотерапию;
 - 4. профилактику лактостаза;
 - 5. ретромаммарную новокаиновую блокаду с антибиотиками.
-

23. Инфильтрат от абсцесса мягких тканей отличается:

- 1. болью;
 - 2. гиперемией;
 - 3. отсутствием флюктуации;
 - 4. гипертермией;
 - 5. лейкоцитозом.
-

24. Гидраденит чаще всего локализуется в области:

- 1. подмышечной впадины;
 - 2. паха;
 - 3. локтевой ямки;
 - 4. подколенной области;
 - 5. не имеет значения.
-

25. Возбудителем рожистого воспаления является:

- 1. стафилококк;
 - 2. стрептококк;
 - 3. палочка свиной рожи;
 - 4. клебсиелла;
 - 5. анаэробы.
-

26. Возбудителем фурункула чаще всего является:

- 1. стафилококк;
 - 2. стрептококк;
 - 3. палочка свиной рожи;
 - 4. клебсиелла;
 - 5. анаэробы.
-

27. Возбудителем гидраденита чаще всего является:

- 1. стафилококк;
 - 2. стрептококк;
 - 3. палочка свиной рожи;
 - 4. клебсиелла;
 - 5. анаэробы.
-

28. Оперативное лечение абсцедирующего фурункула предусматривает:

- 1. линейный разрез;
 - 2. дугообразный разрез;
 - 3. иссечение гнойника;
 - 4. крестообразный разрез;
 - 5. все верно.
-

29. Оперативное лечение карбункула предусматривает:

- 1. линейный разрез;
 - 2. дугообразный разрез;
 - 3. иссечение гнойника;
 - 4. крестообразный разрез;
 - 5. все верно.
-

30. При вскрытии подкожного панариция в условиях поликлиники используют анестезию по методу:

- 1. Оберста-Лукашевича;
 - 2. Брауна;
 - 3. инфильтрационную местную анестезию;
 - 4. блокаду плечевого сплетения;
 - 5. все верно.
-

31. К амбулаторному хирургу пришел больной с загрязненной укушенной раной правого предплечья. В анамнезе — нападение бездомной собаки. Что из нижеперечисленного не показано данному пациенту?

- 1. первичная хирургическая обработка раны;
 - 2. ушивание раны;
 - 3. введение антибиотиков;
 - 4. профилактика столбняка.
-

32. К амбулаторному хирургу обратился пациент с жалобами на резкую боль во 2 пальце правой кисти, повышение температуры тела до 37,9°C. При осмотре палец резко увеличен в объеме, неправильной формы, кожа цианотична, движения в суставах пальца отсутствуют. Давность заболевания - 5 суток. Наиболее вероятный диагноз:

- 1. костный панариций;
 - 2. тендовагинит;
 - 3. пандактилит;
 - 4. подкожный панариций.
-

33. К амбулаторному хирургу обратился пациент с жалобами на интенсивные, «сверлящего» характера боли на протяжении дистальной фаланги 3 пальца правой руки, повышение температуры тела до 39°C, головную боль, общее недомогание. При осмотре наблюдается колбообразное утолщение фаланги, кожа над ним гиперемирована. Давление по оси пальца резко болезненно. Давность заболевания - 3 суток. Наиболее вероятный диагноз:

- 1. костный панариций;
 - 2. тендовагинит;
 - 3. пандактилит;
 - 4. подкожный панариций.
-

34. Наиболее частой причиной смерти при столбнячной инфекции является:

- 1. асфиксия;
 - 2. присоединение анаэробной инфекции;
 - 3. пневмония;
 - 4. поражение нервной системы.
-

35. Какой из симптомов флегмоны не характерен при локализации процесса на ладонной поверхности кисти?

- 1. боль;
 - 2. флюктуация;
 - 3. повышение температуры тела;
 - 4. локальная отечность;
 - 5. гиперемия кожи.
-

36. На прием к амбулаторному хирургу пришел пациент с вросшим ногтем на 1 пальце левой стопы. При осмотре выявлена незначительная гиперемия и болезненность в области ногтевой пластинки. Что показано данному пациенту?

- 1. произвести продольную резекцию ногтевой пластинки;
 - 2. удалить ноготь;
 - 3. гигиена стопы, ванночки с марганцовкой, в последующем - оперативное лечение;
 - 4. в лечении не нуждается.
-

37. К амбулаторному хирургу обратился больной с температурой 38°C, жалобами на озноб, выраженные головные боли. При осмотре в области затылка определяется плотный болезненный синюшно-багровый инфильтрат, на коже имеется несколько свищевых отверстий, через которые выделяется гной. Поставьте диагноз:

- 1. абсцесс;
 - 2. карбункул;
 - 3. флегмона;
 - 4. фурункул.
-

38. Для рожистого воспаления не характерно:

- 1. образование на коже резко ограниченных эритематозных очагов;
 - 2. образование на коже воспалительных эритематозных очагов с нечеткими границами;
 - 3. рецидивирующий характер;
 - 4. лимфангит, лимфаденит.
-

39. На прием к амбулаторному хирургу пришел пациент с инфицированной раной правого предплечья, от которой в виде жгута проксимально тянется полоска инфильтрации и гиперемии. Пальпация данной зоны болезненна. О развитии какого осложнения следует думать?

- 1. абсцесс;
 - 2. тендовагинит;
 - 3. стволовой лимфангит;
 - 4. миозит.
-

40. На прием к амбулаторному хирургу пришла больная с ретромаммарным абсцессом. Как следует производить вскрытие абсцесса?

- 1. окаймляющим разрезом по складке под железой;
 - 2. радиальными разрезами в верхних квадрантах железы;
 - 3. радиальными разрезами в нижних квадрантах железы;
 - 4. околососковым разрезом.
-

41. Амбулаторный хирург должен знать, что наиболее тяжело, с выраженной интоксикацией, протекает парапроктит:

- 1. ретроректальный;
 - 2. подслизистый;
 - 3. пельвиоректальный;
 - 4. подкожный.
-

42. На приеме в поликлинике у хирурга больной жаловался на боли и незначительную кровоточивость (кровь алая) после акта дефекации, запоры и стул обильный. Какое заболевание можно предположить?

- 1. геморрой;
 - 2. параректальный свищ;
 - 3. недостаточность анального сфинктера;
 - 4. трещину анального канала;
 - 5. рак прямой кишки.
-

43. Амбулаторный хирург должен помнить, что наибольшая вероятность малигнизации имеется при полипах прямой кишки:

- 1. гиперпластических;
 - 2. ворсинчатых;
 - 3. аденоматозных;
 - 4. множественных аденоматозных.
-

44. Хирург в поликлинике должен помнить, что к появлению геморроя не предрасполагает:

- 1. двухмоментный акт дефекации;
 - 2. долихосигма;
 - 3. хроническое воспаление анального канала;
 - 4. наследственность;
 - 5. статическая нагрузка.
-

45. В поликлинику явился больной с параректальным свищом. Что не характерно для данного заболевания?

- 1. периодические обострения;
 - 2. анемия;
 - 3. гнойное отделяемое;
 - 4. наличие свища.
-

46. Какой метод дополнительного исследования предпочтителен в поликлинике для подтверждения трещины анального канала?

- 1. пальцевое исследование прямой кишки;
 - 2. колоноскопия;
 - 3. аноскопия;
 - 4. ирригоскопия;
 - 5. ректоскопия.
-

47. При обследовании в поликлинике хирург выявил у больного повышение температуры, боли при дефекации, наличие припухлости с гиперемией кожи на промежности. Давность заболевания - 3 суток. Для какого парапроктита характерны такие признаки?

- 1. кожного;
 - 2. подкожного;
 - 3. ишиоректального;
 - 4. пельвиоректального.
-

48. Какой метод лечения острого подкожного парапроктита должен выбрать амбулаторный хирург?

- 1. пункцию гнойника с промыванием полости антибиотиками;
 - 2. физиопроцедуры;
 - 3. массивную системную антибиотикотерапию;
 - 4. сидячие теплые ванны;
 - 5. вскрытие гнойника.
-

49. Нельзя считать типичным осложнением геморроя:

- 1. трещину анального канала;
 - 2. кровотечение;
 - 3. тромбоз геморроидальных узлов;
 - 4. выпадение прямой кишки;
-

- 5. выпадение узлов.

50. На приеме в поликлинике хирург выявил у больного сильнейшие боли в анальной области после акта дефекации, кровотечение в виде 2-3 капель крови после стула, стул обильный, хронические запоры. Предварительный диагноз?

- 1. рак прямой кишки;
 - 2. острый парапроктит;
 - 3. трещина анального канала;
 - 4. параректальный свищ;
 - 5. геморрой.
-

51. Хирургу поликлиники следует помнить, что для пельвиоректального парапроктита в ранней стадии заболевания не характерно:

- 1. инфильтрат промежности с гиперемией;
 - 2. боли в глубине таза;
 - 3. отсутствие изменений на коже промежности;
 - 4. высокая температура;
 - 5. выраженная интоксикация.
-

52. Хирург поликлиники, обследуя больного, выявил клиническую картину полного параректального свища. Для нее не характерно:

- 1. гнойное отделяемое из свища;
 - 2. выделение жидкого кала из свища;
 - 3. выделение алой крови из анального канала после дефекации;
 - 4. выделение газов через свищ;
 - 5. периодическое обострение болей с повышением температуры.
-

53. Симптом, наиболее характерный для рака правой половины толстой кишки:

- 1. запоры;
 - 2. анемия;
 - 3. ознобы;
 - 4. желтуха;
 - 5. схваткообразные боли, непроходимость кишечника.
-

54. Симптом, наиболее характерный для рака левой половины толстой кишки:

- 1. изжога;
 - 2. анемия;
 - 3. ознобы;
 - 4. желтуха;
 - 5. схваткообразные боли, непроходимость кишечника.
-

55. Симптом, наиболее характерный для рака слепой кишки:

- 1. поносы;
 - 2. изжога;
-

- 3. ознобы;
 - 4. желтуха;
 - 5. схваткообразные боли, непроходимость кишечника.
-

56. В поликлинике у больного с длительно существующим хроническим заболеванием хирург выявил явления пектиноза. Данное осложнение характерно для:

- 1. геморроя;
 - 2. анальной трещины;
 - 3. парапроктита;
 - 4. параректального свища;
 - 5. выпадения прямой кишки.
-

57. В каком положении следует амбулаторному хирургу обследовать больного с подозрением на рак прямой кишки?

- 1. на правом боку;
 - 2. на левом боку;
 - 3. на спине;
 - 4. в коленно-локтевом положении;
 - 5. все верно.
-

58. Амбулаторный хирург должен помнить, что рак прямой кишки выявляется при пальцевом ее исследовании в:

- 1. 10% клинических наблюдений;
 - 2. 20% клинических наблюдений;
 - 3. 30% клинических наблюдений;
 - 4. 60-80% клинических наблюдений.
-

59. Что не следует делать амбулаторному хирургу при обращении больного с ущемленным геморроем?

- 1. обезболивание;
 - 2. мазевую повязку на область ануса;
 - 3. направление специализированным транспортом в стационар;
 - 4. направление в стационар самостоятельно.
-

60. На каком расстоянии от ануса имеется возможность осмотреть прямую и сигмовидную кишки?

- 1. до 10 см;
 - 2. до 20 см;
 - 3. до 30 см;
 - 4. до 60 см.
-

61. Какой из перечисленных признаков характерен для выпадения прямой кишки, в отличие от выпадения внутренних геморроидальных узлов?

- 1. радиальные складки слизистой;
-

- 2. боль при дефекации;
 - 3. кольцевидные складки слизистой;
 - 4. ощущение инородного тела в заднем проходе.
-

62. На приеме в поликлинике у хирурга у больного был выявлен ряд симптомов. Из них не является характерным для болезни Педжета-Шреттера:

- 1. цианоз лица и шеи;
 - 2. распирающие боли в руке;
 - 3. цианоз кожи рук, усиление венозного рисунка;
 - 4. отек руки;
 - 5. синдром Горнера.
-

63. В амбулатории хирургом у больного был заподозрен посттромбофлебитический синдром. Что не характерно для данного заболевания?

- 1. гиперпигментация кожи;
 - 2. застойный дерматоз и склеродермия;
 - 3. образование трофических язв;
 - 4. бледная «мраморная» кожа;
 - 5. вторичный варикоз поверхностных вен.
-

64. В участковой больнице хирург решил выполнить пробу Пратта с двумя бинтами, которая используется для:

- 1. выявления непроходимости глубоких вен нижних конечностей;
 - 2. определения недостаточности артериального кровообращения нижних конечностей;
 - 3. исследования недостаточности перфорантных вен;
 - 4. диагностики окклюзии подколенной артерии.
-

65. При оформлении хирургом поликлиники больного 62 лет на группу инвалидности по осложненной варикозной болезни вен нижних конечностей был исследован ряд симптомов. При этом к осложнениям варикозной болезни нижних конечностей не отнесены:

- 1. трофические язвы;
 - 2. экзема и дерматит;
 - 3. хроническая венозная недостаточность;
 - 4. перемежающаяся хромота;
 - 5. тромбоз вен.
-

66. У больного, обратившегося на прием к амбулаторному хирургу, был выявлен ряд симптомов. Из указанных проявлений локального тромбоза поверхностных вен нижних конечностей нельзя отнести к данному заболеванию:

- 1. дистальные отеки;
 - 2. распирающие боли;
 - 3. повышение температуры тела;
 - 4. гиперемия кожи по ходу вены;
-

- 5. резко болезненность при пальпации.

67. Какую патологию можно заподозрить у больного, обратившегося в поликлинику к хирургу с явлениями мигрирующего флебита?

- 1. лейкемию;
- 2. злокачественную опухоль, чаще поджелудочной железы;
- 3. тромбангиитную окклюзию сосудов;
- 4. узелковый периартериит;
- 5. варикозное расширение вен.

68. Какое осложнение наиболее опасно после стационарного лечения по поводу флеботромбоза нижних конечностей?

- 1. тромбоэмболия легочной артерии;
- 2. варикоз подкожных вен;
- 3. ишемическая гангрена стопы;
- 4. ишемический инсульт.

69. Амбулаторный хирург должен знать, что послеоперационный тромбоз вен нижних конечностей наиболее часто приводит к тромбоэмболии:

- 1. сосудов головного мозга;
- 2. коронарных артерий;
- 3. легочной артерии;
- 4. легочных вен;
- 5. артерий почек и печени.

70. При долечивании в поликлинике после перенесенной операции у больного с высоким риском тромбоэмболических осложнений профилактика последних включает все, кроме:

- 1. антикоагулянтов;
- 2. дезагрегантов;
- 3. лечебной физкультуры;
- 4. длительного постельного режима;
- 5. компрессионной терапии нижних конечностей.

71. В отдаленном послеоперационном периоде при лечении в условиях поликлиники для профилактики тромбоэмболии легочной артерии у больного после флебэктомии не применяют:

- 1. антибиотики;
- 2. дезагреганты;
- 3. антикоагулянты;
- 4. гемодилюцию;
- 5. компрессионную терапию нижних конечностей.

72. Какие из имеющихся у больного факторов, которые наименее вероятно могут привести к тромбоэмболии легочной артерии после операции, должен учитывать амбулаторный хирург?

- 1. ожирение;
 - 2. варикозную болезнь вен нижних конечностей;
 - 3. флеботромбоз глубоких вен голени и бедра;
 - 4. язвенную болезнь желудка.
-

73. При долечивании в поликлинике компрессионное бинтование нижних конечностей после флебэктомии начинают с:

- 1. верхней трети бедра;
 - 2. нижней трети бедра;
 - 3. подколенной области;
 - 4. стопы.
-

74. Каким должен быть оптимальный верхний уровень компрессионного бинтования нижних конечностей после флебэктомии?

- 1. средняя треть голени;
 - 2. верхняя треть голени;
 - 3. нижняя треть бедра;
 - 4. верхняя треть бедра.
-

75. Длительность компрессионной терапии нижних конечностей после флебэктомии в условиях поликлиники составляет:

- 1. 1 неделю;
 - 2. 2 недели;
 - 3. 3 недели;
 - 4. 1,5-2 месяца.
-

76. Амбулаторным хирургом с малым стажем работы больному, перенесшему флебэктомию, даны следующие рекомендации. Что является ошибкой?

- 1. компрессионная терапия нижних конечностей;
 - 2. ранняя статическая нагрузка;
 - 3. физиотерапевтическое лечение;
 - 4. лечебная физкультура.
-

77. Какие факторы в последнюю очередь должен учитывать амбулаторный хирург при возможности тромбоза вен нижних конечностей?

- 1. замедление тока крови;
 - 2. нарушение эндотелия вен;
 - 3. мерцательную аритмию;
 - 4. варикозное расширение.
-

78. В отдаленном периоде после перенесенных полостных операций тромбообразованию способствует все перечисленное, кроме:

- 1. повышения фибринолитической активности плазмы крови;
 - 2. ожирения;
-

- 3. гиподинамии;
 - 4. злокачественных опухолей;
 - 5. ишемической болезни сердца.
-

79. В амбулаторном лечении флеботромбоза вен нижних конечностей используют все, кроме:

- 1. возвышенного положения конечности в постели;
 - 2. антикоагулянтной терапии;
 - 3. дезагрегантов;
 - 4. компрессионной терапии;
 - 5. спазмолитиков.
-

80. Амбулаторное применение какого препарата требует регулярного динамического контроля показателей свертывания крови?

- 1. фенилина;
 - 2. трентала;
 - 3. антибиотиков;
 - 4. курантила;
 - 5. венорутон.
-

81. Какое из наиболее опасных осложнений тромбоза глубоких вен должен учитывать амбулаторный хирург?

- 1. трофическую язву голени;
 - 2. эмболию легочной артерии;
 - 3. посттромбозную болезнь;
 - 4. хроническую венозную недостаточность.
-

82. Какие рекомендации не должен давать амбулаторный хирург на 10 сутки после флебэктомии?

- 1. бег трусцой;
 - 2. компрессионная терапия;
 - 3. физиотерапевтическое лечение;
 - 4. лечебная физкультура.
-

83. На прием к хирургу поликлиники явился больной 68 лет со множественной сочетанной патологией. При этом симптомами варикозной болезни не являются:

- 1. отеки дистальных отделов конечностей к вечеру;
 - 2. перемежающаяся хромота;
 - 3. трофические расстройства кожи;
 - 4. судороги по ночам;
 - 5. видимое расширение подкожных вен.
-

84. При оценке проходимости глубоких вен нижних конечностей в условиях участковой больницы можно применить функциональную пробу:

- 1. Гаккенбруха;
-

- 2. Пратта-2;
 - 3. Гоманса;
 - 4. Дельбе-Пертеса;
 - 5. Шварца-Хейердала.
-

85. При невозможности проведения в поликлинике инструментальных методов исследования хирург для выявления несо-стоятельности клапанов поверхностных вен может использовать пробу:

- 1. трехжгутовую (Шейниса);
 - 2. маршевую (Дельбе-Пертеса);
 - 3. Троянова-Тренделенбурга;
 - 4. Пратта-2.
-

86. Улучшению венозного оттока после операции способствует все перечисленное ниже, кроме:

- 1. возвышенного положения конечности;
 - 2. лечебной физкультуры;
 - 3. длительного постельного режима;
 - 4. компрессионной терапии;
 - 5. раннего вставания.
-

87. В поликлинику к хирургу обратился больной с венозной патологией нижних конечностей (симптомы перечислены ниже). К ранним симптомам посттромботической болезни не относят:

- 1. расширение мелких кожных и подкожных вен нижней трети голени;
 - 2. отек в области лодыжек;
 - 3. болезненное уплотнение кожи в нижней трети голени;
 - 4. трофическую язву;
 - 5. подкожный варикоз нижних конечностей.
-

88. Что опасно рекомендовать амбулаторному хирургу больному при лечении тромбоза глубоких вен голени и бедра?

- 1. непрямые антикоагулянты;
 - 2. спазмолитики;
 - 3. ранние активные движения;
 - 4. гемодилюцию.
-

89. В хирургической амбулатории при изучении сопроводительной медицинской документации молодой врач выяснил, что. больной оперирован по поводу острого гангренозного аппендицита, местного перитонита и пилефлебита. Кроме аппендэктомии больному была сделана релапаротомия с удалением восходящей толстой кишки. Пилефлебит - это тромбоз:

- 1. селезеночной вены;
 - 2. нижней брыжеечной вены;
 - 3. почечных вен;
 - 4. воротной вены;
 - 5. подвздошной вены.
-

90. Что характерно для острого флеботромбоза?

- 1. резкий отек и гиперемия нижней конечности;
 - 2. аритмия;
 - 3. отсутствие пульса на артериях стопы;
 - 4. перемежающаяся хромота;
 - 5. неустойчивый стул.
-

91. Что не следует рекомендовать амбулаторному хирургу больному при остром тромбозе поверхностных вен голени?

- 1. постельный режим;
 - 2. бутадион;
 - 3. компрессы с мазью Вишневского;
 - 4. активную ходьбу;
 - 5. возвышенное положение конечности.
-

92. В поликлинику обратился больной 57 лет с давностью заболевания 2 суток. Что в данном случае следует считать не характерным для илеофemorального флеботромбоза?

- 1. отсутствие пульса на подколенной артерии и артериях стопы;
 - 2. отек голени и бедра;
 - 3. распирающие боли;
 - 4. гиперемия и цианоз кожи бедра.
-

93. С каким наиболее редким осложнением варикозной болезни может встретиться амбулаторный хирург?

- 1. экзематозный дерматит;
 - 2. тромбоз малоберцовой вены;
 - 3. разрыв варикозного узла;
 - 4. трофическая язва;
 - 5. гиперпигментация.
-

94. На прием к амбулаторному хирургу явилась женщина 32 лет с просьбой определить возможности малоинвазивного лечения варикозной болезни. При этом хирург должен знать, что противопоказанием для склеротерапии при варикозной болезни нижних конечностей являются:

- 1. трофические расстройства кожи;
 - 2. магистральная архитектура вен;
 - 3. облитерирующие заболевания артерий;
 - 4. ночные судороги.
-

95. При беседе с больной в условиях амбулатории хирург сказал, что к варикозной болезни может привести все, кроме:

- 1. беременности;
 - 2. статической нагрузки;
 - 3. облитерирующих заболеваний артерий;
-

- 4. непроходимости глубоких вен;
 - 5. генетической предрасположенности.
-

96. Какие из выявленных хирургом на приеме в поликлинике заболеваний обусловили прогрессирование у больного варикозной болезни?

- 1. нарушение клапанного аппарата вен;
 - 2. нарушения свертывания крови;
 - 3. патология артериального кровотока в конечности;
 - 4. сердечная слабость;
 - 5. патология водно-солевого обмена.
-

97. На прием к хирургу экстренно привели молодого человека, попавшего в автомобильную аварию, с признаками острого кровотечения из раны бедра. Какой метод временной остановки кровотечения не следует использовать в данном случае?

- 1. прижатие питающего сосуда к кости;
 - 2. тугая тампонада раны;
 - 3. жгут на конечность;
 - 4. наложение зажима в ране;
 - 5. наложение сосудистого шва.
-

98. В сельскую участковую амбулаторию к хирургу привезли тракториста с рваной раной локтевой области и артериальным кровотечением. Больному введены обезболивающие, поставлена система для внутривенных инфузий и наложен жгут выше раны. Решено направить больного специализированным транспортом в сосудистый стационар. Сколько времени может находиться жгут на конечности без периодического распускания?

- 1. 1 час;
 - 2. 2 часа;
 - 3. 3 часа;
 - 4. 4 часа.
-

99. При лечении в поликлинике больного после операции имплантации сосудистого протеза по поводу хронической артериальной ишемии атеросклеротического генеза хирург оценил вероятность тромбоза трансплантата. Ведущими факторами острого тромбоза протеза при этом являются все, кроме:

- 1. анемии;
 - 2. замедления кровотока;
 - 3. повышения свертывания крови;
 - 4. атеросклероза;
 - 5. инфицирования.
-

100. При лечении в поликлинике больных пожилого и старческого возраста следует помнить, что наиболее часто тромбируются:

- 1. висцеральные ветви аорты;
 - 2. сама аорта;
 - 3. подвздошные артерии;
-

- 4. бедренные артерии.

101. На прием к хирургу в поликлинику привели больного с признаками острой артериальной ишемии нижней конечности. Что нельзя отнести к характерным симптомам данной патологии?

- 1. бледность кожи;
- 2. похолодание кожи;
- 3. отсутствие или ослабление пульса ниже уровня окклюзии;
- 4. периодические судороги в голени;
- 5. постоянные боли в конечности.

102. Какие препараты можно не применять на догоспитальном этапе при острой артериальной ишемии нижней конечности?

- 1. спазмолитики;
- 2. гепарин;
- 3. антибиотики;
- 4. кардиотропные.

103. В поликлинику обратился больной 65 лет с жалобами на онемение правой нижней конечности, похолодание и постоянные боли в ней. Болен 8 часов. В анамнезе - перенесенный инфаркт миокарда. При объективном исследовании выявлены: мерцательная аритмия; движения в конечности сохранены; пульс на правой подколенной артерии и артериях стопы не обнаружен. Поставлен диагноз: острая артериальная ишемия. Укажите стадию заболевания:

- 1. I А;
- 2. I Б;
- 3. II А;
- 4. II Б;
- 5. III А-Б.

104. При осмотре на дому тяжелого больного 68 лет хирург выявил следующие данные: болен 2 суток, жалуется на сильные постоянные боли в левой нижней конечности, имеются отек тканей, бледность и похолодание кожных покровов, тотальная мышечная контрактура. Пульсации периферических сосудов и глубокой чувствительности на уровне голени и стопы не обнаружено. Установлен диагноз: острая артериальная ишемия, стадия III Б. Какая экстренная операция в условиях стационара показана больному?

- 1. протезирование сосуда;
- 2. первичная ампутация;
- 3. наблюдение и консервативная терапия;
- 4. рентгеноэндоваскулярное исследование.

105. При исследовании больного в поликлинике заподозрена аневризма грудного отдела аорты. Какие симптомы не характерны для данного заболевания?

- 1. боли в области сердца;
- 2. аритмия;

- 3. межреберная невралгия;
 - 4. одышка и кашель;
 - 5. дисфагия.
-

106. На прием к хирургу принесли больного с постоянными сильными болями в животе. Из анамнеза выявлено, что он болен 3 часа. Объективно: гемодинамика - нестабильная, пульс - 90 уд./мин, на уровне пупка пальпируется пульсирующее образование, пульс на бедренных артериях ослаблен. Больной бледен. Какое заболевание можно заподозрить?

- 1. язвенное кровотечение;
 - 2. панкреонекроз;
 - 3. расслаивающая аневризма аорты;
 - 4. инфаркт миокарда;
 - 5. мезентериальный тромбоз.
-

107. При осмотре больного 45 лет в поликлинике выявлены: желтуха, асцит, спленомегалия, черный оформленный стул, анемия. В анамнезе: перенес пневмонию, болезнь Боткина, аппендэктомию. Какое заболевание может обусловить такую клиническую картину?

- 1. язвенная болезнь желудка;
 - 2. желчнокаменная болезнь;
 - 3. синдром Бадда-Хиари;
 - 4. лейкоз.
-

108. При оценке в поликлинике свертываемости крови у больного с язвенной болезнью желудка и носовыми кровотечениями были получены следующие данные по методу Мас-Магро. Какие из них являются нормой?

- 1. 1 мин;
 - 2. 2 мин;
 - 3. 10 мин;
 - 4. 20 мин;
 - 5. 30 мин.
-

109. В поликлинику обратился больной 61 года с жалобами на периодические боли в мышцах голени, особенно при ходьбе (около 100-150 м) или подъеме по лестнице. Особенно плохо чувствует себя зимой. Является курильщиком с 35-летним стажем. При объективном исследовании выявлено отсутствие пульса на стопах и резкое ослабление на правой подколенной артерии. Установлен диагноз: облитерирующий атеросклероз нижних конечностей. Укажите стадию заболевания:

- 1. I;
 - 2. II;
 - 3. III;
 - 4. IV.
-

110. Длительное время больной 56 лет находился на консервативном лечении в поликлинике по поводу облитерирующего атеросклероза сосудов нижних

конечностей. Что не может явиться показанием к оперативному лечению у этого больного?

- 1. I стадия заболевания;
 - 2. II Б стадия заболевания;
 - 3. III стадия заболевания;
 - 4. IV стадия заболевания.
-

111. В поликлинику к хирургу обратился молодой больной после стационарного лечения по поводу травматического повреждения сосудов правого бедра. Развитие каких осложнений может предполагать хирург у данного больного в отдаленном периоде?

- 1. ложную артериальную аневризму;
 - 2. облитерирующий атеросклероз;
 - 3. тромбангиит Бюргера;
 - 4. синдром «включения»;
 - 5. острую почечную недостаточность.
-

112. В поликлинику к хирургу обратился больной, у которого 2 года назад в стационаре выполнено протезирование подвздошно-бедренного сегмента справа синтетическим протезом. В последний месяц больной отмечает у себя периодические боли в мышцах голени при ходьбе, чувство «усталости» в нижней конечности, ее похолодание. Какое из наиболее вероятных осложнений после операции могло развиваться у данного больного?

- 1. тромбоз протеза;
 - 2. плоскостопие;
 - 3. ангиотрофопатия;
 - 4. флеботромбоз;
 - 5. посттромботическая болезнь.
-

113. Какие виды расширенных венозных анастомозов нельзя считать характерными при обследовании в условиях поликлиники у больного с портальной гипертензией?

- 1. в области нижней трети пищевода;
 - 2. на передней брюшной стенке;
 - 3. на голове и шее;
 - 4. в нижней трети прямой кишки.
-

114. При обследовании больного с явлениями хронической артериальной ишемии хирург поликлиники проводил дифференциальный диагноз между облитерирующим атеросклерозом и эндартериитом. Какие признаки не должны при этом учитываться?

- 1. возраст больного;
 - 2. уровень холестерина плазмы крови;
 - 3. усиление венозного рисунка конечности;
 - 4. диаметр поражения артерий.
-

115. Какое лечение должен рекомендовать больному амбулаторный хирург в первой стадии облитерирующего эндартериита?

- 1. симпатэктомию;
- 2. первичную ампутацию;
- 3. консервативную терапию;
- 4. реконструктивную операцию на сосудах.

116. В поликлинику к хирургу обратился больной с III стадией облитерирующего атеросклероза. Какие симптомы при этом будут у больного?

- 1. боли в покое;
- 2. влажность кожных покровов;
- 3. плоскостопие;
- 4. симптом Гоманса;
- 5. анемия.

117. В поликлинику на прием к хирургу обратился больной с синдромом Лериша. Что это такое?

- 1. атеросклеротическая окклюзия бифуркации брюшной аорты;
- 2. капилляропатия;
- 3. аортоартериит;
- 4. мигрирующий тромбангиит;
- 5. окклюзия нижней полой вены.

118. При изучении сопроводительной медицинской документации хирург поликлиники выявил, что пациент страдает болезнью Рейля. Что это такое?

- 1. окклюзия брюшного отдела аорты;
- 2. височный артериит;
- 3. тромбоз артерий пальцев стопы;
- 4. тромбоз мезентериальных сосудов.

119. При обследовании в поликлинике больного с IV стадией окклюзирующего заболевания магистральных артерий хирург должен рекомендовать больному:

- 1. массивную антибиотикотерапию;
- 2. лампасные разрезы;
- 3. шунтирующую операцию;
- 4. первичную ампутацию конечности.

120. В поликлинике больному 67 лет хирург поставил диагноз: облитерирующий атеросклероз, окклюзия правой бедренной артерии. Какие осложнения при этом невозможны?

- 1. гангрена конечности;
- 2. трофические язвы;
- 3. тромбоэмболия легочной артерии;
- 4. перемежающаяся хромота;
- 5. ишемический неврит.

121. При обследовании в поликлинике хирург не обнаружил у больного пульса на правой лучевой артерии. При каком заболевании это возможно?

- 1. болезнь Такаясу;
 - 2. тромбофлебит локтевой вены;
 - 3. облитерирующий атеросклероз нижних конечностей;
 - 4. аортоартериит;
 - 5. тромбангиит Бюргера.
-

122. При выборе метода лечения больного с облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей амбулаторный хирург не мог рекомендовать:

- 1. симпатэктомию;
 - 2. сафенэктомию;
 - 3. протезирование артерии;
 - 4. ампутацию конечности;
 - 5. консервативное лечение.
-

123. При осмотре больного в поликлинике хирургом заподозрена эмболия правой подколенной артерии. Для данного заболевания не характерна:

- 1. мерцательная аритмия;
 - 2. отсутствие пульсации на стопе;
 - 3. отсутствие пульсации на правой бедренной артерии;
 - 4. боли в правой голени;
 - 5. бледность кожи стопы.
-

124. При обследовании больного 64 лет в поликлинике хирург заподозрил у него синдром Лериша. Для него не характерно:

- 1. высокая перемежающаяся хромота;
 - 2. отсутствие пульса на бедренных артериях;
 - 3. импотенция;
 - 4. усиленный венозный рисунок;
 - 5. бледность кожных покровов нижних конечностей.
-

125. В поликлинике хирург выявил у больного 48 лет явления острой артериальной ишемии правой нижней конечности I Б стадии. Что должен сделать хирург?

- 1. назначить консервативное лечение в условиях поликлиники;
 - 2. сделать разрезы на стопе;
 - 3. срочно направить в ангиологический стационар;
 - 4. провести гипербарическую оксигенацию;
 - 5. рекомендовать первичную ампутацию конечности.
-

126. Какой наиболее эффективный метод профилактики прогрессирования варикозной болезни нижних конечностей может назначить амбулаторный хирург?

- 1. соблюдение рационального режима труда и отдыха;
-

- 2. компрессионную терапию нижних конечностей;
 - 3. физиотерапевтическое лечение;
 - 4. ограничение тяжелой физической нагрузки;
 - 5. комплексную терапию вазопротекторами.
-

127. На прием к хирургу в поликлинику явился больной с окклюзирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей, хронической артериальной ишемией. При данном заболевании выявляется:

- 1. боль при движении в суставах конечностей;
 - 2. перемежающаяся хромота;
 - 3. радикулит;
 - 4. возникновение трофических язв в области коленных суставов;
 - 5. сопутствующий тромбоз глубоких вен.
-

128. Что может рекомендовать хирург поликлиники для консервативного лечения варикозного расширения вен нижних конечностей?

- 1. регулярное плавание;
 - 2. компрессионную терапию нижних конечностей;
 - 3. теплые термальные и плавательные бассейны;
 - 4. препараты с венотоническим действием;
 - 5. все верно.
-

129. Что не типично для варикозного расширения вен нижних конечностей?

- 1. отеки;
 - 2. гиперпигментация кожи нижней трети голени;
 - 3. образование язв на голени;
 - 4. гиперпигментация кожи бедер;
 - 5. дерматит.
-

130. При оценке причин хронической венозной недостаточности нижних конечностей у больной 56 лет с варикозной болезнью хирург амбулатории предположил ряд факторов. Исключите неправильный:

- 1. клапанная недостаточность коммуникантных вен;
 - 2. поражение сердца при левожелудочковой недостаточности;
 - 3. механическое затруднение оттока крови из конечности;
 - 4. клапанная недостаточность большой подкожной и глубоких вен;
 - 5. нарушение тонуса венозной стенки.
-

131. Что следует предпринять амбулаторному хирургу при обильном кровотечении из разорвавшегося варикозного узла на голени?

- 1. внутримышечно ввести викасол;
 - 2. прижать бедренную артерию;
 - 3. придать конечности возвышенное положение;
 - 4. наложить давящую повязку на место кровотечения и направить в стационар;
 - 5. внутривенно перелить донорскую кровь.
-

132. Амбулаторному хирургу следует помнить, что при облитерирующем атеросклерозе в первую очередь поражаются:

- 1. большеберцовые артерии;
 - 2. подколенная артерия;
 - 3. артерии пальцев;
 - 4. бедренная артерия;
 - 5. подвздошные вены.
-

133. Амбулаторному хирургу следует помнить, что при облитерирующем эндартериите в первую очередь поражаются:

- 1. большеберцовые артерии;
 - 2. подколенная артерия;
 - 3. бедренная артерия;
 - 4. подвздошная артерия;
 - 5. аорта.
-

134. Амбулаторному хирургу следует помнить, что при диабетической ангиопатии в первую очередь поражаются:

- 1. артерии стопы;
 - 2. подколенная артерия;
 - 3. бедренная артерия;
 - 4. подвздошная артерия;
 - 5. аорта.
-

135. Укажите наиболее часто встречающуюся причину синдрома портальной гипертензии:

- 1. цирроз печени;
 - 2. триада Сента;
 - 3. синдром Кароли;
 - 4. болезнь Киари;
 - 5. рак головки поджелудочной железы.
-

136. На прием к хирургу поликлиники обратился пациент, в анамнезе у которого был вирусный гепатит. Хирург заподозрил у больного синдром портальной гипертензии. Какой наиболее часто встречаемый признак можно выявить при данном заболевании?

- 1. спленомегалию;
 - 2. гиперспленизм;
 - 3. геморрой;
 - 4. кровотечение из варикозных вен пищевода;
 - 5. асцит.
-

137. К амбулаторному хирургу обратился пациент с воспалительным процессом в области правого плеча, в анамнезе отмечена травма. Был поставлен диагноз: флегмона; при вскрытии -полость заполнена кровью, развилось сильнейшее кровотечение, остановить которое удалось лишь наложением жгута выше места поражения. Каков правильный диагноз?

- 1. посттравматическая аневризма артерии;
 - 2. гематома;
 - 3. флегмона.
-

138. Амбулаторный хирург диагностировал у пациента посттравматическую аневризму бедренной артерии. Какой из нижеперечисленных симптомов не характерен для данной патологии?

- 1. пульсирующая припухлость плотноэластической консистенции;
 - 2. непрерывный сосудистый шум над припухлостью;
 - 3. дистальнее аневризмы пульсация сосуда ослаблена;
 - 4. анемия.
-

139. С чем связано развитие одышки и кашля у больного с расслаивающей аневризмой аорты?

- 1. с застойными явлениями в легких;
 - 2. с давлением аневризмы на трахею;
 - 3. со сдавлением возвратного нерва;
 - 4. со сдавлением верхней полой вены.
-

140. Что характерно для артериального давления при расслаивающей аневризме аорты?

- 1. различается на правой и левой руке;
 - 2. на руках выше, чем на ногах;
 - 3. одинаковое на руках и на ногах;
 - 4. различается на правой и левой ноге.
-

141. На прием к амбулаторному хирургу пришел молодой человек с жалобами на боль в области грудины. Из анамнеза выяснено, что накануне на тренировке он получил сильный удар в область грудины. Что при этом будет характерно для ушиба сердца?

- 1. сердцебиение;
 - 2. аритмия;
 - 3. глухость сердечных тонов;
 - 4. боль в области сердца;
 - 5. все перечисленное.
-

142. В поликлинике хирург выявил у больного множественные переломы V-VII ребер справа. Какие признаки не характерны при этом для повреждения плевры и ткани легкого?

- 1. кровохарканье;
 - 2. боль за грудиной с иррадиацией в левое надплечье;
 - 3. пневмоторакс;
 - 4. подкожная эмфизема;
 - 5. крепитация костных отломков.
-

143. В поликлинику к хирургу с улицы доставили пациентку 45 лет, попавшую в автоаварию. При осмотре хирург заподозрил переломовывих в правом плечевом суставе. Не типично для данной патологии:

- 1. удлинение конечности;
 - 2. укорочение конечности;
 - 3. отсутствие активных движений;
 - 4. боль при пассивных движениях.
-

144. На приеме у амбулаторного хирурга больной жаловался на постоянные сильные боли в области левой стопы и пятки. Накануне, будучи в состоянии алкогольного опьянения, больной спрыгнул со 2-го этажа. Какой из перечисленных признаков будет свидетельствовать о переломе пяточной кости?

- 1. опущение вершушек лодыжек на стороне поражения;
 - 2. смещение наружной лодыжки вверх;
 - 3. смещение внутренней лодыжки вверх;
 - 4. боль в области пяточной кости;
 - 5. гемартроз голеностопного сустава.
-

145. При обследовании больного амбулаторный хирург заподозрил повреждение собственной связки надколенника. Чем проявляется такая патология?

- 1. нарушением разгибания голени;
 - 2. нарушением сгибания голени;
 - 3. флюктуацией надколенника;
 - 4. болями при пальпации надколенника;
 - 5. нестабильностью коленного сустава.
-

146. При обследовании больного 21 года хирург поликлиники выявил множественные ссадины и ушибы головы. Выяснено, что накануне больной был избит неизвестными. Какие симптомы не характерны при этом для сотрясения головного мозга?

- 1. тошнота;
 - 2. головокружение;
 - 3. нестойкая анизокория;
 - 4. анемия;
 - 5. головная боль.
-

147. При обследовании в поликлинике больного хирург заподозрил перелом позвоночника в зоне ТХI-ТХII. Какой из перечисленных рентгенологических признаков не подтвердит данный диагноз?

- 1. снижение высоты тела позвонка;
 - 2. смещение межпозвоночного диска;
 - 3. гематома околопозвоночных тканей;
 - 4. изменение оси позвоночника;
 - 5. состояние кортикальных пластинок позвонков.
-

148. На прием к хирургу поликлиники пришел футболист с жалобами на сильные боли в области верхней трети передней поверхности правого бедра. Указанные

боли появились накануне на тренировке при сильном ударе по мячу. Что не характерно при этом для отрыва прямой мышцы бедра?

- 1. боли в паховой области;
- 2. ограничение сгибания бедра;
- 3. невозможность отведения бедра;
- 4. механизм травмы.

149. При обследовании молодого человека, занимающегося теннисом, хирург поликлиники заподозрил у него типичный подкожный разрыв ахиллова сухожилия. Что не типично для данной травмы?

- 1. наличие дегенеративных изменений мышцы и сухожилия;
- 2. локализация разрыва в области перехода мышцы в сухожилие;
- 3. расположения гематомы в области лодыжек;
- 4. вид спорта, которым занимается больной.

150. На прием к амбулаторному хирургу пришел больной 42 лет с жалобами на умеренные постоянные боли по передней поверхности правого плеча. Что не характерно при этом для миозита бицепса?

- 1. наличие болей;
- 2. лимфаденит;
- 3. защитная контрактура плеча;
- 4. незначительный отек плеча;
- 5. нарушение функции конечности.

151. В поликлинике у больного 43 лет выявлен перелом правой ладьевидной кости без смещения. Какую иммобилизацию следует провести больному?

- 1. наложить циркулярную гипсовую повязку от верхней трети предплечья до пальцев с захватом основной фаланги I пальца;
- 2. циркулярную повязку с фиксацией локтевого сустава;
- 3. гипсовую лонгету;
- 4. повязку Дезо.

152. На прием к хирургу в поликлинику пришла больная 56 лет с жалобами на боли в правом лучезапястном суставе. 3 часа назад упала на правую кисть. Что при этом является специфическим для диагностики перелома ладьевидной кости?

- 1. боли при активных и пассивных движениях в лучезапястном суставе;
- 2. отек сустава;
- 3. боли при надавливании на область анатомической табакерки;
- 4. крепитация;
- 5. лимфангит.

153. При обследовании больной в поликлинике хирург выявил закрытый перелом левого луча в типичном месте без смещения. Какую иммобилизацию следует наложить при данной патологии?

- 1. тыльную и ладонную гипсовые лонгеты;
 - 2. циркулярную гипсовую повязку до верхней трети плеча;
 - 3. циркулярную повязку без захвата локтевого сустава;
 - 4. ладонную гипсовую лонгету;
 - 5. повязку Дезо.
-

154. Какую иммобилизацию следует сделать амбулаторному хирургу больной с переломом в области локтевого сустава?

- 1. повязку Дезо;
 - 2. шину Крамера;
 - 3. торакобрахиальную повязку;
 - 4. косынку;
 - 5. шину ЦИТО.
-

155. Какие переломы предплечья встречаются наиболее часто в практике амбулаторного хирурга?

- 1. переломы луча в типичном месте;
 - 2. переломы средней трети;
 - 3. переломы верхней трети;
 - 4. внутрисуставные переломы;
 - 5. переломовывихи.
-

156. Какую иммобилизацию следует выполнить хирургу поликлиники при транспортировке больного с переломом диафиза плеча в стационар?

- 1. шину Крамера;
 - 2. повязку Дезо;
 - 3. кольца Дельпе;
 - 4. косынку;
 - 5. гипсовую повязку.
-

157. Какую иммобилизацию следует выполнить амбулаторному хирургу при направлении в стационар больного с переломом дистального конца плеча?

- 1. повязку Дезо;
 - 2. шину Крамера;
 - 3. косынку;
 - 4. гипсовую циркулярную повязку;
 - 5. кольца Дельпе.
-

158. Что не является типичным для диагностики привычного вывиха плеча в условиях поликлиники?

- 1. асимметрия лопаток;
 - 2. атрофия мышц в области плечевого сустава;
 - 3. ограничение объема движений;
 - 4. укорочение конечности;
 - 5. наличие вывихов плеча в анамнезе.
-

159. Какую иммобилизацию следует выполнить хирургу поликлиники для транспортировки больного с переломом ключицы в стационар?

- 1. шину Крамера;
 - 2. повязку Дезо;
 - 3. фиксацию с валиком в подмышечной области;
 - 4. косынку;
 - 5. гипсовую лонгету.
-

160. Какие симптомы растяжения связок может обнаружить хирург поликлиники у больного?

- 1. боль и нарушение функции сустава;
 - 2. патологическую подвижность;
 - 3. крепитацию;
 - 4. пружинящую фиксацию конечности;
 - 5. лимфангит.
-

161. Прогноз при синдроме длительного сдавления определяется:

- 1. временем сдавления;
 - 2. площадью сдавления;
 - 3. наличием сопутствующих механических повреждений;
 - 4. всем перечисленным;
 - 5. ничем из перечисленного.
-

162. Какой степени тяжести синдром длительного сдавления разовьется у больного при компрессии одной конечности в течение 5-6 часов?

- 1. легкой степени;
 - 2. средней тяжести;
 - 3. тяжелой степени;
 - 4. крайне тяжелой.
-

163. Следует ли накладывать жгут на конечность перед непосредственным высвобождением ее из-под завала?

- 1. да;
 - 2. нет;
 - 3. только при явных признаках нежизнеспособности конечности.
-

164. Какой из методов обезболивания предпочтителен при синдроме длительного сдавления?

- 1. футлярные и циркулярные блокады;
 - 2. подфасциальное введение новокаина в зоне сдавления;
 - 3. введение наркотических анальгетиков;
 - 4. внутрикостная анестезия.
-

165. При паравертебральной блокаде подведение раствора новокаина осуществляется:

- 1. к остистым отросткам позвонков;
 - 2. к поперечным отросткам позвонков;
 - 3. к телам позвонков;
 - 4. в перидуральное пространство.
-

166. При проведении проводниковой анестезии пальца по Лукашевичу-Оберсту введение новокаина осуществляется:

- 1. у основания пальца и по латеральным сторонам основной фаланги;
 - 2. по ладонной поверхности пальца;
 - 3. по латеральным сторонам всех фаланг пальца;
 - 4. по тыльной поверхности всех фаланг.
-

167. Какую морфологическую структуру рассекает хирург при проведении трахеотомии?

- 1. переднюю стенку трахеи;
 - 2. перстнещитовидную связку;
 - 3. щитовидный хрящ;
 - 4. перстневидный хрящ.
-

168. Какой орган может повредить хирург при рассечении тканей во время трахеотомии?

- 1. пищевод;
 - 2. щитовидную железу;
 - 3. глотку;
 - 4. вилочковую железу;
 - 5. гортань.
-

169. При проведении вагосимпатической блокады по Вишневскому введение иглы с раствором новокаина осуществляют:

- 1. у заднего края грудино-ключично-сосцевидной мышцы выше перекреста ее наружной яремной веной;
 - 2. у заднего края грудино-ключично-сосцевидной мышцы ниже перекреста ее наружной яремной веной;
 - 3. у переднего края грудино-ключично-сосцевидной мышцы выше перекреста ее наружной яремной веной;
 - 4. между ножками грудино-ключично-сосцевидной мышцы.
-

170. При выраженном гемартрозе после острой травмы коленного сустава показано все, кроме:

- 1. наложения согревающего компресса;
 - 2. пункции коленного сустава;
 - 3. иммобилизации сустава;
 - 4. анальгетиков.
-

171. К признакам перелома не относится:

- 1. боль;
 - 2. патологическая подвижность;
 - 3. крепитация;
 - 4. пружинящая фиксация;
 - 5. нарушение функции.
-

172. К признакам вывиха не относится:

- 1. боль;
 - 2. крепитация;
 - 3. пружинящая фиксация;
 - 4. изменение длины конечности;
 - 5. нарушение функции.
-

173. Для внутрисуставного перелома характерно:

- 1. сглаженность контуров сустава;
 - 2. нарушение внешних ориентиров сустава;
 - 3. боль;
 - 4. нарушение функции конечности;
 - 5. все перечисленное.
-

174. К амбулаторному хирургу обратился пациент с жалобами на боль в правом коленном суставе. В анамнезе: падение с ушибом сустава. При осмотре: сустав увеличен в объеме, контуры его сглажены, определяется баллотирование надколенника. Наиболее вероятный диагноз?

- 1. флегмона сустава;
 - 2. посттравматический гемартроз;
 - 3. деформирующий остеоартроз;
 - 4. вывих в суставе.
-

175. Анкилоз сустава - это:

- 1. неподвижность в суставе как исход патологических изменений в нем;
 - 2. неподвижность в суставе вследствие выраженной болезненности;
 - 3. неподвижность в суставе вследствие наложения иммобилизации;
 - 4. воспалительные изменения в суставе.
-

176. Бурсит-это:

- 1. воспаление околосуставной сумки;
 - 2. воспаление суставных поверхностей;
 - 3. воспаление связок сустава;
 - 4. воспаление сухожилия мышцы.
-

177. При проведении блокады межреберных нервов введение новокаина осуществляется:

- 1. под нижний край ребра;
 - 2. под верхний край ребра;
 - 3. в середине межреберного промежутка;
 - 4. в любом из вышеперечисленных мест.
-

178. При введении лекарственного препарата у больного развился анафилактический шок. Не входит в алгоритм неотложной помощи?

- 1. придание пациенту клиностатического положения;
 - 2. прекращение введения препарата;
 - 3. обкалывание места инъекции раствором новокаина с адреналином;
 - 4. восстановление функции дыхания и сердечной деятельности;
 - 5. наложение жгута на конечность.
-

179. Шоковый индекс Альтговера - это:

- 1. отношение пульса к систолическому артериальному давлению;
 - 2. отношение пульса к диастолическому артериальному давлению;
 - 3. отношение систолического артериального давления к центральному венозному давлению;
 - 4. отношение систолического артериального давления к пульсу.
-

180. К амбулаторному хирургу обратился пациент с резаной раной, проникающей в полость локтевого сустава. После проведения первичной хирургической обработки капсулу сустава следует:

- 1. ушить наглухо;
 - 2. ушить наглухо с установкой дренажей;
 - 3. не ушивать;
 - 4. наложить провизорные швы.
-

181. Для перелома костей таза характерным является:

- 1. деформация бедра на стороне перелома;
 - 2. положительный симптом «прилипшей пятки»;
 - 3. отрицательный симптом разводящей нагрузки на крылья подвздошных костей;
 - 4. все перечисленное.
-

182. На прием к амбулаторному хирургу пришел пациент с жалобами на боли в правом локтевом суставе, нарушение функции правой руки. При осмотре область сустава отечна, болезненна, конечность находится в вынужденном полурасогнутом положении, предплечье укорочено, локтевой отросток выступает назад, активные движения в суставе невозможны, при попытке пассивных движений ощущается пружинящее сопротивление. О какой патологии следует думать?

- 1. ушиб правого локтевого сустава;
 - 2. передний вывих правого локтевого сустава;
 - 3. задний вывих правого локтевого сустава;
 - 4. деформирующий остеоартроз.
-

183. Для какого вывиха бедра характерно следующее положение ноги: умеренно согнута в тазобедренном суставе, приведена и ротирована кнутри?

- 1. задневерхний подвздошный;
 - 2. передневерхний лонный;
 - 3. передненижний запирающий;
 - 4. задненижний седалищный.
-

184. Симптом «клавиши» при вывихе ключицы:

- 1. является достоверным признаком разрыва акромиально-ключичного сочленения;
 - 2. является признаком сочетания вывиха ключицы с переломом акромиального отростка лопатки;
 - 3. заключается в резком западении ключицы;
 - 4. определяется при вывихе грудинного отдела ключицы.
-

185. Отличительным признаком надбугорковых переломов плечевой кости является:

- 1. боли в плечевом суставе;
 - 2. абсолютная невозможность активного отведения плеча;
 - 3. положительный симптом осевой нагрузки;
 - 4. крепитация.
-

186. Для аддукционного перелома хирургической шейки плечевой кости не характерно:

- 1. центральный отломок смещается кнаружи;
 - 2. периферический отломок смещается кнаружи и кверху;
 - 3. угол между отломками открыт кнаружи;
 - 4. периферический отломок смещается кнутри.
-

187. Этиологическим фактором в развитии плоскостопия является:

- 1. врожденная или приобретенная слабость связочного аппарата стопы;
 - 2. врожденные дефекты костных структур стопы;
 - 3. миозит;
 - 4. трофические нарушения.
-

188. Для циркулярной новокаиновой блокады поперечного сечения конечности характерно все, кроме:

- 1. использования при открытых переломах длинных трубчатых костей;
 - 2. применения 0,25% раствора новокаина;
 - 3. введения новокаина в фасциальные футляры мышц;
 - 4. введение производится циркулярно, игла вкалывается в радиальном к кости направлении.
-

189. Пяточная шпора - это:

- 1. заостренный экзостоз на подошвенной поверхности пяточной кости;
 - 2. наличие выраженной омозолелости в пяточной области;
 - 3. врожденная рудиментарная кость в пяточной области;
 - 4. ничего из вышеперечисленного.
-

190. Поражение каких морфологических структур первично при остеохондрозе?

- 1. межпозвоночные диски;
 - 2. связочный аппарат позвоночника;
 - 3. межпозвонковые суставы;
 - 4. тела позвонков.
-

191. К рентгенологическим признакам остеохондроза не относится:

- 1. уменьшение высоты межпозвоночных дисков;
 - 2. субхондральный склероз;
 - 3. краевые остеофиты;
 - 4. образование костных мостиков (синдесмофитов) между прилегающими позвонками;
 - 5. подвывих тел позвонков.
-

192. С каким из заболеваний приходится наиболее часто дифференцировать висцеральные проявления остеохондроза шейного и грудного отделов позвоночника?

- 1. панкреатит;
 - 2. стенокардия;
 - 3. язвенная болезнь желудка;
 - 4. колит.
-

193. Висцеральные проявления остеохондроза грудного отдела позвоночника следует дифференцировать со всеми перечисленными заболеваниями, кроме:

- 1. стенокардии;
 - 2. острого цистита;
 - 3. язвенной болезни желудка;
 - 4. острого калькулезного холецистита.
-

194. В поликлинику обратился больной с обострением остеохондроза поясничного отдела позвоночника. Что из перечисленного не показано данному пациенту?

- 1. иммобилизация позвоночника;
 - 2. паравертебральная или эпидуральная новокаиновая блокада;
 - 3. нестероидные противовоспалительные препараты;
 - 4. санаторно-курортное лечение.
-

195. Какую иммобилизацию показано выполнить больному в острой стадии артрозо-артрита коленного сустава?

- 1. торакобрахиальную гипсовую повязку;
 - 2. съемную гипсовую лонгету;
-

- 3. скелетное вытяжение;
 - 4. эластический бинт до верхней трети бедра.
-

196. Какой метод лечения из предложенных показан больному с эпикондилитом правого плеча?

- 1. неотложное оперативное лечение;
 - 2. инъекция нестероидного противовоспалительного препарата, физиотерапия;
 - 3. антибиотикотерапия;
 - 4. скелетное вытяжение;
 - 5. внутрисуставное введение анальгетиков.
-

197. На прием к хирургу привели больного 54 лет с резкими внезапными болями в животе. Больным себя считает около 2 часов. После обследования был установлен диагноз перфорации полого органа брюшной полости. Что является характерным для перфоративной язвы?

- 1. рвота цвета «кофейной гущи»;
 - 2. доскообразное напряжение мышц передней брюшной стенки;
 - 3. симптом «шума плеска»;
 - 4. симптом Ровзинга.
-

198. При обследовании амбулаторным хирургом больного, имеющего 15-летний язвенный анамнез, был заподозрен стеноз выходного отдела желудка. Что не относится к проявлениям данной патологии?

- 1. шум «плеска» натошак;
 - 2. эриккоз;
 - 3. рвота съеденной пищей;
 - 4. анемия;
 - 5. периодический судорожный синдром.
-

199. В поликлинику поступил больной 32 лет с сильными болями в верхней половине живота. Что не типично для прободной язвы 12-перстной кишки в первые 6 часов после перфорации?

- 1. «кинжальные» боли;
 - 2. отсутствие рвоты;
 - 3. частые позывы на стул;
 - 4. пневмоперитонеум;
 - 5. симптом Спигарного.
-

200. При трактовке симптома отсутствия печеночной тупости у больного с перфоративной язвой желудка поликлинический хирург заключил, что данный факт обусловлен:

- 1. вздутием кишечника;
 - 2. наличием жидкости в брюшной полости;
 - 3. пневмоперитонеумом;
 - 4. высоким стоянием купола диафрагмы справа;
 - 5. интерпозицией петель кишечника между печенью и брюшной стенкой.
-

201. Спустя 3 суток после перфорации при оценке симптомов у больного язвенной болезнью 12-перстной кишки не выявлено признаков перитонита, температура нормальная, лейкоцитоз - $7,2 \times 10^9/\text{л}$, на обзорной рентгенограмме брюшной полости - явления пневмоперитонеума. Тактика хирурга поликлиники?

- 1. наблюдать в условиях поликлиники;
- 2. дать водорастворимый контрастный препарат и сделать рентгенографию желудка;
- 3. отправить больного в хирургический стационар;
- 4. назначить строгий постельный режим;
- 5. рекомендовать массивную антибиотикотерапию.

202. В поликлинику к хирургу поступил бледный больной с язвенным анамнезом. Пульс - 88 уд./мин, АД - 100/60 мм рт. ст. В анализах крови: $2,8 \times 10^{12}/\text{л}$ эритроцитов. Заподозрено язвенное кровотечение. Что для него не характерно?

- 1. черного цвета кал на перчатке при ректальном исследовании;
- 2. усиление болей в эпигастрии;
- 3. ослабление болей в эпигастрии;
- 4. рвота с примесью крови;
- 5. головокружение.

203. На приеме в поликлинике больная 42 лет жалуется на изжогу и боли через 2 часа после еды. О каком заболевании можно думать прежде всего?

- 1. о холецистите;
- 2. о гепатите;
- 3. о язвенной болезни 12-перстной кишки;
- 4. о хроническом гастрите;
- 5. о панкреатите.

204. В кабинет хирурга в поликлинике внесли с улицы тяжелого больного. Хирург заподозрил перфорацию полого органа. Какие симптомы не указывают на данный диагноз?

- 1. резкие внезапные боли в животе;
- 2. вздутие живота;
- 3. «доскообразный» живот;
- 4. исчезновение печеночной тупости;
- 5. пневмоперитонеум.

205. В поликлинику к хирургу обратился больной, у которого установлен диагноз перфоративной язвы желудка. От предложенной экстренной операции больной по мотивам вероисповедания отказался. Что следует делать хирургу?

- 1. наблюдать больного;
- 2. отправить в хирургический стационар;
- 3. назначить массивную антибиотикотерапию;
- 4. назначить строгий постельный режим на дому;
- 5. рекомендовать антациды.

206. В поликлинику к хирургу обратился больной 46 лет с язвенной болезнью для решения вопроса об оперативном лечении. Язвенный анамнез наблюдается в течение 12 лет. Что может явиться основанием для направления больного в стационар на операцию?

- 1. локализация язвенного рубца в 12-перстной кишке;
 - 2. локализация плоской язвы в желудке;
 - 3. диаметр желудочной язвы более 2 см;
 - 4. отсутствие язв при гастродуоденоскопии;
 - 5. отсутствие осложнений язвенной болезни.
-

207. Типичным осложнением язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки не является:

- 1. кровотечение;
 - 2. перфорация;
 - 3. пенетрация;
 - 4. стеноз;
 - 5. малигнизация.
-

208. В поликлинике хирург заподозрил у больного перфоративную язву 12-перстной кишки. Какое исследование он должен провести?

- 1. гастродуоденоскопию;
 - 2. контрастную рентгенографию желудка;
 - 3. обзорную рентгенографию брюшной полости;
 - 4. ангиографию;
 - 5. лапароскопию.
-

209. В поликлинику к хирургу обратился больной с длительным язвенным анамнезом и характерными симптомами болезни. Какие из них нельзя считать типичными для пенетрирующей язвы желудка?

- 1. постоянный болевой синдром;
 - 2. неэффективность фармакологического лечения;
 - 3. отсутствие сезонности и суточной периодичности болей;
 - 4. упорные запоры;
 - 5. иррадиация болей в спину.
-

210. При изучении данных ультрасонографии у больной с желчнокаменной болезнью хирург поликлиники диагностировал наличие желчной гипертензии. Какой диаметр холедоха будет свидетельствовать об этом?

- 1. 3 мм;
 - 2. 5 мм;
 - 3. 8 мм;
 - 4. 12 мм.
-

211. В поликлинике хирургом у больного был диагностирован острый рецидивирующий калькулезный холецистит. Какой симптом может свидетельствовать при этом о гангренозном характере воспаления?

- 1. отсутствие печеночной тупости;
 - 2. уменьшение болевого синдрома на фоне нарастания интоксикации;
 - 3. приступообразный характер болей;
 - 4. симптом Щеткина-Блюмберга в правом подреберье;
 - 5. пальпируемый желчный пузырь.
-

212. В поликлинику к хирургу обратилась больная 60 лет, около 20 лет страдающая хроническим калькулезным холециститом. Какие осложнения данной патологии у нее могут быть?

- 1. варикозное расширение вен пищевода;
 - 2. водянка желчного пузыря;
 - 3. язвенная болезнь 12-перстной кишки;
 - 4. дивертикулит общего желчного протока.
-

213. Какие из осложнений желчнокаменной болезни, выявленные на приеме у амбулаторного хирурга, требуют экстренного оперативного лечения?

- 1. механическая желтуха;
 - 2. водянка желчного пузыря;
 - 3. перитонит;
 - 4. холедохолитиаз;
 - 5. папиллостеноз.
-

214. У больного с длительным анамнезом желчнокаменной болезни хирургом поликлиники заподозрен холангит. Что является не характерным для данной патологии?

- 1. ознобы;
 - 2. желтуха;
 - 3. симптом Курвуазье;
 - 4. боли в правом подреберье.
-

215. В поликлинике хирургом диагностирован острый обтурационный холецистит. Что для него не характерно?

- 1. острые интенсивные боли;
 - 2. пальпируемый желчный пузырь;
 - 3. симптом Курвуазье;
 - 4. симптом Щеткина-Блюмберга;
 - 5. лейкоцитоз.
-

216. Оптимальным методом диагностики холедохолитиаза в поликлинических условиях будет:

- 1. ретроградная холедохопанкреатография;
 - 2. ультрасонография;
 - 3. обзорная рентгенография брюшной полости;
 - 4. чрескожная чреспеченочная холангиография;
 - 5. биохимический анализ крови на билирубин.
-

217. Для диагностики механического характера желтухи в поликлинике больному показано:

- 1. дообследование и лечение в условиях хирургического стационара;
 - 2. консультация инфекциониста;
 - 3. массивная антибиотикотерапия;
 - 4. спазмолитики.
-

218. Для диагностики механической желтухи в поликлинике у больной с желчнокаменной болезнью характерным признаком не является:

- 1. рост прямой фракции билирубина;
 - 2. расширение холедоха более 10 мм;
 - 3. рост щелочной фосфатазы;
 - 4. рост лактатдегидрогеназы;
 - 5. обесцвеченный стул.
-

219. В поликлинику к хирургу обратился больной 62 лет с длительно существующим холедохолитиазом. Какие осложнения не характерны для данного заболевания?

- 1. рак холедоха;
 - 2. папиллостеноз;
 - 3. диаметр холедоха 4 мм;
 - 4. гемобилия;
 - 5. механическая желтуха.
-

220. Какие осложнения холедохолитиаза может ожидать амбулаторный хирург у больного желчнокаменной болезнью?

- 1. водянку желчного пузыря;
 - 2. механическую желтуху;
 - 3. перфорацию желчного пузыря;
 - 4. перитонит.
-

221. Какой по счету приступ болей у больного с наличием камней в желчном пузыре будет являться показанием к направлению его на оперативное лечение?

- 1. первый;
 - 2. второй;
 - 3. третий;
 - 4. множество.
-

222. На прием к амбулаторному хирургу явилась больная 63 лет, 24 года страдающая желчнокаменной болезнью. Какое из осложнений данной патологии будет являться показанием к плановому оперативному вмешательству?

- 1. перитонит;
 - 2. холангит;
 - 3. желтуха;
 - 4. водянка желчного пузыря;
-

- 5. панкреонекроз.

223. На прием к амбулаторному хирургу явилась больная 64 лет с наличием камней в желчном пузыре и желтухи. Что будет говорить в пользу онкологического характера данной патологии?

- 1. симптом Щеткина-Блюмберга;
- 2. симптом Курвуазье;
- 3. высокий лейкоцитоз;
- 4. схваткообразные боли;
- 5. гипертермия.

224. При обследовании больного в поликлинике на 10 сутки после операции аппендэктомии хирург выявил ряд симптомов. Какие из них являются признаками абсцесса дугласового пространства?

- 1. напряжение мышц передней брюшной стенки;
- 2. положительный симптом Щеткина-Блюмберга;
- 3. нависание и болезненность передней стенки прямой кишки;
- 4. ограничение подвижности диафрагмы;
- 5. многократная рвота.

225. На прием к хирургу в поликлинику явился больной с постоянными умеренными болями в правой подвздошной области. Из анамнеза выяснено, что пациент болеет 10 часов. Физикальными и лабораторными методами исследования установлен предположительный диагноз острого аппендицита. При данном заболевании операция не показана при:

- 1. первом приступе аппендицита;
- 2. неясном диагнозе;
- 3. сроках заболевания более 12 часов;
- 4. наличии в анамнезе ишемической болезни сердца.

226. При обследовании больной в поликлинике хирургом заподозрен аппендикулярный инфильтрат. Для данного заболевания не характерны:

- 1. пальпируемый болезненный конгломерат в правой подвздошной области;
- 2. срок заболевания 1 сутки;
- 3. субфебрильная температура;
- 4. боли в животе;
- 5. умеренный лейкоцитоз.

227. При необходимости дифференциального диагноза у больной между почечной коликой и острым аппендицитом хирург поликлиники должен выполнить следующее:

- 1. экскреторную урографию;
- 2. анализ мочи общий, по Нечипоренко;
- 3. хромоцистоскопию;
- 4. отправить пациентку в хирургический стационар;

- 5. ввести спазмолитики.

228. У больного, перенесшего аппендэктомию и пришедшего на прием к амбулаторному хирургу, на 44 сутки после операции появились тошнота, вздутие живота, трехкратная рвота, схваткообразные боли в животе. Какое осложнение могло возникнуть у больного?

- 1. ранняя спаечная кишечная непроходимость;
- 2. поздняя спаечная кишечная непроходимость;
- 3. эвентрация;
- 4. пневмония;
- 5. перфорация полого органа брюшной полости.

229. При исследовании больного в амбулатории хирург выявил ряд симптомов. Какие из них не характерны для гангренозной формы аппендицита?

- 1. усиление болей;
- 2. ослабление болей;
- 3. выраженная тахикардия;
- 4. повышение температуры;
- 5. положительный симптом Щеткина-Блюмберга.

230. При долечивании в поликлинике больного с аппендикулярным инфильтратом нецелесообразно назначать:

- 1. физиотерапевтическое лечение;
- 2. щадящую диету;
- 3. наркотические анальгетики;
- 4. антибиотики.

231. При изучении сопроводительной медицинской документации больного в поликлинике хирург обнаружил сведения о дивертикулэктомии. Где расположен дивертикул Меккеля?

- 1. в слепой кишке;
- 2. в подвздошной кишке;
- 3. в аппендиксе;
- 4. во внепеченочных желчных ходах;
- 5. в желудке.

232. Амбулаторный хирург должен помнить, что к симптомам острого аппендицита у детей не относится:

- 1. быстрое развитие аппендикулярного инфильтрата;
- 2. превалирование общих симптомов над местными;
- 3. быстрое развитие деструктивных форм заболевания;
- 4. наличие диспепсических явлений.

233. На прием к хирургу обратилась женщина с клинической картиной острого аппендицита и сроками беременности 6-8 недель. Какие симптомы могут быть характерными в данной ситуации?

- 1. схваткообразные боли;
 - 2. более высокая локализация болей;
 - 3. отсутствие лейкоцитоза;
 - 4. брадикардия;
 - 5. выделения из влагалища.
-

234. В поликлинике у больного, перенесшего 2 недели назад аппендэктомию, хирург заподозрил правосторонний поддиафрагмальный абсцесс. Какие признаки не характерны для данного осложнения?

- 1. правосторонний плеврит;
 - 2. высокое стояние правого купола диафрагмы;
 - 3. положительный симптом Курвуазье;
 - 4. ограничение подвижности правого купола диафрагмы;
 - 5. правосторонняя пневмония.
-

235. При подозрении на острый аппендицит в условиях поликлиники хирургу следует выполнить следующее:

- 1. положить пузырь со льдом на правую подвздошную область;
 - 2. дать слабительное;
 - 3. отправить больного в хирургический стационар;
 - 4. выполнить промывание желудка;
 - 5. назначить антибиотики.
-

236. У больного 37 лет на 11 сутки после операции аппендэктомии амбулаторный хирург выявил парез кишечника, ознобы, боли в правой половине живота, отсутствие симптомов раздражения брюшины, увеличение печени и иктеричность склер. О каком осложнении операции можно думать?

- 1. о перитоните;
 - 2. о спаечной кишечной непроходимости;
 - 3. о печеночном абсцессе;
 - 4. об абсцессе дугласового пространства;
 - 5. о пневмонии.
-

237. У больного на 12 сутки после перенесенной операции аппендэктомии появились боли в глубине таза, повышение температуры тела, тенезмы и нарушения мочеиспускания, лейкоцитоз вырос до $12 \times 10^9/\text{л}$. Амбулаторный хирург заподозрил абсцесс дугласового пространства. С какого дополнительного метода исследования следует начать?

- 1. с обзорной рентгенографии брюшной полости;
 - 2. с пальцевого обследования прямой кишки;
 - 3. с хромоцистоскопии;
 - 4. с ректороманоскопии;
 - 5. с ирригографии.
-

238. Поликлинический хирург должен знать, что противопоказанием к экстренной аппендэктомии является:

- 1. беременность во второй половине;
-

- 2. перенесенный инфаркт миокарда;
 - 3. пальпируемый аппендикулярный инфильтрат;
 - 4. старческий возраст;
 - 5. детский возраст.
-

239. В поликлинических условиях для дифференциальной диагностики между правосторонним плевритом и острым аппендицитом следует применять все, кроме:

- 1. рентгенологического исследования грудной клетки;
 - 2. общего анализа крови;
 - 3. ректороманоскопии;
 - 4. аускультации грудной клетки;
 - 5. перкуссии груди и живота.
-

240. Какой метод исследования в условиях поликлиники может помочь в дифференциальной диагностике острого аппендицита и внематочной беременности?

- 1. пальпация живота;
 - 2. обзорная рентгенография брюшной полости;
 - 3. пункция заднего свода влагалища;
 - 4. анализ крови на лейкоциты;
 - 5. анализ мочи.
-

241. Амбулаторный хирург должен знать, что симптом Образцова учитывают при диагностике:

- 1. тазового аппендицита;
 - 2. ретроцекального аппендицита;
 - 3. подпеченочного аппендицита;
 - 4. острого дивертикулита;
 - 5. острого сальпингита.
-

242. При обследовании в поликлинике хирург заподозрил у больного 36 лет правостороннюю ущемленную бедренную грыжу. С какими заболеваниями не требуется проводить дифференциальный диагноз при данном заболевании?

- 1. с паховой грыжей;
 - 2. с паховым лимфаденитом;
 - 3. с варикоцеле;
 - 4. с липомой овальной ямки;
 - 5. с тромбофлебитом варикозного узла в области овальной ямки.
-

243. В поликлинику к хирургу обратилась больная с ущемленной правосторонней бедренной грыжей. В диагностике данного заболевания характерным является все, кроме:

- 1. симптомов кишечной непроходимости;
 - 2. резких болей в месте ущемления;
 - 3. положительного симптома Щеткина-Блюмберга;
 - 4. отсутствия симптома «кашлевого толчка»;
-

- 5. пальпируемого образования.

244. У 19-летнего мужчины при статической нагрузке вышла и перестала вправляться ранее существовавшая у него левосторонняя паховая грыжа. Больной неоднократно неудачно пытался самостоятельно вправить грыжу, после чего явился к хирургу в поликлинику. Что следует делать в таком случае?

- 1. отправить больного в хирургический стационар;
- 2. попытаться вновь вправить грыжу через 1 час;
- 3. ввести спазмолитики;
- 4. назначить строгий постельный режим;
- 5. выполнить обзорный снимок брюшной полости.

245. В поликлинику родственниками доставлена женщина в возрасте 82 лет. После обследования установлен диагноз: ущемленная левосторонняя бедренная грыжа, флегмона грыжевого мешка. Признаков перитонита нет. Живот незначительно вздут. Что следует назначить больной?

- 1. строгий постельный режим;
- 2. массивную антибиотикотерапию;
- 3. экстренную операцию в условиях хирургического стационара;
- 4. рассечение и дренирование флегмоны в поликлинике;
- 5. теплую ванну и спазмолитики.

246. При оценке паховой грыжи у больного хирург поликлиники выявил некоторые симптомы. Из них для косой грыжи не характерен следующий:

- 1. овальная форма;
- 2. круглая форма;
- 3. спускание грыжи в мошонку;
- 4. расположение выше пупартовой связки;
- 5. кашлевой толчок по ходу пахового канала.

247. Хирург в поликлинике должен знать, что бедренные грыжи чаще встречаются:

- 1. у мужчин;
- 2. у стариков;
- 3. у детей;
- 4. у женщин;
- 5. пол и возраст не имеют значения.

248. В поликлинику к хирургу пришел больной, у которого 1 час назад самопроизвольно вправилась паховая грыжа. Что следует сделать?

- 1. экстренную операцию в хирургическом стационаре;
- 2. наблюдение в условиях хирургического стационара;
- 3. отпустить больного домой;
- 4. анализ крови на лейкоциты;
- 5. обзорную рентгенографию органов брюшной полости.

249. Хирург поликлиники назначил больному с грыжей белой линии живота обзорную рентгенографию органов брюшной полости. Для чего это было сделано?

- 1. для определения характера органа в грыжевом мешке;
 - 2. для выявления сопутствующей патологии желудка;
 - 3. для исследования размеров грыжевых ворот;
 - 4. для выявления предбрюшинной липомы.
-

250. В поликлинику к хирургу обратился больной 63 лет с жалобами на похудание, отсутствие аппетита, тупые боли в животе, периодическое вздутие живота, упорные запоры, выделение слизи из ануса. Болен около 3-х месяцев. Такие симптомы характерны для:

- 1. странгуляционной кишечной непроходимости;
 - 2. опухолевой толстокишечной непроходимости;
 - 3. астрита;
 - 4. колита;
 - 5. энтерита.
-

251. При изучении рентгенограммы амбулаторный хирург заподозрил толстокишечную непроходимость. Какие рентгенологические признаки могли насторожить врача в данной ситуации?

- 1. релаксация куполов диафрагмы;
 - 2. чаши Клойберга;
 - 3. пневмоперитонеум;
 - 4. отсутствие газового пузыря желудка;
 - 5. затемнение по правому флангу.
-

252. При обследовании хирургом больного 34 лет в поликлинике выявлены следующие симптомы: резкие схваткообразные боли в животе, ранняя многократная рвота, двухкратный необильный стул. Указанная клиническая картина типична для:

- 1. высокой тонкокишечной непроходимости;
 - 2. низкой толстокишечной непроходимости;
 - 3. динамической непроходимости кишечника;
 - 4. копростаз.
-

253. В поликлинику к хирургу обратился больной 58 лет с умеренными схваткообразными болями в животе, вздутием живота, отсутствием отхождения стула и газов. Болен сутки, рвоту отметил у себя час назад. Указанные симптомы характерны для:

- 1. высокой тонкокишечной непроходимости;
 - 2. низкой толстокишечной непроходимости;
 - 3. динамической непроходимости кишечника;
 - 4. копростаз.
-

254. Хирург поликлиники должен помнить, что некроз кишечника быстрее всего развивается при:

- 1. обтурации кишечника желчным камнем;
- 2. инородных телах в кишечнике;
- 3. спайках брюшной полости;
- 4. гельминтозах;
- 5. узлообразовании.

255. Какой метод исследования имеет решающее значение в постановке диагноза «острая кишечная непроходимость» в условиях поликлиники?

- 1. обзорная рентгенография брюшной полости;
- 2. исследование пассажа бария по кишечнику;
- 3. гастроскопия;
- 4. общий анализ крови;
- 5. пальцевое исследование прямой кишки.

256. Допустимо лечить кишечную непроходимость в условиях поликлиники при:

- 1. заворотах;
- 2. хронических запорах;
- 3. обтурации опухолями;
- 4. ущемленной грыже.

257. У женщины 23 лет появились тупые ноющие боли в правой паховой области. Через 4 часа боли усилились и распространились выше. Больная пришла на прием к хирургу в районную поликлинику. При обследовании: пульс - 86 уд./мин, АД - 120/80 мм рт. ст., язык сухой, живот не вздут, справа имеется умеренное напряжение мышц брюшной стенки. Симптомов раздражения брюшины нет. Лейкоциты крови - $10 \times 10^9/\text{л}$. Тактика врача:

- 1. проконсультировать больную у гинеколога;
- 2. сделать ректороманоскопию;
- 3. отправить в хирургический стационар;
- 4. выполнить УЗИ брюшной полости;
- 5. сделать обзорную рентгенографию брюшной полости.

258. При обследовании хирургом в поликлинике у пациента выявлены боли в правом подреберье с иррадиацией в правую надключичную область, гектическая лихорадка, высокое стояние правого купола диафрагмы и лейкоцитоз. О каком заболевании свидетельствует указанная клиническая картина?

- 1. о гангренозном аппендиците;
- 2. об остром панкреатите;
- 3. об абсцессе дугласового пространства;
- 4. о поддиафрагмальном абсцессе;
- 5. об остром холецистите.

259. Больная 19 лет обратилась к хирургу в поликлинику с жалобами на тупые боли в эпигастриальной области, тошноту, слабость, повышение температуры тела до $37,6^{\circ}\text{C}$. Больна 2 часа. При обследовании выявлено: пульс - 76 уд./мин,

АД - 120/70 мм рт. ст., язык влажный, живот мягкий во всех отделах, симптомов раздражения брюшины нет. Лейкоциты крови -12х10⁹/л. Какое заболевание может так начинаться?

- 1. острый аднексит;
 - 2. острый аппендицит;
 - 3. паранефрит;
 - 4. почечная колика;
 - 5. острая пневмония.
-

260. В поликлинику к хирургу обратился больной, перенесший 1 год назад панкреонекроз с подозрением на кисту поджелудочной железы. Метод дополнительного исследования, наиболее информативный при данной патологии:

- 1. УЗИ брюшной полости;
 - 2. рентгенография желудка;
 - 3. исследование амилазы мочи;
 - 4. гастроскопия;
 - 5. ЭРХПГ.
-

261. При исследовании больного амбулаторный хирург заподозрил острый панкреатит. Какие из указанных симптомов не характерны для данного заболевания?

- 1. внезапное начало;
 - 2. опоясывающие боли;
 - 3. многократная рвота;
 - 4. асимметрия живота;
 - 5. вздутие живота.
-

262. Какие поздние осложнения заболевания не характерны для панкреонекроза?

- 1. полисерозит;
 - 2. киста поджелудочной железы;
 - 3. анемия;
 - 4. недостаточность экскреторной функции поджелудочной железы;
 - 5. сахарный диабет.
-

263. При обследовании больного, перенесшего 8 месяцев назад острый панкреатит, амбулаторный хирург выявил в верхнем этаже брюшной полости слабо болезненное округлое образование 10 см в диаметре. Другие отделы брюшной полости, интактны. В анализах крови и мочи - без отклонений. О каком заболевании можно думать прежде всего?

- 1. об опухоли желудка;
 - 2. о ложной кисте поджелудочной железы;
 - 3. об аневризме аорты;
 - 4. о цистаденоме поджелудочной железы;
 - 5. об абсцессе брюшной полости.
-

264. К какому виду кист относятся кисты поджелудочной железы у больных, перенесших панкреонекроз?

- 1. к истинным кистам;
 - 2. к ложным кистам;
 - 3. к абсцессам;
 - 4. к злокачественным опухолевидным образованиям.
-

265. В поликлинику к хирургу привели больного, у которого при обследовании выявлена клиническая картина панкреонекроза. Что не характерно для данного заболевания?

- 1. опоясывающие боли в животе;
 - 2. многократная рвота;
 - 3. пневмоперитонеум;
 - 4. акроцианоз;
 - 5. тахикардия.
-

266. При оценке лабораторных данных хирургом поликлиники у больного с клинической картиной отечного острого панкреатита были обнаружены характерные для данного заболевания изменения. Что не типично для острого панкреатита?

- 1. амилазурия;
 - 2. лейкоцитоз;
 - 3. анемия;
 - 4. транзиторная гипергликемия.
-

267. В поликлинику доставили больного с улицы в шоковом состоянии. С трудом было выяснено, что внезапно у больного появились сильные боли в верхней половине живота, приведшие к такому состоянию. Какие заболевания не могут так начинаться?

- 1. инфаркт миокарда;
 - 2. острый флегмонозный холецистит;
 - 3. панкреонекроз;
 - 4. перфоративная язва 12-перстной кишки;
 - 5. высокий заворот тонкого кишечника.
-

268. Больному, перенесшему панкреонекроз, в поликлинике выполнена обзорная рентгенография грудной клетки. Какие изменения характерны для данной патологии?

- 1. плеврит;
 - 2. коллапс легкого;
 - 3. медиастинальная эмфизема;
 - 4. затемнение вершины легкого;
 - 5. кардиомегалия.
-

269. В поликлинике хирург выявил у больного желчнокаменной болезнью иктеричность кожи и склер. О чем это не может свидетельствовать?

- 1. о стенозе большого дуоденального сосочка;
 - 2. о холедохолитиазе;
 - 3. о вирусном гепатите;
 - 4. о язвенной болезни 12-перстной кишки;
 - 5. о перивезикальном инфильтрате.
-

270. В поликлинику к хирургу с улицы привели молодого мужчину с характерной клинической картиной перфоративной язвы 12-перстной кишки. Какой из перечисленных симптомов типичен для данного заболевания?

- 1. постепенное нарастание болевого синдрома;
 - 2. схваткообразные резкие боли;
 - 3. внезапное начало с резких болей в эпигастрии;
 - 4. обильная многократная рвота;
 - 5. быстро нарастающая слабость, головокружение.
-

271. На прием к хирургу явился больной 23 лет с жалобами на периодические боли (через 1 час) в околопупочной области и иррадиацией в правое подреберье, изжогу, сезонные обострения заболевания. Указанные проявления типичны для:

- 1. желчно-каменной болезни;
 - 2. язвенной болезни желудка;
 - 3. язвенной болезни 12-перстной кишки;
 - 4. острого панкреатита;
 - 5. энтероколита.
-

272. При осмотре хирургом больного в поликлинике были выявлены типичные симптомы осложнения язвенной болезни 12-перстной кишки: рвота пищей, съеденной накануне, напряжение мышц брюшной стенки, олигурия, «шум плеска» в желудке натощак, задержка бария в желудке более 24 часов. О каком осложнении идет речь?

- 1. о кровотечении;
 - 2. о перфорации;
 - 3. о малигнизации язвы;
 - 4. о стенозе;
 - 5. о пенетрации.
-

273. В поликлинику поступил больной, длительно страдающий язвенной болезнью 12-перстной кишки. При осмотре выявлено: кожные покровы бледные, жалуется на головокружение и слабость, был стул черного цвета. О каком осложнении можно думать?

- 1. о стенозе;
 - 2. о кровотечении;
 - 3. о пенетрации;
 - 4. о малигнизации;
 - 5. о перфорации.
-

274. При обследовании больной, перенесшей 12 суток назад аппендэктомию, хирург поликлиники заподозрил абсцесс дугласового пространства. Указанное осложнение характеризуется всеми симптомами, кроме:

- 1. повышения температуры;
- 2. нависания стенок влагалища или передней стенки прямой кишки;
- 3. болезненности при ректальном исследовании;
- 4. болей в глубине таза и тенезмов;
- 5. ограничения подвижности диафрагмы.

275. При обследовании больного амбулаторный хирург заподозрил острый аппендицит с тазовой локализацией червеобразного отростка. Какой симптом указывает на такое расположение аппендикса?

- 1. Воскресенского;
- 2. Коупа;
- 3. Щеткина-Блюмберга;
- 4. напряжение мышц в правом подреберье;
- 5. Ситковского.

276. При оценке симптомов острого холецистита амбулаторный хирург должен помнить, что данное заболевание начинается с:

- 1. ознобов;
- 2. многократной рвоты;
- 3. болей в правом подреберье;
- 4. вздутия живота;
- 5. мелены.

277. В диагностике печеночной колики амбулаторный хирург может выявить следующие симптомы, кроме:

- 1. схваткообразного характера болей;
- 2. неувеличенного безболезненного желчного пузыря;
- 3. симптома Щеткина-Блюмберга;
- 4. отсутствия маркеров воспаления;
- 5. отсутствия напряжения мышц в правом подреберье.

278. При обследовании в поликлинике больной с неосложненной желчнокаменной болезнью будут выявлены:

- 1. лейкоцитоз;
- 2. нормогликемия;
- 3. диастазурия;
- 4. ознобы;
- 5. гипербилирубинемия.

279. Амбулаторный хирург при первичном обращении выявил у больного симптом Курвуазье. Он характерен для:

- 1. острого панкреатита;

- 2. острого необтурационного холецистита;
- 3. острого обтурационного холецистита;
- 4. язвенной болезни;
- 5. ни для одного из указанных заболеваний.

280. При обследовании больной с «безболевым» желтухой амбулаторный хирург выявил ряд симптомов. Какой из них не типичен для механической желтухи:

- 1. повышение прямого билирубина в плазме;
- 2. окрашенный стул;
- 3. увеличение щелочной фосфатазы;
- 4. незначительное увеличение цитолитических ферментов в плазме;
- 5. увеличенный желчный пузырь.

281. При оценке данных обзорной рентгенографии брюшной полости амбулаторный хирург выявил чащи Клойберга. Они не характерны для:

- 1. обтурационной кишечной непроходимости;
- 2. странгуляционной кишечной непроходимости;
- 3. гастрита;
- 4. спастической кишечной непроходимости;
- 5. паралитической кишечной непроходимости.

282. Амбулаторный хирург должен знать, что выделение крови из прямой кишки невозможно при:

- 1. мезентериальном тромбозе;
- 2. инвагинации кишечника;
- 3. геморрое;
- 4. паралитической кишечной непроходимости;
- 5. раке толстой кишки.

283. При аускультации больной с болями в животе амбулаторный хирург выявил звонкую усиленную перистальтику. Этот симптом характерен для ранней стадии следующего заболевания:

- 1. желудочно-кишечного кровотечения;
- 2. перфоративной язвы желудка;
- 3. мезентериального тромбоза;
- 4. механической кишечной непроходимости;
- 5. гангренозного аппендицита.

284. Хирург поликлиники должен помнить, что синдром Меллори-Вейса - это:

- 1. птоз, миоз и энофтальм;
- 2. трещина слизистой оболочки кардиального отдела желудка;
- 3. надпеченочный блок оттока крови из печени;
- 4. свертывание крови в сосудах микроциркуляции;
- 5. гастрогенная тетания.

285. Когда хирург поликлиники должен назначить оперативное лечение больному с неспецифическим язвенным колитом?

- 1. при токсической дилатации;
- 2. при профузном кровотечении;
- 3. при перфорации кишки;
- 4. при неэффективности консервативного лечения;
- 5. во всех перечисленных случаях.

286. При обследовании больной с острым холециститом в условиях поликлиники хирург изучил лабораторные данные. Какие из указанных параметров будут свидетельствовать о неосложненном течении процесса?

- 1. холестеринемия;
- 2. глюкозурия;
- 3. гипербилирубинемия;
- 4. диастазурия;
- 5. лейкоцитоз.

287. На прием к хирургу поликлиники обратилась больная 43 лет с приступом печеночной колики. Какие препараты нельзя использовать для ее лечения?

- 1. но-шпу;
- 2. спазган;
- 3. морфина гидрохлорид;
- 4. атропина сульфат;
- 5. баралгин.

288. При обследовании больной с иктеричностью склер и желтушно-стью кожных покровов амбулаторный хирург выявил ряд симптомов. Какие из них не характерны для калькулезного холецистита и рубцовой стриктуры терминального отдела холедоха?

- 1. повышение щелочной фосфатазы;
- 2. симптом Курвуазье;
- 3. повышение прямого билирубина крови;
- 4. отсутствие стеркобилина в кале;
- 5. расширение холедоха до 2 см.

289. При обследовании в поликлинике хирург выявил у больной желчно-каменную болезнь, холедохолитиаз. От направления в стационар больная отказалась. Какие вероятные осложнения данной патологии могут быть у больной?

- 1. инфаркт миокарда;
- 2. желтуха, холангит;
- 3. хронический активный гепатит;
- 4. анемия;
- 5. триада Сента.

290. При обследовании в поликлинике больной с болями в животе выявлены незначительное вздутие живота, тошнота, периодическая рвота, гиперемия лица и

положительный симптом Керте, лейкоцитоз $10,4 \times 10^9/\text{л}$. Какое заболевание может быть у больной?

- 1. язвенная болезнь желудка;
 - 2. острый холецистит;
 - 3. острый панкреатит;
 - 4. острая кишечная непроходимость;
 - 5. острый гастрит.
-

291. При обследовании в поликлинике больной с явлениями острого панкреатита выявлена болезненность в левом реберно-позвоночном углу. Как называется данный симптом?

- 1. Хвостека;
 - 2. Мэрфи;
 - 3. Мейо-Робсона;
 - 4. Керте;
 - 5. Воскресенского.
-

292. При обследовании больной в поликлинике хирург, заподозрил перитонит. К симптомам перитонита относится:

- 1. рвота;
 - 2. боли в животе;
 - 3. кровавый стул;
 - 4. задержка стула и газов;
 - 5. напряжение мышц передней брюшной стенки.
-

293. При осмотре больного 67 лет, перенесшего 2 месяца назад инфаркт миокарда, хирург поликлиники обнаружил ущемленную паховую грыжу. Ущемление, со слов больного, произошло 3 часа назад. Что следует делать?

- 1. ввести спазмолитики и наркотики;
 - 2. положить больного в горячую ванну;
 - 3. провести экстренную операцию в условиях стационара;
 - 4. наблюдение, холод на живот;
 - 5. вправить грыжу.
-

294. При обследовании в поликлинике больного 56 лет хирург выявил вправимую пахово-мошоночную грыжу больших размеров. Данную патологию следует дифференцировать с:

- 1. прямой грыжей;
 - 2. внутренней грыжей;
 - 3. водянкой яичка;
 - 4. бедренной грыжей;
 - 5. эписпадией.
-

295. В поликлинике хирург установил у больного 72 лет диагноз ущемленной правосторонней паховой грыжи. В анамнезе 2 инфаркта миокарда и хроническая пневмония. С момента ущемления прошло 5 часов. Что следует делать в таком случае?

- 1. назначить теплую ванну и спазмолитики;
 - 2. вправить грыжу;
 - 3. направить в стационар для экстренной операции;
 - 4. наблюдать;
 - 5. назначить анальгетики и вправить грыжу.
-

296. У пожилой больной хирург поликлиники диагностировал ущемленную правостороннюю бедренную грыжу. Что не характерно для данного заболевания?

- 1. положительный симптом кашлевого толчка;
 - 2. невправимость грыжи;
 - 3. напряжение и боли при пальпации грыжи;
 - 4. резкие боли в области грыжи;
 - 5. внезапное начало.
-

297. В поликлинику к хирургу обратился больной, перенесший 3 операции на органах брюшной полости. Хиругом диагностирована послеоперационная грыжа. Что не характерно для данного заболевания?

- 1. плотные края грыжевых ворот;
 - 2. малигнизация;
 - 3. увеличение в размерах со временем;
 - 4. частая невправимость;
 - 5. широкие грыжевые ворота.
-

298. Как в амбулаторных условиях отличить пахово-мошоночную грыжу от водянки оболочек яичка?

- 1. рентгеноскопия;
 - 2. сонография;
 - 3. перкуссия;
 - 4. хромоцистоскопия;
 - 5. диафаноскопия.
-

299. На прием к хирургу пришел больной, в течение 23 лет страдающий язвенной болезнью 12-перстной кишки. В последние года отмечал похудание, запоры, отрыжку с тухлым запахом. Около 1 месяца назад появились судороги в верхних конечностях и подергивания мышц лица. Какое осложнение развилось у больного?

- 1. малигнизация язвы;
 - 2. гастрогенная тетания;
 - 3. кровотечение;
 - 4. пенетрация в поджелудочную железу;
 - 5. гипопаратиреоз.
-

300. Что должен назначить амбулаторный хирург больному с подозрением на перфорацию полого органа брюшной полости?

- 1. гастродуоденоскопию;
 - 2. сонографию;
 - 3. лапароцентез;
-

- 4. контрастную рентгенографию желудка;
- 5. обзорную рентгеноскопию.

301. Хирургу поликлиники следует помнить, что наиболее вероятным осложнением язв передней стенки 12-перстной кишки является:

- 1. малигнизация;
- 2. перфорация;
- 3. кровотечение;
- 4. дуоденостаз;
- 5. пенетрация в головку поджелудочной железы.

302. Хирургу поликлиники следует помнить, что наиболее вероятным осложнением язв задней стенки 12-перстной кишки является:

- 1. перфорация;
- 2. кровотечение;
- 3. малигнизация;
- 4. дуоденостаз;
- 5. все перечисленное.

303. Какое осложнение язвенной болезни 12-перстной кишки является казуистикой?

- 1. пенетрация;
- 2. рубцовая деформация кишки;
- 3. перфорация;
- 4. малигнизация;
- 5. кровотечение.

304. На приеме у хирурга поликлиники больной внезапно начал срыгивать алой пенистой кровью. Какое заболевание может привести к такому осложнению?

- 1. опухоль желудка;
- 2. синдром Меллори-Вейса;
- 3. дивертикул пищевода;
- 4. легочное кровотечение;
- 5. портальная гипертензия.

305. На прием к хирургу явился больной с длительно существующей язвой задней стенки 12-перстной кишки и пенетрацией в головку поджелудочной железы. Какое осложнение может наступить у больного?

- 1. кахексия;
- 2. профузное кровотечение;
- 3. перфорация;
- 4. стеноз;
- 5. малигнизация.

306. Какие осложнения могут развиваться у больного, находящегося на амбулаторном лечении у хирурга поликлиники с дивертикулезом толстого кишечника?

- 1. перитонит;
 - 2. воспалительный инфильтрат;
 - 3. кровотечение;
 - 4. дивертикулит;
 - 5. все перечисленное.
-

307. Какой метод исследования хирургу поликлиники следует назначить больному с подозрением на полипоз толстого кишечника?

- 1. исследование реакции Грегерсена;
 - 2. ультрасонографию;
 - 3. ректороманоскопию;
 - 4. ирригоскопию;
 - 5. колоноскопию.
-

308. Амбулаторный хирург предполагает наличие у пациента ретроцекального аппендицита. Какой из нижеперечисленных симптомов патогномоничен для данной патологии?

- 1. болезненность при надавливании в области треугольника Пти;
 - 2. положительный симптом Щеткина-Блюмберга;
 - 3. боли в эпигастрии;
 - 4. тошнота и рвота.
-

309. Какой из нижеперечисленных рентгенологических признаков не характерен для кишечной непроходимости?

- 1. чаши Клойбера;
 - 2. симптом Кейси;
 - 3. симптом «ниши»;
 - 4. пневматоз кишечника;
 - 5. все перечисленные.
-

310. На прием к амбулаторному хирургу пришел больной с обострением хронического калькулезного холецистита. При осмотре выявляется иктеричность склер, беспокоит зуд, моча темная, кал ахоличный. Какой тип желтухи наблюдается у данного пациента?

- 1. надпеченочная;
 - 2. печеночная;
 - 3. подпеченочная;
 - 4. все перечисленные.
-

311. Симптом Кера при остром холецистите заключается в появлении болезненности:

- 1. в правом подреберье на вдохе;
-

- 2. при постукивании по правой реберной дуге;
- 3. при надавливании между ножками правой грудино-ключично-сосцевидной мышцы;
- 4. при пальпации желчного пузыря.

312. Амбулаторный хирург предполагает наличие у пациента язвенного кровотечения. Какие данные свидетельствуют в пользу данного диагноза?

- 1. рвота «кофейной гущей»;
- 2. мелена;
- 3. развитие анемии;
- 4. все перечисленное.

313. Амбулаторный хирург решил произвести лапароцентез пациенту с асцитом. В каком месте предпочтительно выполнять прокол?

- 1. ниже пупка по средней линии живота;
- 2. выше пупка по средней линии живота;
- 3. справа на уровне пупка;
- 4. в надлобковой области.

314. К достоверным признакам проникающего ранения брюшной полости не относится:

- 1. выпадение из раны петель кишечника;
- 2. выпадение из раны сальника;
- 3. положительный симптом Щеткина-Блюмберга;
- 4. истечение кишечного содержимого из раны.

315. При какой из нижеперечисленных патологий не может наблюдаться положительный симптом Щеткина-Блюмберга?

- 1. остеохондроз поясничного отдела позвоночника;
- 2. инфаркт миокарда;
- 3. перфорация язвы двенадцатиперстной кишки;
- 4. невправимая паховая грыжа.

316. На прием к поликлиническому хирургу обратился больной после 8-недельного стационарного лечения по поводу пневмонии, осложненной гнойным плевритом. Что может служить критерием излечения от «простой» эмпиемы плевры?

- 1. «нормальные» лейкоциты в крови;
- 2. хорошее самочувствие больного;
- 3. уменьшение размеров полости в плевре;
- 4. полное расправление легкого;
- 5. субфебрильная температура.

317. На прием к амбулаторному хирургу обратился больной с жалобами на слабость и повышение температуры тела до 38°C. Из анамнеза выяснено, что в

течение 3 недель он находился в стационаре по поводу правосторонней нижнедолевой пневмонии. Выписан 6 суток назад. При рентгенологическом обследовании обнаружено затемнение в правом легком и уровень жидкости до угла лопатки. Тактика врача:

- 1. пунктировать плевральную полость;
 - 2. направить больного в стационар;
 - 3. назначить массивную антибиотикотерапию;
 - 4. рекомендовать санаторно-курортное лечение;
 - 5. дренировать плевральную полость.
-

318. При обследовании больного, перенесшего пневмонию, хирург заподозрил эмпиему плевры. Какое исследование не надо выполнять для подтверждения указанного диагноза?

- 1. рентгенографию грудной клетки в двух проекциях;
 - 2. пункцию плевральной полости;
 - 3. томографию;
 - 4. торакоскопию.
-

319. При осмотре больного, перенесшего пневмонию, хирург выявил отставание в дыхании правой половины грудной клетки, отсутствие голосового дрожания в этой зоне, ослабление дыхания и резкое притупление по линии Дамуазо. О каком осложнении свидетельствует описанная клиническая картина?

- 1. об абсцессе легкого;
 - 2. о рецидиве пневмонии;
 - 3. о выпотном плеврите;
 - 4. о гангрене легкого;
 - 5. о пневмотораксе.
-

320. В поликлинике хирург при обследовании больного с экссудативным плевритом выявил значительное отхождение мокроты с кашлем. Какой вид был у этой мокроты?

- 1. пенистый с кровью;
 - 2. трехслойный;
 - 3. слизистый;
 - 4. гнойно-гнилостный;
 - 5. со сгустками крови.
-

321. Какие осложнения можно ожидать амбулаторному хирургу у больного с хроническим абсцессом легкого?

- 1. кровотечение;
 - 2. ишемическую болезнь сердца;
 - 3. поддиафрагмальный абсцесс;
 - 4. развитие булл в легком;
 - 5. развитие туберкулеза.
-

322. Мужчина 38 лет, будучи в состоянии алкогольного опьянения, 6 часов проспал в парке на скамейке. Через 2 суток отметил у себя повышение

температуры и боли в грудной клетке справа. К врачу не обращался. 2 последующие недели чувствовал слабость, повышение температуры до 37,5-38°C. Утром при кашле внезапно отошло около 200 мл гноя с неприятным запахом. Обратился на прием к амбулаторному хирургу. Каков вероятный диагноз?

- 1. рак легкого;
 - 2. пневмония;
 - 3. абсцесс легкого;
 - 4. экссудативный плеврит;
 - 5. бронхоэктатическая болезнь.
-

323. Амбулаторный хирург решил сделать пункцию плевральной полости больному с экссудативным плевритом. В каком месте ее следует выполнять?

- 1. в IV межреберье по парастернальной линии;
 - 2. во II межреберье по среднеключичной линии;
 - 3. в VIII межреберье по заднеаксилярной линии;
 - 4. в VIII межреберье по паравертебральной линии.
-

324. У больного, лечившегося амбулаторно по поводу хронического абсцесса правого легкого, внезапно появились боли в грудной клетке, одышка, нарастал цианоз лица и шеи. При перкуссии хирург выявил «коробочный» звук на стороне поражения. О каком осложнении заболевания можно думать?

- 1. об инфаркте миокарда;
 - 2. о пневмотораксе;
 - 3. об экссудативном плеврите;
 - 4. об эмпиеме плевры;
 - 5. о поддиафрагмальном абсцессе.
-

325. У больного 56 лет (курильщика с многолетним стажем), обратившегося к амбулаторному хирургу, выявлен рак легкого. Какой вид мокроты характерен для данного заболевания?

- 1. трехслойный;
 - 2. пенисто-гнойный;
 - 3. цвета «малинового желе»;
 - 4. гнойно-гнилостный.
-

326. При обследовании больного с хроническим абсцессом легкого амбулаторный хирург должен знать, что осложнением данного заболевания не может быть:

- 1. пиопневмоторакс;
 - 2. кровотечение;
 - 3. аневризма грудного отдела аорты;
 - 4. пневмосклероз;
 - 5. сепсис.
-

327. Хирург поликлиники выявил у больного с хроническим абсцессом правого легкого признаки пиопневмоторакса. При этом осложнении показано:

- 1. массивная антибиотикотерапия;
 - 2. эндобронхиальное введение протеолитических ферментов;
 - 3. госпитализация в хирургический стационар;
 - 4. дренирование по Бюллау в условиях поликлиники;
 - 5. введение ферментов в плевральную полость.
-

328. При обнаружении хирургом поликлиники множественных булл в легких у больного наиболее вероятны осложнения в виде:

- 1. спонтанного пневмоторакса;
 - 2. легочного кровотечения;
 - 3. инфаркта миокарда;
 - 4. тромбоэмболии легочной артерии;
 - 5. все перечисленное неверно.
-

329. При обследовании в поликлинике больного с острым пневмотораксом хирург не мог определить следующий признак:

- 1. коллапс легкого;
 - 2. анемию;
 - 3. одышку в покое;
 - 4. внезапную боль в грудной клетке;
 - 5. тахикардию.
-

330. При перкуссии больного хирург поликлиники выявил линию Дамуазо. Это бывает при:

- 1. экссудативном плеврите;
 - 2. поддиафрагмальном плеврите;
 - 3. перикардите;
 - 4. гемотораксе;
 - 5. пневмотораксе.
-

331. Хирург поликлиники должен помнить, что наиболее часто спонтанный пневмоторакс возникает при:

- 1. эмпиеме плевры;
 - 2. раке легкого;
 - 3. бронхоэктатической болезни;
 - 4. буллезных кистах легкого;
 - 5. ателектазе легкого.
-

332. При обследовании в поликлинике хирург выявил у больного свернувшийся гемоторакс. Наиболее часто он бывает при:

- 1. эмпиеме плевры;
 - 2. травме грудной клетки;
 - 3. инфарктной пневмонии;
 - 4. центральном раке легкого;
 - 5. ни при одном из названных.
-

333. На прием к хирургу поликлиники обратился больной после сильного ушиба грудной клетки, который не мог привести к:

- 1. гемотораксу;
 - 2. асистолии;
 - 3. аритмии;
 - 4. гематоме легкого;
 - 5. коллапсу легкого.
-

334. К признакам бронхоэктатической болезни не относится:

- 1. кашель;
 - 2. молодой возраст;
 - 3. кровохарканье;
 - 4. симптом Горнера;
 - 5. одышка.
-

335. Какой дополнительный метод исследования должен использовать амбулаторный хирург для уточнения диагноза бронхоэктатической болезни?

- 1. рентгенография легких в 2 проекциях;
 - 2. томография;
 - 3. бронхография;
 - 4. бронхоскопия;
 - 5. все названные методы.
-

336. Какое исследование можно не выполнять амбулаторному хирургу для исключения эмпиемы плевры?

- 1. пункцию плевральной полости;
 - 2. рентгенографию легких в 2 проекциях;
 - 3. бронхоскопию;
 - 4. томографию;
 - 5. гастроскопию.
-

337. Амбулаторный хирург решил сделать пункцию плевральной полости больному с пневмотораксом. В каком месте ее следует выполнять?

- 1. в IV межреберье по парастеральной линии;
 - 2. во II межреберье по среднеключичной линии;
 - 3. в VIII межреберье по заднеаксилярной линии;
 - 4. в VIII межреберье по паравертебральной линии.
-

338. О каком патологическом процессе следует подумать в первую очередь при наличии у больного нарастающей подкожной эмфиземы?

- 1. открытом пневмотораксе;
 - 2. клапанном пневмотораксе;
 - 3. ранении мягких тканей шеи;
 - 4. большом гемотораксе.
-

339. Хирург при обследовании больного с закрытым переломом ребра выявил у него подкожную эмфизему. О каком осложнении перелома можно думать?

- 1. повреждение легкого;
 - 2. присоединение вторичной инфекции;
 - 3. гемопневмоторакс;
 - 4. пневмоторакс.
-

340. Наложение окклюзионной повязки показано при всех видах повреждений грудной клетки, кроме:

- 1. закрытого пневмоторакса;
 - 2. открытого пневмоторакса;
 - 3. клапанного пневмоторакса;
 - 4. показано при всех ситуациях.
-

341. Подкожная эмфизема не является признаком:

- 1. открытого пневмоторакса;
 - 2. клапанного пневмоторакса;
 - 3. повреждения трахеи;
 - 4. гемоторакса.
-

342. В поликлинику привели пожилого больного с сильными болями в животе. Выяснено, что боли начались 4 часа назад внезапно, в верхней трети живота. Ранее лечился по поводу ишемической болезни сердца, пневмонии и гастрита. При объективном исследовании: пульс - 88 уд./мин, АД - 120/80 мм рт. ст., умеренное напряжение мышц передней брюшной стенки, симптом Щеткина-Блюмберга положительный, в эпигастрии пальпируется объемное образование. В анализах: эритроциты - $4,8 \times 10^{12}/л$, лейкоциты - $14,4 \times 10^9/л$. С каким диагнозом больного необходимо перевести в хирургический стационар?

- 1. инфаркт миокарда;
 - 2. перфоративный рак желудка;
 - 3. расслаивающая аневризма аорты;
 - 4. панкреонекроз;
 - 5. заворот кишечника.
-

343. В поликлинику к хирургу обратился больной с жалобами на периодические боли в желудке. При обследовании обнаружены полипы желудка. Какие полипы можно удалить амбулаторно с применением эндоскопической технологии?

- 1. полипы на фоне ахилического гастрита;
 - 2. тотальный полипоз желудка;
 - 3. одиночный железистый полип;
 - 4. полипы с широким (более 2 см) основанием;
 - 5. полип из дна язвы желудка.
-

344. При обследовании больной в поликлинике хирург выявил опухоль и заподозрил рак желудка. Какие состояния и метастазы в какие органы не являются характерными для IV стадии рака желудка?

- 1. в яичник;
 - 2. в пупок;
 - 3. в подмышечную область;
 - 4. асцит;
 - 5. в левую надключичную область.
-

345. В поликлинике хирург, обследуя больного 58 лет, длительное время страдавшего гастритом, заподозрил рак желудка. Что из них нельзя отнести к синдрому «малых признаков» по А.И. Савицкому?

- 1. беспричинную слабость;
 - 2. снижение аппетита;
 - 3. беспричинное прогрессирующее похудание;
 - 4. рвоту;
 - 5. анемию.
-

346. При обследовании в поликлинике больного, длительное время страдавшего язвой желудка, хирург сделал ему контрастную рентгенографию с барием. Какие результаты могут насторожить хирурга относительно возможной малигнизации язвы?

- 1. жидкость натошак;
 - 2. форма желудка в виде «рыболовного крючка»;
 - 3. диаметр язвы 2,5 см;
 - 4. задержка эвакуации;
 - 5. симптом Декервена.
-

347. Какой из методов исследования у больного с подозрением на рак желудка в условиях поликлиники можно считать наиболее достоверным?

- 1. рентгенография желудка;
 - 2. гастроскопия;
 - 3. гастроскопия с полифокусной биопсией;
 - 4. цитология промывных вод желудка;
 - 5. исследование кислотности желудочного содержимого.
-

348. На прием к хирургу в поликлинику обратился больной, который сообщил, что 2 года назад перенес операцию по поводу злокачественной опухоли желудка. Документы подтвердили данный факт. Какое из возможных оперативных вмешательств при данной патологии следует считать радикальным?

- 1. экстирпация желудка с лимфодиссекцией;
 - 2. резекция желудка;
 - 3. гастроэнтероанастомоз;
 - 4. операция Наумана;
 - 5. прошивание опухоли.
-

349. В поликлинику к хирургу обратился больной 56 лет с жалобами на оформленный черный стул, периодическую рвоту цвета «кофейной гущи». Считает, что заболел около 4 месяцев назад, когда отметил у себя снижение аппетита, похудание, немотивированную слабость. При объективном обследовании: гемодинамика стабильная, кожные покровы бледные, при

пальпации живота патологии не отмечено, на перчатке после ректального пальцевого исследования - каловые массы черного цвета. В анализах - анемия. О каком заболевании может идти речь?

- 1. рак желудка;
 - 2. стенокардия;
 - 3. полипоз желудка;
 - 4. цирроз печени;
 - 5. лейкоз.
-

350. На симптоматическое лечение к хирургу в сельскую амбулаторию поступил больной с IV стадией рака желудка. Какие осложнения заболевания обуславливают необходимость решения вопроса об оперативном лечении?

- 1. резкое похудание;
 - 2. анемия;
 - 3. нарушение проходимости пищи;
 - 4. слабость;
 - 5. боли за грудиной.
-

351. Для лечения по месту жительства в сельскую амбулаторию обратился больной 54 лет, перенесший паллиативную операцию по поводу рака желудка. Какие факторы могут привести к повторному оперативному вмешательству?

- 1. анемия;
 - 2. резкое похудание;
 - 3. спаечная непроходимость;
 - 4. постоянный болевой синдром;
 - 5. периодическое кровохарканье.
-

352. При изучении сопроводительной медицинской документации больного, перенесшего субтотальную резекцию желудка по поводу рака, хирург поликлиники выявил, что опухоль не прорастала серозный слой, отдаленных метастазов не выявлено. Укажите стадию заболевания:

- 1. I;
 - 2. II;
 - 3. III;
 - 4. IV.
-

353. При первичном обращении к хирургу в поликлинику у больного заподозрена опухоль пищевода. Какие из симптомов, имеющих у больного, не могут указывать на это?

- 1. аритмия;
 - 2. кашель;
 - 3. дисфагия;
 - 4. головные боли;
 - 5. цианоз лица.
-

354. К факторам риска развития рака пищевода не относится:

- 1. ожирение;
 - 2. курение;
 - 3. злоупотребление алкоголем;
 - 4. употребление горячей пищи;
 - 5. действие нитрозаминов.
-

355. На прием к хирургу районной поликлиники обратился больной после стационарного оперативного лечения в онкодиспансере. Известно, что у больного имеется IIA стадия заболевания. Это значит, что:

- 1. опухоль протяженностью до 3 см, без метастазов, локализована в слизистой оболочке;
 - 2. протяженностью 3-5 см, не прорастает мышечную оболочку, метастазов нет;
 - 3. опухоль протяженностью 3 см с прорастанием в мышечную оболочку, метастазов нет;
 - 4. опухоль размерами 4 см, прорастает в мышечную оболочку, имеется метастаз в правое легкое.
-

356. При обследовании больного хирургом в районной поликлинике выявлен ряд симптомов, свидетельствующих о раке пищевода. Какие из них нельзя считать ранними?

- 1. локальное утолщение стенки;
 - 2. ригидность стенки;
 - 3. синдром «верхней поллой вены»;
 - 4. участок измененного цвета;
 - 5. сглаженность складок.
-

357. В районную поликлинику к хирургу поступил больной из областного онкодиспансера. В медицинской документации указано, что больному сделана радикальная операция. Какое из перечисленных оперативных вмешательств нельзя считать радикальным?

- 1. экстирпация пищевода по Черноусову;
 - 2. операция Льюиса;
 - 3. гастростомия по Витцелю;
 - 4. операция Добромыслова-Торека.
-

358. На приеме в районной поликлинике у больного 48 лет (курильщика с многолетним стажем) хирургом после тщательного комплексного обследования заподозрена атипичная форма рака легкого. К ней не следует относить:

- 1. медиастинальную форму;
 - 2. милиарный канцероматоз;
 - 3. пневмониеподобный рак;
 - 4. рак Савицкого.
-

359. Хирургом районной поликлиники у больного 62 лет заподозрен рак легкого. Какой из факторов нельзя считать фактором риска данного заболевания?

- 1. курение;

- 2. воздействие бензопирена;
 - 3. железистый полип желудка;
 - 4. хронический бронхит.
-

360. При изучении сопроводительной документации хирургом районной поликлиники выявлено, что больной перенес операцию по по-воду рака легкого III Б стадии. Что из себя представляла опухоль?

- 1. опухоль до 3 см, без метастазов;
 - 2. опухоль 4 см, метастазы в бронхолегочных лимфоузлах;
 - 3. опухоль 6 см, с метастазами в бронхолегочные узлы;
 - 4. опухоль 3 см, синдром «верхней поллой вены».
-

361. Какие исследования позволят верифицировать диагноз у больного с папилломой главного бронха хирургу районной поликлиники при подозрении на рак легкого?

- 1. общий анализ крови;
 - 2. анализ мочи на амилазную активность;
 - 3. бронхоскопия с биопсией;
 - 4. бронхография;
 - 5. определение кислотности желудочного сока.
-

362. С какими заболеваниями хирургу поликлиники не следует дифференцировать периферический рак легкого у больного 58 лет:

- 1. доброкачественные опухоли легких;
 - 2. кисты легких;
 - 3. метастатический рак;
 - 4. межреберная невралгия;
 - 5. ишемическая болезнь сердца.
-

363. При оценке обзорной рентгенограммы грудной клетки хирургом поликлиники выявлен ряд характерных симптомов. Какой из них не является специфическим для рака Панкоста?

- 1. дугообразно выпуклая книзу тень;
 - 2. локализация затемнения в нижней доле легкого;
 - 3. узурация I ребра;
 - 4. локализация затемнения в области верхушки легкого.
-

364. При обследовании больного 65 лет с подозрением на рак легкого хирургом поликлиники выявлены птоз, миоз и энофтальм справа. Для какой опухоли является характерным такое сочетание симптомов?

- 1. для центрального рака легкого;
 - 2. для медиастинальной формы;
 - 3. для рака Панкоста;
 - 4. для пневмониеподобного рака нижней доли.
-

365. При оценке рентгенологических данных у больного с подозрением на центральный рак легкого хирургом поликлиники обнаружен ряд признаков заболевания. Какой из них нельзя считать типичным для центральной локализации опухоли?

- 1. бронхостеноз;
- 2. ателектаз;
- 3. поликистоз легкого;
- 4. обрыв культи бронха;
- 5. «парадоксальный» корень легкого.

366. Для оценки биопсийного материала больного с опухолью грудной клетки хирургом поликлиники получено заключение гистолога. Какое из перечисленных названий обозначает зло-качественное поражение?

- 1. гамартома;
- 2. аденома;
- 3. фиброма;
- 4. аденокарцинома;
- 5. невринома.

367. К хирургу поликлиники обратилась больная 54 лет. При обследовании выявлена опухоль желудка. Какие признаки позволят считать опухоль радикально неоперабельной?

- 1. локализация в кардиальном отделе;
- 2. метастаз Крукенберга;
- 3. ограниченная смещаемость опухоли при пальпации;
- 4. умеренная анемия.

368. При обследовании в поликлинике больного с раком тела желудка обнаружено, что опухоль пальпируется и имеется ряд ее осложнений. Какие из них позволяют считать опухоль нерезектабельной?

- 1. наличие незначительных кровотечений и анемии;
- 2. повышение СОЭ;
- 3. жидкость в брюшной полости;
- 4. одиночный метастаз в правом легком;
- 5. множественные отдаленные метастазы.

369. При обследовании больного с IV стадией рака желудка амбулаторный хирург выявил метастаз Шницлера. Он расположен:

- 1. в левой надключичной области;
- 2. в области пупка;
- 3. в дугласовом пространстве;
- 4. в печени;
- 5. в легком.

370. У больного раком желудка хирург поликлиники выявил признаки дисфагии. Для какой локализации рака они являются характерными?

- 1. пилорической;
 - 2. кардиальной;
 - 3. тела желудка;
 - 4. дна желудка;
 - 5. угла желудка.
-

371. У больного раком желудка выявлен метастаз Вирхова. Какая стадия заболевания у больного?

- 1. первая;
 - 2. вторая;
 - 3. третья;
 - 4. четвертая.
-

372. При обследовании больного в поликлинике хирург выявил полип желудка. Какой полип, наиболее вероятно, является малигнизированным?

- 1. при диаметре 0,5 см;
 - 2. при диаметре 1 см;
 - 3. при диаметре 2 см;
 - 4. размер не имеет значения.
-

373. При полипэктомии желудка в условиях поликлиники хирургу следует помнить, что малигнизация полипа более вероятна:

- 1. у основания;
 - 2. в теле;
 - 3. в верхушке.
-

374. При обследовании в поликлинике хирург выявил у больного с язвенной болезнью желудка прогрессирующее похудание, снижение аппетита и анемию. В левой надключичной области обнаружен плотный малоподвижный лимфатический узел. О чем можно думать в данной ситуации?

- 1. о малигнизированной язве желудка;
 - 2. о диафрагмальной грыже;
 - 3. о полипе желудка;
 - 4. о язвенном кровотечении;
 - 5. о лимфадените.
-

375. Какой метод исследования в условиях поликлиники можно считать наиболее информативным при раннем выявлении рака желудка?

- 1. контрастное рентгенологическое исследование;
 - 2. гастроскопию с биопсией;
 - 3. лапароскопию;
 - 4. цитологическое исследование промывных вод желудка;
 - 5. пальпацию.
-

376. При какой локализации рак желудка клинически протекает малосимптомно?

- 1. выходной отдел;
 - 2. кардиальный отдел;
 - 3. тело желудка;
 - 4. антральный отдел.
-

377. При обследовании в поликлинике у больного выявлен малигнизированный полип тела желудка. Что показано больному?

- 1. оперативное лечение в условиях стационара;
 - 2. эндоскопическая полипэктомия в условиях стационара;
 - 3. эндоскопическая полипэктомия в условиях поликлиники;
 - 4. наблюдение и консервативная терапия.
-

378. При подозрении на метастазирование в печень больного с раком желудка хирург поликлиники должен назначить:

- 1. лапараскопию;
 - 2. ультрасонографию;
 - 3. рентгенологическое исследование желудка;
 - 4. РХПГ;
 - 5. гастроскопию с биопсией.
-

379. Хирург поликлиники должен знать, что к диффузным формам рака не относят:

- 1. маститоподобную;
 - 2. панцирный рак;
 - 3. рак Педжета;
 - 4. рожеподобную;
 - 5. отечно-инфильтративную.
-

380. При исключении запущенной формы рака молочной железы амбулаторный хирург прежде всего должен искать метастазы в:

- 1. кости;
 - 2. головной мозг;
 - 3. средостение;
 - 4. почки;
 - 5. печень.
-

381. В поликлинике при обследовании больного с центральным раком легкого наиболее часто рентгенологически можно выявить:

- 1. ограниченный плеврит;
 - 2. наличие округлой тени в легком;
 - 3. ателектаз;
 - 4. появление «дорожки» к корню легкого;
 - 5. расширение тени сердца.
-

382. Амбулаторному хирургу следует знать, что к предраковым заболеваниям желудка относятся все перечисленные, кроме:

- 1. полипоза желудка;
 - 2. болезни Менетрие;
 - 3. синдрома Меллори-Вейса;
 - 4. хронической язвы желудка;
 - 5. кишечной метаплазии слизистой оболочки желудка.
-

383. При обследовании в поликлинике хирург заподозрил у больного рак желудка. Какое заболевание не могло явиться предраком желудка:

- 1. полипоз желудка;
 - 2. ахалазия кардии 2 степени;
 - 3. фитобезоар;
 - 4. хронический атрофический гастрит;
 - 5. язвенная язва желудка.
-

384. При обследовании в поликлинике больного раком легкого следует помнить, что данное заболевание следует дифференцировать:

- 1. с доброкачественными опухолями;
 - 2. с метастазами других опухолей в легкие;
 - 3. со всеми перечисленными;
 - 4. ни с одним из них;
 - 5. с затянувшейся пневмонией.
-

385. При обследовании хирургом поликлиники больного с медиастинальной формой рака можно выявить:

- 1. симптом Горнера;
 - 2. осиплость голоса;
 - 3. расширение тени средостения;
 - 4. отек лица;
 - 5. все перечисленное.
-

386. Амбулаторный хирург должен знать, что наиболее часто встречающейся доброкачественной опухолью пищевода является:

- 1. папиллома;
 - 2. лейомиома;
 - 3. липома;
 - 4. аденома;
 - 5. аденокарцинома.
-

387. Какую операцию амбулаторному хирургу следует назначить больной с фиброаденомой молочной железы?

- 1. секторальную резекцию;
 - 2. мастэктомию;
 - 3. ампутацию молочной железы;
 - 4. операцию Пейти;
 - 5. все ответы неверны.
-

388. На прием к хирургу поликлиники обратился 56-летний больной, выкуривавший по 40 сигарет в день, с жалобами на сухой надрывной кашель в течение полугода. За последние 2 месяца больной отметил похудание на 8 кг. При обследовании обнаружены увеличенные, ограниченно смещаемые надключичные лимфоузлы справа. Предположительный диагноз:

- 1. хроническая пневмония;
 - 2. хронический бронхит;
 - 3. рак легкого;
 - 4. тиреотоксикоз;
 - 5. туберкулез.
-

389. В поликлинике на приеме у хирурга больной пожаловался на боли в левом плечевом суставе. При обследовании обнаружены птоз, миоз, энофтальм и атрофия мышц верхней конечности слева. На обзорной рентгенограмме грудной клетки - затемнение в области вершины правого легкого с узурацией I-II ребер. Какое заболевание у больного?

- 1. хроническая пневмония;
 - 2. туберкулома легкого;
 - 3. артрозо-артрит плечевого сустава;
 - 4. рак Панкоста;
 - 5. центральный рак.
-

390. Какие осложнения не могут развиваться у больного с неоперабельным раком ободочной кишки, находящегося на амбулаторном лечении по месту жительства?

- 1. острая кишечная непроходимость;
 - 2. кровотечение;
 - 3. холангит;
 - 4. перитонит;
 - 5. перифокальное воспаление.
-

391. Какое лечение должен предложить амбулаторный хирург больной с узловым зобом 2 степени?

- 1. иссечение узла с тканью железы и срочным гистологическим исследованием;
 - 2. энуклеацию узла;
 - 3. субтотальную струмэктомию;
 - 4. гемиструмэктомию с резекцией перешейка;
 - 5. консервативное лечение тироксином.
-

392. У больной на 10 сутки после операции струмэктомии возникли судороги, симптомы Хвостека и Труссо. Какое осложнение у больной?

- 1. травма гортанных нервов;
 - 2. гипопаратиреоз;
 - 3. тиреотоксикоз;
 - 4. гипотиреоз;
 - 5. тиреотоксический криз.
-

393. Амбулаторный хирург у больных, перенесших оперативные вмешательства на щитовидной железе, может ожидать следующие осложнения:

- 1. гематому;
 - 2. гипокальцемию;
 - 3. гипотиреоз;
 - 4. келоидный рубец;
 - 5. все перечисленные.
-

394. К симптомам тиреотоксикоза амбулаторный хирург может отнести все перечисленные, исключая:

- 1. эмоциональную возбудимость;
 - 2. плохой сон;
 - 3. сердцебиение;
 - 4. аритмию;
 - 5. симптом Хвостека.
-

395. Появление зоба у значительного числа лиц, живущих на одной территории, будет определено Вами как:

- 1. спорадический зоб;
 - 2. тиреоидит;
 - 3. эндемический зоб;
 - 4. эпидемический зоб;
 - 5. массовый тиреотоксикоз.
-

396. При загрудинном зобе амбулаторный хирург не обнаружит следующий признак:

- 1. анемию;
 - 2. пульсацию над грудиной;
 - 3. смещение пищевода при рентгенологическом исследовании;
 - 4. одутловатость лица и шеи;
 - 5. расширение вен верхнего плечевого пояса.
-

397. При обследовании в поликлинике 26-летней женщины выявлены выпадение волос, нервозность, потливость, постоянное чувство голода, похудание на 12 кг. Предварительный диагноз:

- 1. гипертиреоз;
 - 2. язвенная болезнь желудка;
 - 3. гипотиреоз;
 - 4. рак желудка;
 - 5. феохромоцитома.
-

398. При болезни Базеда амбулаторный хирург может не выявить на приеме у больной:

- 1. зоб;
 - 2. тахикардию;
-

- 3. экзофтальм;
 - 4. брадикардию;
 - 5. диастолический шум на верхушке сердца.
-

399. Амбулаторному хирургу следует помнить, что наиболее частым осложнением после операции субтотальной тиреоидэктомии является:

- 1. экзофтальм;
 - 2. повреждение возвратного нерва;
 - 3. кровотечение;
 - 4. тетания;
 - 5. гипотиреоз.
-

400. При обследовании больной с тиреотоксикозом хирург поликлиники выявил ряд симптомов. Какой из них не является следствием тиреотоксикоза?

- 1. симптомы Греффе и Мебиуса;
 - 2. тахикардия;
 - 3. экзофтальм;
 - 4. тремор конечностей;
 - 5. верхней полой вены.
-

401. При определении показаний к оперативному лечению зоба амбулаторному хирургу следует исключить:

- 1. тиреотоксический зоб;
 - 2. узловой эутиреоидный зоб;
 - 3. висцеропатическую стадию тиреотоксического зоба;
 - 4. множественный узловой зоб;
 - 5. диффузный гипотиреоидный зоб.
-

402. Амбулаторному хирургу следует знать, что к хроническим тиреоидитам не относят:

- 1. струмит Хашимото;
 - 2. зоб Риделя;
 - 3. тиреоидит де Кервена;
 - 4. аденому щитовидной железы.
-

403. Какой из описанных симптомов амбулаторному хирургу не следует относить к гипотиреоидному состоянию?

- 1. увеличение массы тела;
 - 2. гипергидроз;
 - 3. тахикардию;
 - 4. слабость концентрации внимания;
 - 5. выпадение волос.
-

404. Какой признак из перечисленных при зобе 2 степени не является симптомом тиреотоксического сердца?

- 1. систолический шум на верхушке;
 - 2. высокое систолическое давление;
 - 3. сдавливающий перикардит;
 - 4. аритмия;
 - 5. кардиодилатация.
-

405. При осмотре в поликлинике хирург выяснил, что у больной 60 лет последние 3 месяца стал быстро увеличиваться узел в левой доле щитовидной железы. Явлений тиреотоксикоза нет. При сканировании щитовидной железы обнаружен «холодный» узел. Предварительный диагноз:

- 1. метастаз рака легкого;
 - 2. киста щитовидной железы;
 - 3. липома щитовидной железы;
 - 4. рак щитовидной железы;
 - 5. эхинококковая киста.
-

406. Что амбулаторному хирургу не следует считать осложнением при операциях на щитовидной железе?

- 1. повреждение трахеи;
 - 2. гипотиреоз;
 - 3. развитие хронической венозной недостаточности;
 - 4. повреждение пищевода;
 - 5. гематому.
-

407. Какую наиболее адекватную операцию должен предложить больной амбулаторный хирург при диффузном токсическом зобе?

- 1. гемитиреоидэктомию;
 - 2. субтотальную резекцию щитовидной железы;
 - 3. субтотальную резекцию щитовидной железы.
-

408. Какие синонимы диффузного токсического зоба должен знать амбулаторный хирург?

- 1. болезнь Панкоста;
 - 2. болезнь Менетрие;
 - 3. болезнь Педжета;
 - 4. болезнь Боткина;
 - 5. болезнь Гревса-Базеда.
-

409. Чем следует лечить амбулаторному хирургу явления тиреотоксикоза?

- 1. тиреоидином;
 - 2. резерпином;
 - 3. мерказолилом;
 - 4. папаверином;
 - 5. все правильно.
-

410. В поликлинику обратилась больная с аберрантной формой зоба. Что это такое?

- 1. атипичное расположение щитовидной железы;
 - 2. рак щитовидной железы;
 - 3. метастазы рака щитовидной железы в печень;
 - 4. все верно;
 - 5. все неверно.
-

411. При обследовании в поликлинике больной с узловым зобом выявлено эутиреотидное состояние. При каком уровне основного обмена это возможно?

- 1. +10%;
 - 2. +30%;
 - 3. +40%;
 - 4. +50%;
 - 5. +60%.
-

412. В поликлинику обратилась больная с базедовой болезнью для решения вопроса об оперативном лечении. Что не является показанием к данному методу лечения?

- 1. узловой токсический зоб;
 - 2. узловой эутиреотидный зоб;
 - 3. тиреотоксический зоб тяжелой степени;
 - 4. большой зоб, сдавливающий окружающие органы шеи;
 - 5. диффузный токсический зоб легкой степени.
-

413. Хирург поликлиники при обследовании больной 26 лет заподозрил у нее тиреотоксикоз. Какие из указанных симптомов можно отнести к проявлениям тиреотоксикоза?

- 1. сердцебиение;
 - 2. изжогу;
 - 3. птоз;
 - 4. симптом Ортнера;
 - 5. повышенную массу тела.
-

414. При первичном обследовании больной была выявлена базедова болезнь. Для нее не характерны:

- 1. симптом Штельбаха;
 - 2. экзофтальм;
 - 3. симптом Мебиуса;
 - 4. зоб;
 - 5. брадикардия.
-

415. 20-летняя женщина обратилась к амбулаторному хирургу с жалобами на утолщение на передней поверхности шеи. При обследовании выявлено, что щитовидная железа значительно диффузно увеличена, мягкая, подвижная;

белковосвязанный йод, тироксин и поглощение радиоактивного йода увеличены, основной обмен +50%. Как лечить больную?

- 1. оперативно - субтотальная струмэктомия;
 - 2. консервативно - гормонами щитовидной железы;
 - 3. аспирином;
 - 4. преднизолоном;
 - 5. плазмаферезом.
-

416. При лечении гранулирующих инфицированных ран наибольшим бактерицидным действием обладает:

- 1. раствор риванола;
 - 2. раствор фурацилина;
 - 3. раствор йодопирона;
 - 4. перекись водорода;
 - 5. мазь Вишневского.
-

417. Когда следует использовать мази при лечении глубоких ограниченных ожогов?

- 1. до отторжения некротического струпа;
 - 2. после отторжения некроза;
 - 3. не имеет значения;
 - 4. мази не показаны.
-

418. При I—II степенях ожогов кистей рук предпочтительно использовать:

- 1. аэрозоли;
 - 2. мази на водорастворимой основе;
 - 3. мази на жирорастворимой основе;
 - 4. повязки с фурацилином;
 - 5. биологические покрытия.
-

419. Ранняя некрэктомия при ожогах кисти допустима при:

- 1. наличии ограниченного ожогового струпа в области ладони;
 - 2. наличии ограниченного ожогового струпа в области тыла кисти при локализации не глубже собственной фасции;
 - 3. распространенных глубоких ожогах в области ладони;
 - 4. распространенных глубоких ожогах в области тыла ладони.
-

420. Не является свидетельством ожога верхних дыхательных путей:

- 1. осиплость голоса;
 - 2. затрудненное дыхание;
 - 3. большая площадь ожога;
 - 4. локализация ожога на лице.
-

421. В лечении влажных ожоговых поверхностей в условиях поликлиники следует использовать:

- 1. мази на жирорастворимой основе;
 - 2. мази на водорастворимой основе;
 - 3. биологические покрытия;
 - 4. повязки с фурацилином.
-

422. При лечении в поликлинике ожогов, инфицированных грамотрицательной флорой, не эффективна:

- 1. фурацилиновая мазь;
 - 2. борная мазь;
 - 3. йодопионовая мазь;
 - 4. мафенид.
-

423. Какую первую помощь следует оказать больному с ожогом?

- 1. поместить пострадавшую конечность под холодную воду с последующим наложением асептической повязки;
 - 2. наложить спиртовой компресс;
 - 3. присыпать сухими антибиотиками;
 - 4. все верно.
-

424. Какой слой кожи повреждается при ожоге III А степени?

- 1. эпидермис;
 - 2. сетчатый слой;
 - 3. сосочковый слой;
 - 4. подкожно-жировая клетчатка.
-

425. Что является специфическим для ожогов лица?

- 1. поражение глаз;
 - 2. ожог дыхательных путей;
 - 3. частое развитие психозов;
 - 4. сочетание с ожогами шеи;
 - 5. все перечисленное.
-

426. Когда амбулаторному хирургу следует использовать антибиотики у больных с ожогами кожи?

- 1. при ограниченных глубоких ожогах;
 - 2. при поверхностных ожогах;
 - 3. при осложнениях;
 - 4. при явлениях инфицирования ограниченной ожоговой раны.
-

427. Сколько степеней выделяют для характеристики глубины термического ожога?

- 1. одну;
 - 2. две;
 - 3. три;
-

- 4. четыре;
 - 5. пять.
-

428. Для эректильной фазы шока не характерно:

- 1. возбуждение;
 - 2. урежение частоты дыхания;
 - 3. тахикардия;
 - 4. бледность и похолодание неповрежденной кожи;
 - 5. повышение артериального давления.
-

429. При определении степени ожога учитывается:

- 1. оценка площади повреждения;
 - 2. спиртовая проба;
 - 3. локализация повреждения;
 - 4. все вышеперечисленное;
 - 5. ничего из вышеперечисленного.
-

430. При ожоге какой степени невозможно самостоятельное заживление раны?

- 1. I—II степень;
 - 2. II степень;
 - 3. III А степень;
 - 4. III Б-IV степень.
-

431. Сколько степеней выделяют для характеристики глубины отморожения?

- 1. одну;
 - 2. две;
 - 3. три;
 - 4. четыре.
-

432. При обращении больного с отморожением для согревания следует:

- 1. приложить горячую грелку к участку отморожения;
 - 2. погрузить отмороженный участок в прохладную воду (25-30°C) и постепенно повышать ее температуру;
 - 3. погрузить отмороженный участок в горячую воду;
 - 4. погрузить больного целиком в горячую ванну.
-

433. Для отморожения не характерно:

- 1. побледнение кожи;
 - 2. похолодание кожи;
 - 3. снижение или потеря всех видов чувствительности в зоне повреждения;
 - 4. гиперемия кожи.
-

434. При ожоге III Б степени поражается:

- 1. только эпидермис;
-

- 2. кожа до росткового слоя;
 - 3. кожа на всю глубину;
 - 4. кожа и подлежащие структуры.
-

435. При обследовании больного 34 лет в поликлинике хирургом выявлен ряд жалоб на чувство «царапанья» в горле, слюнотечение, неловкость при глотании, необходимость запивать еду водой, ночной кашель и выделения изо рта. Для какого заболевания характерны такие симптомы?

- 1. рака легкого;
 - 2. рака пищевода;
 - 3. церкеровского дивертикула;
 - 4. опухоли средостения;
 - 5. язвенной болезни желудка.
-

436. Какие рекомендации по консервативной терапии не должен давать амбулаторный хирург больному с дивертикулами пищевода?

- 1. щадящая рациональная диета и дробное питание;
 - 2. постуральный дренаж после приема пищи и промывание пищевода минеральной водой;
 - 3. местные анестетики;
 - 4. питание в клиностаическом положении;
 - 5. прием перед едой 1-2 ложек растительного масла.
-

437. При обследовании хирургом поликлиники мужчины с жалобами на боли за грудиной, дисфагию и регургитацию заподозрена ахалазия кардии. Рентгенологически и эндоскопически выявлены значительное расширение пищевода, отсутствие симптома раскрытия кардии, обусловленные рубцовым процессом. Укажите стадию заболевания:

- 1. I;
 - 2. II;
 - 3. III;
 - 4. IV.
-

438. Какое лечение должен предложить хирург поликлиники больному с ахалазией кардии III стадии?

- 1. консервативное лечение;
 - 2. кардиодилатацию;
 - 3. операцию кардиомиотомии;
 - 4. резекцию кардиального отдела желудка;
 - 5. гастростомию.
-

439. Какие препараты консервативной терапии нецелесообразно назначать больному с кардиоспазмом в условиях поликлиники?

- 1. местные анестетики;
 - 2. церукал;
 - 3. витамины группы B;
-

- 4. вазопрессоры;
 - 5. нитропрепараты.
-

440. На амбулаторный прием к хирургу привели молодого мужчину в состоянии алкогольного опьянения с колото-резаной раной шеи слева. Больной жалуется на боль в ране при глотании и дисфагию. Явлений шока и кровотечения нет. При объективном обследовании обнаружена подкожная эмфизема. Какие органы, с наибольшей вероятностью, повреждены у больного?

- 1. легкое;
 - 2. пищевод;
 - 3. только мышцы шеи;
 - 4. сосуды шеи;
 - 5. гортань.
-

441. На прием к хирургу поликлиники явился больной 34 лет. Данные анамнеза: 5 суток назад в бытовой ссоре он получил удар ножом в область шеи. Чувствовал себя относительно удовлетвори-тельно, затем появилась тугоподвижность шеи, температура тела повысилась до 38,4°C. При обзорном рентгенологическом исследовании обнаружена прослойка газа в мягких тканях шеи, увеличение предпозвоночного пространства и смещение трахеи кпереди. С ранением какого органа столкнулся хирург?

- 1. гортани;
 - 2. пищевода;
 - 3. легкого;
 - 4. мягких тканей шеи.
-

442. На прием к амбулаторному хирургу явился больной с жалобами на затруднение глотания, повышение температуры, чувство инородного тела в пищеводе. Данные анамнеза: 3 суток назад при приеме пищи он подавился мелкой рыбьей костью. При обследовании выявлено: состояние больного средней тяжести, пульс - 92 уд./мин, температура тела - 38,4°C. На обзорной рентгенографии имеется газ в средостении. Что должен назначить хирург?

- 1. эзофагоскопию;
 - 2. консервативное лечение;
 - 3. экстренную госпитализацию специализированным транспортом;
 - 4. анализы крови и мочи.
-

443. На прием к амбулаторному хирургу явился больной 34 лет с жалобами на боли в горле, затруднение глотания, повышение температуры, слабость и черный стул. Из анамнеза выяснено, что 3 суток назад больной случайно выпил небольшое количество уксусной эссенции. При обследовании выявлены: умеренный лейкоцитоз до $9,4 \times 10^9/\text{л}$, анемия (эритроциты - $3,5 \times 10^{12}/\text{л}$), повышение температуры тела до 37,4°C, при ректальном пальцевом исследовании - черный оформленный стул. На обзорной рентгенографии патологии не обнаружено. Какое осложнение химического ожога пищевода развилось у больного?

- 1. медиастинит;
 - 2. плеврит;
-

- 3. пищеводно-трахеальный свищ;
 - 4. желудочно-кишечное кровотечение;
 - 5. абсцессы легких.
-

444. Хирургу поликлиники не следует назначать больному с острым химическим ожогом пищевода:

- 1. промывание желудка с помощью желудочного зонда;
 - 2. раствор новокаина внутрь;
 - 3. гастроскопию;
 - 4. пероральную антидотную терапию.
-

445. На прием в поликлинику явился больной через 10 суток после случайного приема небольшого количества аккумуляторной кислоты с жалобами на невозможность полноценного питания, боли в пищеводе и верхней трети живота. Объективно: состояние средней тяжести, пульс - 88 уд./мин, АД - 130/70 мм рт. ст., температура тела субфебрильная, на обзорной рентгенограмме патологии не выявлено. Хирургу следует провести:

- 1. эзофагогастроскопию;
 - 2. анализы крови и мочи;
 - 3. госпитализацию в хирургический стационар;
 - 4. раннее бужирование в условиях поликлиники;
 - 5. консервативное лечение амбулаторно.
-

446. В какие сроки хирургу поликлиники следует рекомендовать позднее бужирование пищевода больному по поводу ожоговой стриктуры после перенесенного химического ожога для уменьшения возможности осложнений?

- 1. 3-4 недели;
 - 2. 4-6 недель;
 - 3. 6-8 недель;
 - 4. более 8 недель.
-

447. Какое мероприятие на догоспитальном этапе не показано больному с химическим ожогом пищевода в острой фазе?

- 1. питье молока;
 - 2. введение постоянного желудочного зонда;
 - 3. промывание ротовой полости пищевода и желудка питьевой водой;
 - 4. прием обезболивающих препаратов.
-

448. В поликлинику поступил больной с химическим ожогом пищевода двухчасовой давности. Надо ли проводить зондовое промывание желудка?

- 1. зонд вводят только при ожоге щелочью;
 - 2. обязательно;
 - 3. зонд вводят только при ожоге кислотой;
 - 4. данный метод противопоказан.
-

449. При обследовании хирургом поликлиники женщины 26 лет отмечены жалобы на чувство затруднения глотания жидкой пищи, периодическую регургитацию. При эзофагоманометрии выявлено уменьшение релаксации пищеводного сфинктера при глотании. Какое заболевание, скорее всего, имеет место у больной?

- 1. рефлюкс-эзофагит;
- 2. наддиафрагмальный дивертикул пищевода;
- 3. рак пищевода;
- 4. полип пищевода;
- 5. ахалазия кардии.

450. На прием к хирургу обратилась больная 25 лет с клинической картиной I стадии ахалазии кардии. Какое лечение следует назначить больной?

- 1. антирефлюксная операция;
- 2. применение седативных препаратов;
- 3. применение спазмолитических средств;
- 4. дилатация нижнего пищеводного сфинктера;
- 5. операция эзофагомиотомии.

451. Какую симптоматику не может выявить хирург поликлиники у больных с параэзофагеальной грыжей?

- 1. боль за грудиной;
- 2. непроходимость кишечника;
- 3. некроз и перфорацию;
- 4. эрозивный эзофагит;
- 5. боль усиливается в положении лежа.

452. Амбулаторный хирург при обследовании больной с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы должен знать, что наиболее часто встречающимся осложнением ее является:

- 1. ущемление грыжевого содержимого;
- 2. нарушение пассажа пищи;
- 3. аритмия;
- 4. желудочно-кишечное кровотечение;
- 5. рефлюкс-эзофагит.

453. Какой наиболее информативный метод исследования должен назначить амбулаторный хирург больному с подозрением на грыжу пищеводного отверстия диафрагмы?

- 1. гастроскопию;
- 2. ангиографию;
- 3. компьютерную томографию;
- 4. контрастное полипозиционное рентгенологическое исследование;
- 5. сонографию.

454. Хирург поликлиники выявил у больного кардиоспазм. В какой стадии данного заболевания (по классификации Б.В. Петровского) показано оперативное лечение?

- 1. во всех стадиях;
 - 2. во второй, третьей, четвертой стадиях;
 - 3. в третьей и четвертой стадиях;
 - 4. в четвертой стадии.
-

455. Какое лечение должен назначить хирург поликлиники больной с ценкеровским дивертикулом?

- 1. удаление дивертикула с миоэзофаготомией;
 - 2. гастростомию;
 - 3. зондовое питание;
 - 4. эндоскопическое рассечение сужения ниже дивертикула пищевода;
 - 5. все перечисленное возможно.
-

456. Амбулаторному хирургу следует помнить, что самым частым осложнением дивертикула пищевода является:

- 1. кровотечение;
 - 2. рак пищевода;
 - 3. дивертикулит;
 - 4. перфорация;
 - 5. стриктура пищевода.
-

457. Какие ранние признаки должен искать амбулаторный хирург у больного при подозрении на рак пищевода?

- 1. усиленное слюноотечение;
 - 2. дисфагию;
 - 3. боли за грудиной и в спине;
 - 4. кашель при приеме пищи;
 - 5. снижение массы тела.
-

458. Что не должен выполнять амбулаторный хирург больному при подозрении на инородное тело пищевода:

- 1. эзофагоскопию;
 - 2. зондирование пищевода;
 - 3. контрастную рентгеноскопию пищевода;
 - 4. ларингоскопию;
 - 5. все указанное выполнять можно.
-

459. На амбулаторный прием явилась больная с легкими проявлениями рефлюкс-эзофагита. Какие рекомендации может дать хирург поликлиники при данном заболевании?

- 1. антациды;
 - 2. церукал;
-

- 3. дробный прием пищи;
 - 4. высокое положение головного конца тела во время сна;
 - 5. все перечисленное.
-

460. В состав клинико-экспертной комиссии лечебно-профилактического учреждения не может входить:

- 1. главный врач;
 - 2. заместитель главного врача по клинико-экспертной работе;
 - 3. заведующий отделением;
 - 4. лечащий врач;
 - 5. главная медсестра.
-

461. Кто может возглавлять клинико-экспертную комиссию лечебно-профилактического учреждения?

- 1. главный врач или заместитель главного врача по клинико-экспертной работе;
 - 2. заведующий отделением;
 - 3. ведущие специалисты;
 - 4. лечащий врач.
-

462. Имеет ли право проводить экспертизу временной нетрудоспособности средний медработник?

- 1. да;
 - 2. только по решению органа управления здравоохранением;
 - 3. нет.
-

463. Амбулаторный хирург имеет право выдать листок нетрудоспособности единовременно на максимальный срок:

- 1. до 3 календарных дней;
 - 2. до 10 календарных дней;
 - 3. до 30 календарных дней;
 - 4. не более 10 месяцев.
-

464. Амбулаторный хирург имеет право единолично продлить листок нетрудоспособности на максимальный срок:

- 1. до 3 календарных дней;
 - 2. до 10 календарных дней;
 - 3. до 30 календарных дней;
 - 4. не более 10 месяцев.
-

465. При амбулаторном лечении листок временной нетрудоспособности выдается:

- 1. в день установления нетрудоспособности;
 - 2. при окончании лечения;
 - 3. с первого дня заболевания или травмы.
-

466. Сколько подписей членов клинико-экспертной комиссии должно быть в больничном листке?

- 1. две;
 - 2. три;
 - 3. четыре;
 - 4. шесть.
-

467. Сколько групп инвалидности выделяют?

- 1. две;
 - 2. три;
 - 3. четыре;
 - 4. шесть.
-

468. К I группе инвалидности относятся:

- 1. лица со стойкими значительными нарушениями функций организма, не способные к самообслуживанию и нуждающиеся в постороннем уходе;
 - 2. лица со стойкими значительными нарушениями функций организма, нетрудоспособные, но не нуждающиеся в постороннем уходе;
 - 3. лица со стойкими незначительными или умеренно выраженными нарушениями функций организма, способные к выполнению трудовой деятельности при условии снижения квалификации или уменьшения объема работы;
 - 4. лица с временными нарушениями функций организма, приводящими к ограничению их профессиональной деятельности.
-

469. Ко II группе инвалидности относятся:

- 1. лица со стойкими значительными нарушениями функций организма, не способные к самообслуживанию и нуждающиеся в постороннем уходе;
 - 2. лица со стойкими значительными нарушениями функций организма, нетрудоспособные, но не нуждающиеся в постороннем уходе;
 - 3. лица со стойкими незначительными или умеренно выраженными нарушениями функций организма, способные к выполнению трудовой деятельности при условии снижения квалификации или уменьшения объема работы;
 - 4. лица с временными нарушениями функций организма, приводящими к ограничению их профессиональной деятельности.
-

470. К III группе инвалидности относятся:

- 1. лица со стойкими значительными нарушениями функций организма, не способные к самообслуживанию и нуждающиеся в постороннем уходе;
 - 2. лица со стойкими значительными нарушениями функций организма, нетрудоспособные, но не нуждающиеся в постороннем уходе;
 - 3. лица со стойкими незначительными или умеренно выраженными нарушениями функций организма, способные к выполнению трудовой деятельности при условии снижения квалификации или уменьшения объема работы;
-

- 4. лица с временными нарушениями функций организма, приводящими к ограничению их профессиональной деятельности.

471. Документом, подтверждающим временную нетрудоспособность пациента, является:

- 1. листок временной нетрудоспособности;
 - 2. выписка из амбулаторной карты;
 - 3. история болезни;
 - 4. контрольная карта диспансерного наблюдения.
-

472. Может ли листок нетрудоспособности быть выдан только на дни явки в поликлинику, т.е. прерывисто:

- 1. нет;
 - 2. да;
 - 3. да, по решению КЭК - для проведения инвазивных методов; обследования и лечения.
-

473. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при облитерирующем эндартериите, не требующем оперативного лечения (стационарный и амбулаторный этапы):

- 1. 10-15 суток;
 - 2. 14-21 сутки;
 - 3. 20-25 суток;
 - 4. 30-40 сутки.
-

474. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности после выполнения больному операции по поводу облитерирующего эндартериита (стационарный и амбулаторный этапы):

- 1. 20-30 суток;
 - 2. 30-45 суток;
 - 3. 50-60 суток;
 - 4. 60-80 суток.
-

475. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при остром тромбозе поверхностных сосудов нижних конечностей (стационарный и амбулаторный этапы):

- 1. 10-15 суток;
 - 2. 15-18 суток;
 - 3. 15-24 суток;
 - 4. 20-30 суток.
-

476. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при остром тромбозе глубоких вен нижних конечностей (стационарный и амбулаторный этапы):

- 1. 10-15 суток;
 - 2. 15-18 суток;
 - 3. 15-24 суток;
 - 4. 20-30 суток.
-

477. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при остром тромбозе, варикозном расширении вен нижних конечностей (стационарный и амбулаторный этапы):

- 1. 10-15 суток;
 - 2. 15-20 суток;
 - 3. 20-30 суток;
 - 4. 30-35 суток.
-

478. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности после выполнения операции по поводу варикозного расширения вен нижних конечностей (стационарный и амбулаторный этапы):

- 1. 15-20 суток;
 - 2. 20-30 суток;
 - 3. 25-35 суток;
 - 4. 30-35 суток.
-

479. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наличии у больного абсцесса легкого (стационарный и амбулаторный этапы):

- 1. 20-30 суток;
 - 2. 40-50 суток;
 - 3. 60-80 суток;
 - 4. 80-90 суток.
-

480. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности после выполнения операции по поводу эмпиемы плевры (стационарный и амбулаторный этапы):

- 1. 20-30 суток;
 - 2. 40-50 суток;
 - 3. 50-60 суток;
 - 4. 60-90 суток.
-

481. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наличии у больного пневмоторакса (стационарный и амбулаторный этапы):

- 1. 10-20 суток;
 - 2. 20-30 суток;
 - 3. 30-40 суток;
 - 4. 40-50 суток.
-

482. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наличии у больного острой язвы желудка, осложненной кровотечением (стационарный и амбулаторный этапы):

- 1. 20-30 суток;
 - 2. 30-45 суток;
 - 3. 45-60 суток;
 - 4. 50-70 суток.
-

483. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности после выполнения больному операции по поводу перфорации острой язвы желудка (стационарный и амбулаторный этапы):

- 1. 30-45 суток;
 - 2. 50-60 суток;
 - 3. 60-75 суток;
 - 4. 75-80 суток.
-

484. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наличии у больного острой язвы двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением (стационарный и амбулаторный этапы):

- 1. 15-20 суток;
 - 2. 20-40 суток;
 - 3. 45-60 суток;
 - 4. 50-70 суток.
-

485. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наличии у больного острой язвы двенадцатиперстной кишки с прободением (стационарный и амбулаторный этапы):

- 1. 15-20 суток;
 - 2. 20-40 суток;
 - 3. 45-60 суток;
 - 4. 50-70 суток.
-

486. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наличии у больного острого катарального аппендицита (стационарный и амбулаторный этапы):

- 1. 16-18 сутки;
 - 2. 18-21 сутки;
 - 3. 21-24 суток;
 - 4. 26-30 суток.
-

487. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наличии у больного острого флегмонозного аппендицита (ста-ционарный и амбулаторный этапы):

- 1. 16-18 суток;
 - 2. 18-21 сутки;
 - 3. 21-24 суток;
 - 4. 26-30 суток.
-

488. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наличии у больного острого гангренозного аппендицита (ста-ционарный и амбулаторный этапы):

- 1. 16-18 суток;
 - 2. 18-21 сутки;
 - 3. 21-24 суток;
 - 4. 26-30 суток.
-

489. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности после выполнения больному операции по поводу односторонней паховой грыжи (ста-ционарный и амбулаторный этапы):

- 1. 18-20 суток;
 - 2. 21-23 суток;
 - 3. 22-25 суток;
 - 4. 25-30 суток.
-

490. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности больной после выполнения операции по поводу односторонней бедренной грыжи (ста-ционарный и амбулаторный этапы):

- 1. 18-20 суток;
 - 2. 21-23 суток;
 - 3. 22-25 суток;
 - 4. 25-30 суток.
-

491. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности после выполнения больному операции по поводу пупочной грыжи (ста-ционарный и амбулаторный этапы):

- 1. 18-20 суток;
 - 2. 21-23 суток;
 - 3. 22-25 суток;
 - 4. 23-28 суток.
-

492. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности после выполнения больному операции по поводу грыжи передней брюшной стенки (ста-ционарный и амбулаторный этапы):

- 1. 18-20 суток;
 - 2. 21-23 суток;
 - 3. 20-25 суток;
 - 4. 25-30 суток.
-

493. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности после выполнения больному операции по поводу инвагинации кишечника (ста-ционарный и амбулаторный этапы):

- 1. 20-30 суток;
 - 2. 30-40 суток;
-

- 3. 40-50 суток;
 - 4. 50-55 суток.
-

494. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наличии у больного острого гнойного местного перитонита (стационарный и амбулаторный этапы):

- 1. 20-30 суток;
 - 2. 30—40 суток;
 - 3. 50-60 суток;
 - 4. 60-90 суток.
-

495. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наличии у больного острого гнойного распространенного перитонита (стационарный и амбулаторный этапы):

- 1. 20-30 суток;
 - 2. 30-40 суток;
 - 3. 50-60 суток;
 - 4. 60-90 суток.
-

496. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности после выполнения больному операции по поводу абсцесса печени (стационарный и амбулаторный этапы):

- 1. 40-50 суток;
 - 2. 60-80 суток;
 - 3. 90-100 суток;
 - 4. 120-140 суток.
-

497. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности после выполнения больному холецистэктомии по поводу острого холецистита (стационарный и амбулаторный этапы):

- 1. 25-30 суток;
 - 2. 32-45 суток;
 - 3. 48-55 суток;
 - 4. 55-60 суток.
-

498. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наличии у больного желудочно-кишечного кровотечения (ста-ционарный и амбулаторный этапы):

- 1. 15-20 суток;
 - 2. 20-35 суток;
 - 3. 30-40 суток;
 - 4. 40-45 суток.
-

499. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наличии у больного флегмоны пальцев кисти или стопы (ста-ционарный и амбулаторный этапы):

- 1. 5-15 суток;
 - 2. 15-20 суток;
 - 3. 20-25 суток;
 - 4. 25-30 суток.
-

500. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наличии у больного вторичного посттравматического полиартроза (стационарный и амбулаторный этапы):

- 1. 10-20 суток;
 - 2. 15-30 суток;
 - 3. 30-35 суток;
 - 4. 35-40 суток.
-

501. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности после выполнения больному операции по поводу тиреотоксикоза с токсическим многоузловым зобом (стационарный и амбулаторный этапы):

- 1. 20-25 суток;
 - 2. 25-30 суток;
 - 3. 30-35 суток;
 - 4. 35-45 суток.
-

502. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наличии у больного неосложненного ушиба грудной клетки (стационарный и амбулаторный этапы):

- 1. 7-10 суток;
 - 2. 10-15 суток;
 - 3. 15-20 суток;
 - 4. 20-25 суток.
-

503. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наличии у больного закрытого перелома ребра без смещения (стационарный и амбулаторный этапы):

- 1. 15-25 суток;
 - 2. 20-30 суток;
 - 3. 40-50 суток;
 - 4. 50-60 суток.
-

504. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наличии у больного закрытого перелома ребра со смещением (стационарный и амбулаторный этапы):

- 1. 15-25 суток;
 - 2. 20-30 суток;
 - 3. 40-50 суток;
 - 4. 50-60 суток.
-

505. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наличии у больного множественного перелома ребер (2-3) без смещения (стационарный и амбулаторный этапы):

- 1. 15-25 суток;
 - 2. 20-30 суток;
 - 3. 30-15 суток;
 - 4. 50-60 суток.
-

506. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наличии у больного закрытого перелома крестца без смещения (стационарный и амбулаторный этапы):

- 1. 25-45 суток;
 - 2. 30-50 суток;
 - 3. 55-90 суток;
 - 4. 80-100 суток.
-

507. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наличии у больного закрытого перелома подвздошной кости без смещения (стационарный и амбулаторный этапы):

- 1. 25-45 суток;
 - 2. 35-45 суток;
 - 3. 55-90 суток;
 - 4. 80-100 суток.
-

508. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наличии у больного неосложненного вывиха поясничного позвонка (стационарный и амбулаторный этапы):

- 1. 25-45 суток;
 - 2. 30-50 суток;
 - 3. 55-90 суток;
 - 4. 80-100 суток.
-

509. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наличии у больного неосложненной открытой раны плечевого пояса и плеча (стационарный и амбулаторный этапы):

- 1. 10-15 суток;
 - 2. 15-18 суток;
 - 3. 18-20 суток;
 - 4. 20-25 суток.
-

510. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наличии у больного закрытого перелома ключицы без смещения (стационарный и амбулаторный этапы):

- 1. 25-30 суток;
 - 2. 30-40 суток;
-

- 3. 40-55 суток;
 - 4. 55-60 суток.
-

511. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наличии у больного закрытого перелома головки плечевой кости без смещения (стационарный и амбулаторный этапы):

- 1. 20-30 суток;
 - 2. 35-45 суток;
 - 3. 55-65 суток;
 - 4. 70-80 суток.
-

512. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наличии у больного закрытого перелома хирургической шейки плечевой кости без смещения (стационарный и амбулаторный этапы):

- 1. 20-30 суток;
 - 2. 35-45 суток;
 - 3. 50-60 суток;
 - 4. 70-80 суток.
-

513. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наличии у больного закрытого перелома хирургической шейки плечевой кости со смещением (стационарный и амбулаторный этапы):

- 1. 20-30 суток;
 - 2. 35-45 суток;
 - 3. 55-65 суток;
 - 4. 70-80 суток.
-

514. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наличии у больного закрытого перелома диафиза плечевой кости со смещением (стационарный и амбулаторный этапы):

- 1. 40-50 суток;
 - 2. 60-70 суток;
 - 3. 80-120 суток;
 - 4. 140-150 суток.
-

515. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наличии у больного неосложненного вывиха плечевого сустава (стационарный и амбулаторный этапы):

- 1. 20-30 суток;
 - 2. 35-45 суток;
 - 3. 45-60 суток;
 - 4. 70-80 суток.
-

516. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наличии у больного закрытого сочетанного перелома диафизов локтевой и лучевой костей в средней трети без смещения (стационарный и амбулаторный этапы):

- 1. 20-30 суток;
 - 2. 35-45 суток;
 - 3. 55-60 суток;
 - 4. 70-80 суток.
-

517. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наличии у больного открытой раны запястья или кисти с неосложненным течением (стационарный и амбулаторный этапы):

- 1. 10-15 суток;
 - 2. 15-20 суток;
 - 3. 20-25 суток;
 - 4. 25-30 суток.
-

518. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наличии у больного вывиха пальца кисти (стационарный и амбулаторный этапы):

- 1. 10-15 суток;
 - 2. 15-20 суток;
 - 3. 20-25 суток;
 - 4. 25-30 суток.
-

519. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наличии у больного закрытого перелома шейки бедра без смещения (стационарный и амбулаторный этапы):

- 1. 50-60 суток;
 - 2. 80-95 суток;
 - 3. 150-160 суток;
 - 4. 165-180 суток.
-

520. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наличии у больного закрытого перелома диафиза бедренной кости со смещением (стационарный и амбулаторный этапы):

- 1. 125-135 суток;
 - 2. 145-155 суток;
 - 3. 180-190 суток;
 - 4. 195-210 суток.
-

521. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наличии у больного неосложненного вывиха в тазобедренном суставе (стационарный и амбулаторный этапы):

- 1. 125-135 суток;
 - 2. 145-155 суток;
 - 3. 180-200 суток;
-

- 4. 200-210 суток.

522. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наличии у больного неосложненного вывиха в коленном суставе (стационарный и амбулаторный этапы):

- 1. 40-50 суток;
 - 2. 50-70 суток;
 - 3. 60-80 суток;
 - 4. 80-100 суток.
-

523. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наличии у больного термического ожога туловища II степени (стационарный и амбулаторный этапы):

- 1. 40-60 суток;
 - 2. 70-80 суток;
 - 3. 100-120 суток;
 - 4. 160-180 суток.
-

524. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наличии у больного термического ожога туловища III степени (стационарный и амбулаторный этапы):

- 1. 40-80 суток;
 - 2. 100-120 суток;
 - 3. 160-180 суток;
 - 4. 180-200 суток.
-

525. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности после выполнения больному операции по поводу гнойного пара-проктита (стационарный и амбулаторный этапы):

- 1. 20-25 суток;
 - 2. 25-35 суток;
 - 3. 30-40 суток;
 - 4. 40-45 суток.
-

ПРОМЕЖУТОЧНАЯ АТТЕСТАЦИЯ

ОПК-4. Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза.

Знать: Клинические особенности и принципы диагностики наиболее распространенных заболеваний, а также неотложных хирургических состояний у на основе владения пропедевтическими, лабораторными и инструментальными методами исследования на амбулаторно-поликлиническом этапе

Уметь: Проводить диагностику, в.ч. дифференциальную, наиболее распространенных заболеваний, а также неотложных хирургических состояний на основе владения

пропедевтическими, лабораторными и инструментальными методами исследования на амбулаторно-поликлиническом этапе.

Владеть: Методологией постановки диагноза наиболее распространенных заболеваний и неотложных состояниях (с учетом МКБ) на основе владения пропедевтическими, лабораторными и инструментальными методами исследования на амбулаторно-поликлиническом этапе

1. Прикрытая перфоративная язва. Клиника, эндоскопическая картина, особенности лечения.
2. Стеноз привратника. Причины, патогенез водно-электролитных и других нарушений, клиника, лечение.
3. Язвенная болезнь желудка, осложненная онкопроцессом, ранняя диагностика. Предраковые состояния.
4. Диагностические (клинические, морфологические) критерии язвы - рак желудка.
5. Методы обследования больных с заболеваниями желчного пузыря и желчных протоков.

ОПК-5. Способен оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека для решения профессиональных задач

Знать: топографо-анатомические особенности всех областей человеческого тела и их послойное строение.

Уметь: на основании знаний топографической анатомии, ориентироваться в операционной ране и выявлять в ней важные анатомические образования.

Владеть: навыками выполнения медицинских инвазивных манипуляций на основе имеющихся знаний.

1. Желчно-каменная болезнь. Патогенез камнеобразования, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение.
2. Острый холецистит, классификация, клиника различных форм, диагностика, дифференциальный диагноз. Консервативное лечение острого холецистита.
3. Желчно-каменная болезнь: осложнения (холедохолитиаз, свищи желчевыводящих путей, синдром Миризи, стриктура фатерова сосочка и др.), диагностика, лечение, профилактика.
4. Холедохолитиаз. Клиника, диагностика. Показания и виды дренирования желчных путей.
5. Механическая желтуха. Причины, патогенез расстройств, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз.

ОПК-7. Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности

Знать: Принципы оказания медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях в рамках общей врачебной практики (семейной медицины); Основы лечебно-эвакуационного обеспечения населения при чрезвычайных ситуациях; Основы медико-санитарного обеспечения населения при ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций природного характера, химической и радиационной природы; Современные методы, средства, способы проведения лечебно-эвакуационных мероприятий; Организацию медико-санитарного обеспечения населения при ликвидации чрезвычайных ситуаций

Уметь: Осуществлять амбулаторную помощь при наиболее распространенных заболеваниях и состояниях в неотложных чрезвычайных ситуациях.

Владеть: Тактикой оказания амбулаторной помощи при распространенных заболеваниях и состояниях в чрезвычайных ситуациях.

- 1) Холангиты. Причины, клиника, диагностика, лечение.
- 2) Хронический холецистит. Патанатомия. Клиническое течение, диагностика, показания к операции. Показания и противопоказания к лапароскопической холецистэктомии.

- 3) Анатомо-физиологические сведения о поджелудочной железе. Современное представление об этиологии и патогенезе острого и хронического панкреатита. Классификация.
- 4) Острый панкреатит, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз.
- 5) Острый панкреатит. Консервативное лечение. Методы неспецифической детоксикации (форсированный диурез, лимфосорбция и др.). Профилактика рецидивов (диета, режим, санаторно-курортное лечение, трудовая реабилитация).

ВОПРОСЫ К ЗАЧЕТУ

1. Понятие хирургическое отделение в поликлинике.
2. Понятие хирургический кабинет.
3. Понятие диспансеризация.
4. Основные диспансерные группы хирургических больных.
5. Критерии эффективности диспансеризации хирургических больных.
6. Основная медицинская документация амбулаторного хирургического больного.
7. Понятие первичная хирургическая обработка раны.
8. Понятие местная инфильтрационная анестезия.
9. Положение больного при его осмотре.
10. Диагностические возможности амбулаторной помощи.
11. Понятие дневной стационар.
12. Понятие центра амбулаторной хирургии.
13. Повреждения мягких тканей: ссадины, раны, гематомы. Инородные тела кожи и подкожной клетчатки. Ожоги тела. Ущемление пальца. Удаление клещей.
14. Методы обработки и лечения ран мягких тканей.
15. Этиология, патогенез, клиническая картина и диагностика столбнячной, анаэробной инфекции и бешенства. Плановые и экстренные прививки против столбняка, бешенства. Укушенные раны, загрязненные раны: обработка, лечение.
16. Осмотр пациентов с повреждениями мягких тканей, укусами клещей, с подозрением на анаэробную инфекцию, бешенство, столбняк.
17. Определение тактики и лечение пациентов с ранами мягких тканей различного происхождения в амбулаторных условиях. Заполнение медицинской документации.
18. Панариций, остеомиелит, артрит, тендовагинит: клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.

19. Абсцесс, флегмона, рожистое воспаление, фурункул, карбункул: клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
20. Осмотр пациентов с панарицием, остеомиелитом пальцев, вросшим ногтем, тендовагинитом, абсцессами, флегмоной мягких тканей, рожистым воспалением, фурункулом, карбункулом. Определение тактики и лечение в амбулаторных условиях. Заполнение медицинской документации.
21. Клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение эпителиального копчикового хода у детей.
22. Клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение трещин заднего прохода, геморроя. Послеоперационная реабилитация пациентов. Осмотр пациентов с эпителиальным копчиковым ходом, трещиной заднего прохода, геморроем. Определение тактики в условиях поликлиники. Участие в мероприятиях по медицинской реабилитации пациентов. Заполнение медицинской документации.
22. Диагностика и лечение основных хирургических заболеваний в амбулаторно-поликлинических учреждениях.
23. Возможности диагностики на современном уровне.
24. Операции и манипуляции, выполняемые хирургом в амбулаторных условиях.
25. Клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение в амбулаторных условиях папилломы, гранулемы, гигромы, фибромы, бородавки, келоида.
26. Клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение срединных и боковых кист шеи. Осмотр пациентов с папилломой, гранулемой, гигромой, фибромой, бородавками, келоидом, срединными и боковыми кистами шеи, гемангиомами, лимфангиомами, липомами, дермоидными кистами, фибромами, тератомами. Составление плана лечения, оформление медицинской документации.
27. Методика обследования хирургического больного. Роль лапароскопических технологий в диагностическом и лечебном процессе на современном этапе.
28. Острый аппендицит. Этиология, патогенез, классификация, клиника, лечение.
Клиника острого аппендицита в зависимости от расположения червеобразного отростка. Дифференциальная диагностика острого аппендицита. Показания к операции.
29. Осложнения острого аппендицита. Классификация, причины, диагностика, лечение, профилактика. Аппендикулярный инфильтрат. Аппендикулярный абсцесс. Причины, клиника, диагностика, лечение, профилактика. Пилефлебит.
30. Особенности острого аппендицита у детей, стариков, беременных. Диагностика, лечение. Хронический аппендицит.
31. Паховые грыжи. Анатомия пахового канала. Этиопатогенез, классификация, диагностика, дифференциальный диагноз. Анатомические и клинические особенности скользящих грыж.
32. Грыжи белой линии живота, клиника, диагностика, лечение. Пупочная грыжа, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз

33. Послеоперационные вентральные грыжи. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение. Невправимые грыжи. Причины, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение.
34. Осложнения грыж. Клиника ущемленной грыжи, дифференциальный диагноз, диагностика, лечение. Ложное ущемление. Осложнения при самопроизвольном вправлении ущемленной грыжи.
35. Методы обследования больных с заболеваниями желудка и 12-перстной кишки. Эндоскопическая картина язв желудка и 12-перстной кишки. Морфологические признаки доброкачественной язвы.
36. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки. Патогенез, клиника, причины неудач консервативного лечения. Группы риска.
37. Показания к хирургическому лечению язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки. Показания к хирургической терапии по С.С.Юдину.
38. Поздние осложнения после операции на желудке. Синдром приводящей петли.
Их клиника, причины, профилактика, лечение. Болезни оперированного желудка, классификация, лечение.
39. Гастродуоденальные кровотечения (язвенная болезнь, эрозивный гастрит, синдром Маллори-Вейса, варикозное расширение вен пищевода, опухоли), клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение.
40. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, осложненная кровотечением, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз. Показания к консервативному и оперативному лечению.
41. Прикрытая перфоративная язва. Клиника, эндоскопическая картина, особенности лечения.
42. Стеноз привратника. Причины, патогенез водно-электролитных и других нарушений, клиника, лечение.
43. Язвенная болезнь желудка, осложненная онкопроцессом, ранняя диагностика. Предраковые состояния.
44. Диагностические (клинические, морфологические) критерии язвы - рак желудка.
45. Методы обследования больных с заболеваниями желчного пузыря и желчных протоков.
46. Желчно-каменная болезнь. Патогенез камнеобразования, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение.
47. Острый холецистит, классификация, клиника различных форм, диагностика, дифференциальный диагноз. Консервативное лечение острого холецистита.
48. Желчно-каменная болезнь: осложнения (холедохолитиаз, свищи желчевыводящих путей, синдром Миризи, стриктура фатерова сосочка и др.), диагностика, лечение, профилактика.
49. Холедохолитиаз. Клиника, диагностика. Показания и виды дренирования желчных путей.
50. Механическая желтуха. Причины, патогенез расстройств, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз.
51. Холангиты. Причины, клиника, диагностика, лечение.
52. Хронический холецистит. Патанатомия. Клиническое течение, диагностика, показания к операции. Показания и противопоказания к лапароскопической холецистэктомии.
53. Анатомо-физиологические сведения о поджелудочной железе. Современное представление об этиологии и патогенезе острого и хронического панкреатита. Классификация.
54. Острый панкреатит, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз.

55. Острый панкреатит. Консервативное лечение. Методы неспецифической детоксикации (форсированный диурез, лимфосорбция и др.). Профилактика рецидивов (диета, режим, санаторно-курортное лечение, трудовая реабилитация).
56. Хронический панкреатит (свищи, кисты, опухоли). Этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз.
57. Кишечная непроходимость, классификация, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз.
58. Динамическая кишечная непроходимость. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальный диагноз, лечение.
59. Обтурационная кишечная непроходимость. Причины, патогенез, особенности нарушений водно-электролитного баланса и кислотно-щелочного состояния, дифференциальный диагноз, диагностика.
60. Странгуляционная кишечная непроходимость, этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение.
61. Инвагинация. Заворот тонкой кишки. Узлообразование. Причины, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение.
62. Спаечная кишечная непроходимость. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальный диагноз, лечение. Роль видеолапароскопии в диагностике и лечении.
63. Поддиафрагмальный абсцесс. Абсцесс дугласова пространства. Причины, клиника, диагностика, лечение.
64. Анатомо-физиологические сведения о толстой кишке. Методы исследования. Неспецифический язвенный колит. Этиопатогенез. Клиника, диагностика, лечение. 93. Неспецифический язвенный колит. Осложнения. Клиника, диагностика, лечение.
65. Дивертикулез толстой кишки. Этиопатогенез. Клиника, диагностика, осложнения, лечение.
66. Полип и полипоз толстой кишки. Этиопатогенез. Клиника, диагностика, лечение.
67. Болезнь Гиршпрунга. Этиопатогенез. Клиника, диагностика, лечение.
68. Кишечные свищи. Классификация. Этиопатогенез. Клиника, диагностика, лечение.
69. Анатомо-физиологические сведения о пищеводе. Методы исследования. Врожденные аномалии развития пищевода. Лечение.
70. Повреждения пищевода. Этиопатогенез. Клиника, диагностика, лечение.
71. Показания к антибактериальной терапии. Выбор антибактериального препарата и метода его введения. Длительность антибактериальной терапии, оценка ее эффективности.
72. Болевой синдром. Механизмы и причины возникновения боли. Средства и принципы медикаментозного лечения болевого синдрома.
73. Виды местной анестезии: фармакохимическая и физическая. Показания и противопоказания.
74. Групповая система АВ0. Методы определения группы крови по системе АВ0. Групповая система резус. Методы определения группы крови по системе резус.
75. Классификация кровотечений. Механизмы адаптации организма к кровопотере.
76. Клиническая картина кровотечений: общие и местные симптомы. Лабораторная и инструментальная диагностика кровотечений.
77. Критические нарушения жизнедеятельности: классификация, симптоматика и диагностика. Признаки биологической смерти.
78. Принципы проведения сердечно-легочной реанимации, критерии ее эффективности.
79. Хирургическая инфекция. Классификация. Местные и общие проявления гнойно-воспалительных заболеваний. Лабораторная диагностика.
80. Современные принципы общего и местного лечения острых гнойно-воспалительных заболеваний мягких тканей.
81. Острая анаэробная клостридиальная хирургическая инфекция. Основные возбудители. Особенности клинической картины. Основные принципы лечения.

82. Острая анаэробная неклостридиальная хирургическая инфекция. Виды возбудителей. Особенности клинической картины. Основные принципы лечения.
83. Фурункул, карбункул. Причины возникновения, возбудители, симптоматика, диагностика, принципы местного и общего лечения.
84. Острый парапроктит. Классификация, причины возникновения, возбудители, симптоматика, диагностика, принципы местного и общего лечения.
86. Абсцесс, флегмона. Этиология, клиника, диагностика, местное и общее лечение.
87. Гнойные заболевания пальцев кисти. Классификация, причины возникновения, возбудители, клиническая картина, диагностика, принципы лечения.
88. Гнойные заболевания кисти. Классификация, причины возникновения, возбудители, клиническая картина, диагностика, принципы лечения.
89. Маститы. Этиология, классификация, клиника, диагностика, лечение.
90. Гнойный паротит. Предрасполагающие факторы, клинические признаки, методы профилактики и лечения.
91. Острый гнойный плеврит. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
92. Перитонит. Классификация, этиология и патогенез. Симптоматика и диагностика. Принципы и методы хирургического лечения перитонита.
93. Гнойные бурситы и артриты. Причины, клиническая картина, диагностика и лечение.
94. Рожь. Классификация, возбудитель, клиническая картина, диагностика, принципы лечения.
95. Острый гематогенный остеомиелит. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, общее и местное лечение.
96. Хронический остеомиелит. Классификация, клиника, диагностика, общее и местное лечение.
97. Хирургический сепсис. Этиология, патогенез, клиническая картина. Входные ворота, роль макро- и микроорганизма в развитии сепсиса.
98. Синдром системной (генерализованной) воспалительной реакции. Клинико-лабораторная диагностика, принципы лечения.
99. Виды травматизма, классификация травм. Понятие об изолированных, множественных, сочетанных и комбинированных повреждениях. Общие принципы диагностики травматических повреждений.
100. Понятие раны. Классификация ран. Патогенез и фазы течения раневого процесса. Клинические особенности различных видов ран, прогноз их течения.
101. Раневой процесс. Современное представление о фазах течения раневого процесса.
102. Виды заживления ран. Факторы, определяющие заживление ран первичным и вторичным натяжением. Заживление под струпом.
103. Современные принципы оперативного и консервативного лечения гнойных ран.
104. Огнестрельные раны. Механизмы повреждения тканей при огнестрельном ранении. Зоны повреждения тканей. Основные принципы лечения огнестрельных ранений.
105. Травматические повреждения головы. Классификация, клиническая картина, принципы диагностики и лечения.
106. Травматические повреждения груди. Классификация, клиническая картина, принципы диагностики и лечения.
107. Травматические повреждения живота. Классификация, клиническая картина, принципы диагностики и лечения.
108. Термические ожоги. Классификация, определение глубины и площади ожогов. Методы местного лечения.
109. Ожоговая болезнь. Патогенез, стадии течения, клиническая картина, лечение.
110. Лучевые и химические ожоги. Особенности клинической картины. Принципы лечения.
111. Общее переохлаждение. Предрасполагающие факторы, клиническая картина, лечение.

112. Отморожения. Классификация, клиническая картина, лечение.
113. Острые нарушения регионарного артериального кровообращения. Причины, общие принципы клинической и инструментальной диагностики. Принципы лечения.
114. Хронические нарушения регионарного артериального кровообращения. Причины, общие принципы клинической и инструментальной диагностики. Принципы лечения.
115. Острые нарушения регионарного венозного кровообращения. Причины, клиника, диагностика, принципы лечения.
116. Хронические нарушения регионарного венозного кровообращения. Причины, клиника, диагностика, принципы лечения.
117. Некрозы. Клинические формы. Причины возникновения. Гангрена, пролежни, трофические язвы. Профилактика и принципы лечения.
118. Злокачественные новообразования. Определение стадии рака. Специальные методы диагностики. Принципы комплексного лечения злокачественных опухолей. Понятие абластики и антибластики.
119. Хирургическая операция. Виды хирургических операций: плановые, срочные, экстренные, радикальные и паллиативные. Этапы хирургической операции.
120. Лечение больного в послеоперационном периоде. Клиническое наблюдение за больным. Оценка общего состояния больного и основных функциональных систем организма. Общие лечебные мероприятия и специальный уход. Профилактика послеоперационных осложнений.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ (ЗАДАЧИ К ЗАЧЕТУ)

Задача №1

Выпускник медицинского института устроился работать в поликлинику врачом - хирургом и направлен для проведения диспансеризации сотрудников бюджетной сферы. Вопросы: Что такое диспансеризация населения? Основные задачи диспансеризации населения? Перечислите основные формы диспансеризации населения? Назовите основные диспансерные группы?

Ответ: 1. Диспансеризация - это комплекс мероприятий направленных на сохранение и укрепление здоровья населения, увеличение продолжительности жизни людей и повышения производительности труда, работающих путем активного выявления и лечения начальных форм заболеваний, изучения и устранения причин, способствующих возникновению и распространению заболеваний, широкого проведения комплекса социальных, санитарно-гигиенических, профилактических, лечебно-оздоровительных мероприятий. 2. Формирование Паспорта здоровья работающего населения; повышение мотивации к сохранению своего здоровья; снижение обострений и осложнений хронических заболеваний. 3. Диспансеризация работающего населения бюджетных учреждений в возрасте 35-55 лет, диспансеризация работников производств с вредными условиями труда (металлургия, транспорт и связь), проведение ежегодных профилактических и целевых осмотров. 4. I группа - практически здоровые граждане, не нуждающиеся в диспансерном наблюдении, с которыми проводится профилактическая беседа о здоровом образе жизни; II группа - граждане с риском развития заболевания, нуждающиеся в проведении профилактических мероприятий, осуществляемых в амбулаторно-поликлиническом учреждении по месту жительства; III группа - граждане, нуждающиеся в дополнительном обследовании для уточнения диагноза (впервые установленное хроническое заболевание) или лечения в амбулаторных условиях (острые заболевания); IV группа - граждане, нуждающиеся в дополнительном обследовании и лечении в стационаре, состоящие на Д-учете по хроническому заболеванию; V группа - граждане, имеющие показания для оказания высокотехнологичной (дорогостоящей) медицинской помощи.

Задача №2

Больной 42 лет, грузчик, обратился с жалобами на боли в заднем проходе, выделение крови после акта дефекации. Подобные симптомы стали беспокоить около года назад, но в

последние 3 дня кровотечение усилилось, появился шум в голове, головокружение, что затрудняет выполнение тяжелой физической работы. Объективно: Пациент бледен. Пульс 96 в минуту удовлетворительного наполнения, АД 110/60 мм рт. ст. В области анального жома на 3, 7, 11 часах имеются геморроидальные узлы диаметром до 1,5 см с сиреневым оттенком, на одном из них видна кровянистая корочка, кровоточащая при контакте. Вопросы: 1. Каков Ваш диагноз? 2. Клиническая классификация этого заболевания? 3. Какие методы обследования необходимо проводить при этом заболевании? 4. Тактика амбулаторного хирурга в данной ситуации? 5. Профилактика данного заболевания. Эталон ответа: 1. Геморрой, осложненный кровотечением. 2. Хронический геморрой, кровотечение. 3. Методы исследования: ректальное исследование, аноскопия, ректороманоскопия. 4. Тактика амбулаторного хирурга: при выраженной анемии - госпитализация в хирургическое отделение. Первая помощь заключается в обезболивании, наложении повязки, проведении противовоспалительной и гемостатической терапии. Методы лечения: (в зависимости от стадии процесса и после остановки кровотечения) инфракрасная фотокоагуляция, лигирование латексными кольцами, склеротерапия, геморроидэктомия. 5. Профилактика данного заболевания заключается в соблюдении диеты.

Задача №3

Хирург проводит диспансеризацию и осматривает мужчину 35 лет. Год назад перенес операцию аппендэктомии по поводу острого гангренозного аппендицита. При осмотре: в правой подвздошной области окрепший послеоперационный рубец протяженностью до 10 см. При пальпации в положении стоя определяется в области рубца мягко эластическое опухолевидное образование, которое в положении лежа вправляется в брюшную полость через дефект в апоневрозе размерами 2х3 см.

Вопросы: 1. Ваш диагноз? 2. Ваши рекомендации относительно дальнейшего лечения?

Ответ: 1. Послеоперационная вентральная грыжа. 2. Оперативное лечение, плановая операция. Задача №4

Мужчина 60 лет обратился в поликлинику на 2-й день от начала заболевания с жалобами на схваткообразные боли средней интенсивности внизу живота, иррадиирующие в крестец, вздутие живота, задержку стула и газов. Заболевание началось постепенно. Больной страдает запорами, отмечает, что подобные состояния были несколько раз и разрешались дома после очистительной клизмы. Общее состояние больного относительно удовлетворительное, температура нормальная, пульс 90 в минуту, язык обложен, влажный. Живот ассиметричный за счет вздутия правой его половины, при пальпации мягкий, умеренно болезненный по ходу левого бокового канала. Справа пальпируется большое образование плотнoэластической консистенции, перистальтика над ним не выслушивается. Определяется «шум плеска», при перкуссии - высокий тимпанит. При ректальном исследовании ампула прямой кишки пуста, при попытке сделать сифонную клизму удается ввести не более 300 мл жидкости.

Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. 4. Что такое проба Цеге фон - Мантейфеля? 5. Варианты оперативного лечения.

Эталон ответа: У больного клиника обтурационной толстокишечной непроходимости опухолевого генеза. Из дополнительных методов обследования необходимы: обзорная рентгенография брюшной полости, R-контроль пассажа бария. Требуется направление в экстренном порядке в хирургическое отделение. Лечение больного оперативное. Тактику определяет хирург во время операции. Варианты оперативного пособия: гемиколэктомия, операции «типа Гартмана», резекции толстой кишки с наложением анастомоза. При наличии отдаленных метастазов и нерезектабельности опухоли - обходные анастомозы и выведение двухствольных колостом. Проба Цеге - фон- Мантейфеля: при постановке очистительной клизмы невозможно ввести более 300 мл жидкости. Признак обтурации сигмовидной кишки.

Задача №5.

Женщина 47 лет, работая на приусадебном участке, поранила лопатой ногу в области тыла правой стопы. К врачу не обращалась, самостоятельно промыв рану раствором перекиси водорода и наложив асептическую повязку. Через 2 суток отметила значительное ухудшение общего состояния. При осмотре состояние больной средней тяжести. Жалобы на сильные боли в области правой нижней конечности. Температура тела 39°C, одышка, тахикардия. АД с тенденцией к снижению. Местно: повреждённая конечность резко отёчная до уровня коленного сустава. Кожные покровы синюшного, местами багрового цвета. Рана на тыле стопы размерами 3х7 см. ткани в дне серого цвета, не кровоточат. Экссудат мутный. При пальпации голени определяется симптом крепитации. На обзорной рентгенограмме голени определяются межмышечные скопления газа.

Вопрос: О каком осложнении раны вероятнее всего идет речь?

Эталон ответа: газообразующая анаэробная инфекция.

Задача №6

Пострадавший порезал стеклом переднюю поверхность предплечья. Через несколько минут обратился в амбулаторию участковой больницы, где Вы, единственный врач, ведете прием. Больной левой рукой прижимает к кровоточащей ране на правом предплечье платок, из-под которого обильно вытекает алая кровь

Вопросы: 1. Какие будут Ваши первые действия: диагностические или лечебные? 2. Какой Вы выберете способ временной остановки кровотечения? 3. Какой Вы выберете способ окончательной остановки кровотечения: а) если кровотечение окажется артериальным? б) если кровотечение окажется венозным? в) если кровотечение окажется капиллярным?

Эталон ответа: артериальное кровотечение, показано временное наложение жгута, направление в дежурный стационар.

Задача №7

Вы - дежурный врач участковой больницы. К Вам обратился молодой человек с жалобами на непрекращающееся необильное кровотечение из пальца, который он случайно порезал пилой 3 часа тому назад. При осмотре Вы обнаружили на тыльной поверхности указательного пальца левой кисти небольшую (10х4 мм) ранку с неровными краями, по всей поверхности которой в виде сливающихся капель сочится кровь. Ватно-марлевая повязка, которой была прикрыта рана, обильно промокла жидкой кровью. Сгустков крови незаметно.

Вопросы: 1. Какой вид кровотечения имеет место? 2. Будет ли выполненная Вами остановка кровотечения временной или окончательной?

Эталон ответа: кровотечение смешанное, требуется окончательная остановка кровотечения путем наложения давящей повязки.

Задача 8

К Вам в поликлинику обратился больной с жалобами на внезапно появившуюся сегодня утром общую слабость и головокружение. Утром был стул обильный, кашицеобразной консистенции, черного цвета. В ожидании приема у больного случалось кратковременное полубоморочное состояние. При осмотре - больной бледен, пульс ослаблен, ритмичен, 90 уд. в мин.

Вопросы: Ваш предположительный синдромный диагноз? Ваше лечебно-тактическое решение? Эталон ответа: уточнить анамнез заболевания, желудочно-кишечное кровотечение, больному показана срочная госпитализация в дежурный стационар бригадой ССП.

Задача 9

Больная 36 лет, страдающая упорными запорами, обратилась к врачу с жалобами на сильные боли в области заднего прохода, которые появляются после акта дефекации и длятся около 1.5 часов. Периодически отмечает прожилки алой крови на каловых массах.

Вопросы: 1) Для какого заболевания характерны указанные жалобы? 2) Какие дополнительные методы исследования следует провести данной больной? 3) С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?

Эталон ответа: 1) Для хронической трещины анального канала. 2) Пальцевое исследование, аноскопия. 3) С геморроем, опухолью прямой кишки.

Задача 10

В поликлинику обратился больной 60 лет с жалобами на боли в паховой области, наличие опухолевидного образования. Из анамнеза известно, что больной страдает бронхиальной астмой. Во время очередного приступа, появились боли в паховой области. После купирования приступа астмы, боли не прекратились, как это отмечалось ранее, и появилось опухолевидное образование в левой паховой области. Рвоты не было. К врачу обратился через 2 часа. При осмотре хирургом: живот при пальпации мягкий, безболезненный, умеренная болезненность в паховой области слева. Ниже пупартовой связки пальпируется образование диаметром до 2,5 см., плотноэластической консистенции, не смещаемое, резко болезненное.

Вопросы: Ваш диагноз?

Эталон ответа Ущемленная бедренная грыжа.

Задача 11

Столяр 52 лет, работая в мастерской, получил рваную рану левого предплечья, самостоятельно обработав которую (наложив повязку), продолжил работу. Обратился к врачу через 2 суток с жалобами на боли в области раны, повышение температуры тела до 38°C. При осмотре обнаружена картина гнойно-воспалительного процесса в зоне повреждения: края раны отёчны, отделяемое гнойное, выше раны определяется плотный, резко болезненный тяж, идущий к подмышечной впадине, кожа над ним гиперемирована.

Вопросы: Диагноз? Какова лечебная тактика?

Эталон ответа: гнойная рана, левосторонний лимфангит; широкое открытие ран и ее дренирование, антибактериальная и дезинтоксикационная терапия.

Задача №12

Больной жалуется на слабость, головокружение, быструю утомляемость. В анамнезе почти ежедневные обильные геморроидальные кровотечения в течение 5 лет. Бледен, пониженного питания, пульс слабого наполнения, 94 уд. в мин. АД 100/60 мм рт. ст. В позе Ромберга неустойчив. Лицо несколько одутловато. Имеется пастозность голеней. Общий анализ крови: Эр. - $2,1 \times 10^{12}/л$, Нв. - 70 г/л. Общий белок крови - 55 г/л.

Вопросы: 1. Какое осложнение возникло у больного в результате часто повторяющихся геморроидальных кровотечений? 2. Составьте план лечебных мероприятий с соблюдением последовательности их выполнения. Какие лекарственные препараты следует рекомендовать больному?

Эталон ответа: больной страдает хроническим кровотечением из геморроидального узла, анемия, показано оперативное лечение, медикаментозная коррекция хронической анемии, гемотрансфузия.

Задача №13 Больной М., 34 лет, слесарь. За 6 дней до обращения к хирургу поликлиники уколол металлической стружкой I палец правой кисти. Появилась припухлость, болезненность, гнойный свищ в области ногтевой фаланги I пальца правой кисти.

Занимался самолечением, без эффекта. Последние две ночи из-за болей в пальце не спал.

Объективно: первый палец правой кисти слегка согнут, ногтевая фаланга увеличена в объеме. Мягкие ткани напряжены, кожа фаланги цианотична. У свободного края ногтя на мякоти пальца имеется гнойный свищ 0,2*0,2 см, из просвета выбухают грануляции. При пальпации пуговчатым зондом отмечается болезненность по всей ногтевой фаланге.

Движение в межфаланговом суставе резко ограничено. На рентгенограмме незначительный остеопороз ногтевой фаланги, небольшие участки деструкции (просветления), края кости узурированы.

Вопросы: 1. Поставьте диагноз. 2. Разработайте план лечения.

Эталон ответа: Диагноз: костный панариций ногтевой фаланги I пальца правой кисти. Лечение: под местной анестезией по Оберсту – Лукашевичу произвести парные линейно – боковые разрезы на ногтевой фаланге, некрэктомия, иссечение свищей, грануляций. Дренирование для промывания раны. Иммобилизация, антибиотикотерапия.

Задача №14

Больная 45 лет, работает уборщицей, жалуется на боли в правой подмышечной области, на ограничение движений этой рукой, повышение температуры тела до 37,3 С. Заболела неделю назад, в правой подмышечной впадине появилось 3 болезненных ограниченных уплотнений шаровидной формы. Постепенно образования увеличивались в размерах, усилилась боль, появилось недомогание. Больная вынуждена была обратиться к хирургу поликлиники. Объективно: общее состояние удовлетворительное, температура тела 37,2 С. В правой подмышечной впадине имеется уплотнение шаровидной формы, возвышающееся над кожей, которая синюшно – багрового цвета. В центре одной из припухлости имеется два узких отверстия, через которые выделяется гной. Пальпация данной области болезненна. Активные и пассивные движения правой руки из-за болезненности резко ограничены.

Вопросы: 1. Поставьте диагноз. 2. Разработайте план лечения. Эталон ответа:

Диагноз: гидраденит правой подмышечной области. Лечение: выстричь волосы ножницами в области гнойников, под местной инфильтративной анестезией 0,5% раствором новокаина вскрыть гнойники, санация гнойной полости, турунда с мазью "Левомеколь", обработка кожи вокруг раны бриллиантовым зеленым. Иммобилизация конечности при помощи косынки. Перед ежедневной перевязкой физиотерапевтическое лечение. Необходимо взять анализ крови на глюкозу, иммунограмму. Больная нетрудоспособна; выдать больничный лист на 3 дня, закрытие его будет зависеть от течения раневого процесса.

Задача №15

Больная 68 лет по поводу двустороннего коксартроза получала инъекции диклофенака в левую ягодичную область. Инъекции делала дочь в домашних условиях. 5 дней назад в местах инъекций появилась боль, уплотнение тканей. Занималась самолечением. Вчера вечером был озноб, температура 38 С, больная вызвала хирурга на дом. Объективно: состояние средней тяжести, не ходит, лежит в кровати, температура 38,2 С, пульс 102 в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения. Левая ягодица в верхненаружном квадранте несколько увеличена в размерах, кожа этой области гиперемирована. При пальпации определяется болезненный инфильтрат 10*8 см. Симптом флюктуации не определяется.

Вопросы: 1. Поставьте диагноз. 2. Разработайте план лечения.

Эталон ответа: Диагноз: постинъекционный инфильтрат левой ягодичной области.

Лечение: больную госпитализировать в гнойное хирургическое отделение. Под внутривенным наркозом для уточнения диагноза толстой иглой длиной 6-8 см произвести пункцию инфильтрата. При получении гноя выполнить продольный разрез с ревизией пальцем полости гнойника, при необходимости – контрапертура, санация и дренирование полости, взять посев гноя для определения антибиотикограммы. Адекватная антибиотикотерапия, физиотерапевтическое лечение, постельный режим. Если при пункции гной не получен - консервативная терапия.

Задача №16

Одинокый мужчина, 65 лет, пенсионер, болеет сахарным диабетом, жалуется на общую слабость, повышение температуры тела, на сильную боль в области гнойной раны задней поверхности шеи. Болен более недели, за медицинской помощью не обращался.

Объективно: состояние больного относительно удовлетворительное, бледен, температура тела 38,8 С, пульс 102 в минуту. На задней поверхности шеи воспалительный инфильтрат 10*6 см, кожа над ним багрово – красного цвета с синюшным оттенком, с

множественными небольшими гнойными очагами. Вокруг инфильтрата значительный отек, пальпация инфильтрата болезненна.

Вопросы: 1. Поставьте диагноз. 2. Разработайте план лечения.

Эталон ответа: Диагноз: карбункул шеи. Лечение: госпитализация в гнойное хирургическое отделение, консультация эндокринолога для коррекции углеводного обмена. Операция под общим внутривенным наркозом, крестовидное рассечение карбункула с тщательным иссечением некротических тканей, взять посев гноя для определения антибиотикограммы. Адекватное дренирование резиновыми полосками, марлевый тампон с гипертоническим раствором, можно использовать ферменты. Целенаправленная антибиотикотерапия, при необходимости дезинтоксикационная терапия, режим постельный.

Задача №17

У мужчины 32 лет, который 2 года страдает геморроем, после погрешности в диете возникли острые боли в области заднего прохода. Выпавшие геморроидальные узлы перестали вправляться в прямую кишку, имеют темно-синий цвет, резко-болезненны, отмечаются явления воспаления и отека в области выпавших узлов. Температура тела повысилась до 38.1°C.

Вопросы: 1) Как называется указанное осложнение? 2) Какие инструментальные методы исследования показаны данному больному? 3) Больному показано консервативное или хирургическое лечение? 4) Какая диета необходима данному больному?

Эталон ответа: 1) Острый тромбоз геморроидальных узлов. 2) Никаких. 3)

Консервативное. После снятия воспаления- геморроидэктомия. 4) Послабляющая.

Задача №18

Мужчину 57 лет беспокоят боли в левой икроножной мышце, зябкость стопы, быстрая утомляемость. Боль появляется после прохождения 60-70 метров. Длительность заболевания около 6 месяцев. При осмотре дистальные отделы левой ноги бледнее, чем справа, холодные на ощупь, мышцы при пальпации болезненные. Пульс удается определить только на бедренной артерии в паховой области, он ослаблен. Над ней выслушивается систолический шум. Пульсация магистральных артерий правой ноги сохранена на всех уровнях, но несколько ослаблена. Вопросы: 1. Ваш предварительный диагноз? 2. Клиническая классификация этого заболевания? 3. Патогенез развития этого заболевания? 4. План обследования пациента? 5. Принципы лечения заболевания в зависимости от стадии процесса?

Эталон ответа: Диагноз: Облитерирующий атеросклероз нижних конечностей (стеноз бедренно-подколенного сегмента слева), ишемия конечностей 2Б - 3 степени. План обследования: общий анализ крови, общий анализ мочи, кровь на сахар, ПТИ, флюорография, ЭКГ, холестерин, липопротеиды с определением коэффициента атерогенности, УЗ-доплерография, ангиография. Дифференциальный диагноз следует проводить с облитерирующим эндартериитом, болезнью Бюргера. Лечение: при 1-2А степени ишемии конечностей лечение консервативное, при 2Б- 3 степени - оперативное. Метод выбора - в зависимости от типа поражения - реконструктивная операция (шунтирование, протезирование, реже эндартерэктомия). При невозможности выполнить реконструктивную операцию - симпатэктомия, профундопластика, РОТ.

Задача №19

Кормящую мать 28 лет в течение двух недель беспокоят боли в левой молочной железе. Объективно: в верхне-наружном квадранте левой молочной железы отчетливо пальпируется плотное образование размером 6 x 8 см, резко болезненное, кожа над ним багрово-синюшной окраски, однако, размягчения или флюктуации нет. Общее состояние больной удовлетворительное, отмечает слабость, повышенную потливость, температура по вечерам достигает 38 °С. На протяжении последних 6 дней лечится амбулаторно у

хирурга. Проведен курс антибиотикотерапии (ампициллин). Улучшения нет. Ввиду отсутствия эффекта направлена в стационар.

Вопросы: 1. Ваш диагноз? 2. Каковы причины данного заболевания? 3. Какова лечебная тактика? 4. Можно ли продолжать грудное кормление ребенка? 5. Меры профилактики данного заболевания?

Эталон ответа Диагноз: Острый лактационный мастит в стадии инфильтрации. Причины – застой молока в молочной дольке и попадание инфекции через трещины в соске. Лечебная тактика: госпитализация, интенсивная антибиотикотерапия (ампициллин), ретромаммарная новокаиновая блокада, противовоспалительное лечение, активное сцеживание молока, сухое тепло, обезболивание: баралгин, анальгин. Не рекомендуется кормление ребенка этой грудью, однако регулярно необходимо сцеживать молоко из других долек. При абсцедировании – оперативное лечение: вскрытие мастита.

Профилактика: недопущение трещин сосков и застоя молока.

Задача №20

Больной 36 лет обратился в поликлинику к хирургу с жалобами на боли в животе, больше в области правого мезогастрия, по вечерам отмечает подъем температуры до 37,5 °С. Из анамнеза установлено, что заболевание началось 6 суток назад с появления болевого синдрома в правой половине живота, в основном около пупка. Была тошнота, рвота. На третьи сутки боли уменьшились. За медицинской помощью не обращался, поскольку находился в командировке. За период болезни четыре раза был стул, дважды жидкий. Объективно: язык влажный, кожные покровы обычной окраски, пульс 80 в минуту, в легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Живот участвует в акте дыхания, мягкий. При пальпации в правой подвздошной области определяется образование до 10 см в диаметре, умеренно болезненное при пальпации, малоподвижное. Перитониальных симптомов нет. Лейкоцитоз 9,0 тысяч, Гемоглобин - 140 г/л.

Вопросы: 1. Ваш предварительный диагноз? 2. Дополнительные методы обследования для уточнения диагноза? 3. Какова дальнейшая тактика лечения? 4. Каков арсенал консервативной терапии? 5. Показания к операции?

Эталон ответа Диагноз: Аппендикулярный инфильтрат. Уточнить диагноз, особенно при подозрении на абсцедирование, поможет УЗИ. Тактика консервативно-выжидательная. При эффективности консервативного лечения больному рекомендуют плановую аппендэктомию через 6 месяцев после рассасывания инфильтрата. При абсцедировании инфильтрата – вскрытие и дренирование абсцесса. После выздоровления больного – плановая аппендэктомия.

Задача 21.

На прием к хирургу пришел больной с интенсивными болями в животе. После осмотра, хирург заподозрил у пациента острый аппендицит. Дальнейшие действия поликлинического хирурга? Ответ:

Хирург должен вызвать бригаду скорой медицинской помощи и транспортировать больного в стационар.

Задача 22.

При первичном осмотре у больного обнаружена липома подлопаточной области справа. Дайте понятие – липомы? Какая должна быть тактика хирурга поликлиники при установлении диагноза – липома?

Ответ:

Липома – доброкачественное новообразование подкожно-жировой клетчатки. Операция – иссечение липомы.

Задача 23.

Пациент 32 лет пришел на прием к хирургу поликлиники с клиникой и анамнезом пандактилита 2 пальца левой кисти. Тактика хирурга поликлиники?

Ответ:

Лечение пациента в условиях стационара; операция – разрез, дренирование, антибактериальная терапия.

Задача 24.

У больного отмечается абсцесс правого предплечья. Хирург поликлиники рекомендовал больному выполнить операцию – разрез, дренирование. Назовите принципы выполнения операции – разрез при абсцессе?

Ответ:

Разрез кожи через центр флюктуации, - разрез на весь диаметр инфильтрата, - разрез параллельно ходу сосудисто-нервного пучка, - пальцевая ревизия полости абсцесса.

Задача 25.

На прием к хирургу поликлиники пришел больной с жалобами на боли с правом плече, его покраснение, гипертермию до 39,5. В анамнезе больной отмечает падение со стула и ушиб правого плеча. При осмотре: правое плечо резко увеличено в размерах за счет отека, кожный покров его гиперемирован, горячий на ощупь, пальпация данной области резко болезненна. Ваш диагноз? Тактика хирурга?

Ответ:

Нагноившаяся гематома правого плеча. Тактика: 1. лечение в условиях стационара, операция – разрез, дренирование. 7. Операция – разрез, дренирование. Обезболивание по методу Лукошевича-Оберста.

Задача 26.

В поликлинику обратился больной 40 лет с жалобами на постоянные незначительные боли в правой подвздошной области. Заболел за 3 дня до поступления, появились боли в эпигастрии, принимал мизим, на второй день боли сместились в правую подвздошную область, знобило, была однократно рвота. Стул был накануне (больной сделал себе клизму). Сегодня боли в животе уменьшились, однако, полностью не прошли. За медпомощью обратился впервые. Объективно: язык влажный, температура 37,60 С, при пальпации отмечается локальная болезненность в правой подвздошной области, здесь же определяется напряжение мышц передней брюшной стенки. Положительные симптомы Воскресенского, Щеткина-Блюмберга, Ровзинга, Ситковского. Лейкоцитоз – 12,0·10⁹, анализ мочи б/о, УЗИ брюшной полости – небольшое количество жидкости в правой подвздошной области.

Вопросы: Ваш диагноз? Дайте комментарий к выявленным симптомам. Тактика лечения? Ваши замечания больному.

Ответ: Диагноз: острый деструктивный аппендицит. Симптомы Ситковского и Щеткина-Блюмберга являются перитонеальными и говорят о вовлечении в воспалительный процесс париетальной брюшины. Симптомы Ровзинга и Ситковского специфичны для о. аппендицита. Показана под наркозом операция аппендэктомии. Замечания больному: позднее обращение, самолечение без установленной причины болей в животе, выполнение клизмы было ошибкой, она при остром аппендиците может привести к перфорации червеобразного отростка.

Задача 27.

В поликлинику обратился пациент 75 лет с жалобами на постоянные ноющие боли в правой подвздошной области без диспепсии. Заболел сутки назад, ранее ничем не болел, запоров нет. Объективно: состояние удовлетворительное, температура 36,80 С, пульс 84 удара в минуту, язык обложен, влажный. живот мягкий, при глубокой пальпации отмечается болезненность в правой подвздошной области без перитонеальных симптомов. Симптомы Ровзинга, Ситковского отрицательные. Лейкоцитов в крови 8,7·10⁹, анализ мочи б/о.

Вопросы: Ваш диагноз? Тактика лечения?

Ответ: Предварительный диагноз: острый аппендицит. У пожилых может быть сглажена вся симптоматика, поэтому необходимо введение спазмолитиков, динамичное наблюдение 4-6 часов, УЗИ брюшной полости на предмет выпота, расширения полостной

системы правой почки и опухолевидных образований в области слепой кишки, лапароскопия. При невозможности исключения острого аппендицита операция.

Задача 28.

Больной В. 24 лет обратился с жалобами на постоянные ноющие боли в поясничной области справа, повышение температуры тела до 37,80 С. Заболел сутки назад, когда появились боли в эпигастрии, принимал но-шпу, боли в животе через 6 часов прошли, но заболела поясница. Раньше ничем не болел. Хирург осмотрел больного, выставил диагноз острый пиелонефрит, (паранефрит?), т.к. в анализе мочи были обнаружены единичные лейкоциты и повышенное содержание белка. Назначил лечение. На следующие сутки больной поступил в стационар с приведенным к животу правым бедром, температурой 38,60 С. Объективно: попытки выпрямить ногу сопровождаются усилением болей в пояснице. Язык обложен белым налетом, сухой. Живот по-прежнему мягкий, умеренно болезненный в правой подвздошной области без перитонеальных симптомов, лейкоцитоз 15,0·10⁹.

Вопросы: Ваш диагноз? Какие исследования проведете? Тактика лечения? В чем ошибка врача поликлиники?

Ответ: Диагноз: острый аппендицит, ретроцекальное расположение червеобразного отростка. Для подтверждения диагноза необходимо исключить урологическую патологию, выполнив УЗИ почек, экскреторную урографию. Подспорьем диагностики может быть не обнаружение червеобразного отростка в брюшной полости во время лапароскопии. О неблагополучии в паранефральном пространстве могут говорить сглаженность контуров m. iliopsoas на обзорном снимке и компьютерная томография. При диагностировании острого аппендицита показана операция. Ошибка дежурного врача в том, что он поставил урологический диагноз не проведя вышеперечисленное обследование.

Задача 29.

Больной 40 лет обратился в поликлинику с жалобами на небольшие постоянные боли в правой подвздошной области. Заболел 4 дня назад, когда появились боли в эпигастриальной области. Затем они стихли и заболел живот справа от пупка, знобило, однократно вырвало. Раньше ничем не болел. Запоров не было. По рекомендации родственников 4 дня принимал левомецетин и креон. Объективно: состояние удовлетворительное, температура 37,10 С, пульс 84 удара в мин., язык обложен, влажный, живот при пальпации мягкий, отмечается небольшая болезненность в правой подвздошной области, здесь же определяется опухолевидное образование без четких границ. Перитонеальных симптомов нет, ректально кал обычного цвета, исследование безболезненно. Лейкоцитоз 9,6·10⁹, анализ мочи б/о. Вопросы: Диагноз? Тактика лечения?

Ответ: Диагноз: острый аппендицит, аппендикулярный инфильтрат. Учитывая сроки заболевания (4 суток) показана аппендэктомия. До 5 суток заболевания инфильтрат рыхлый, возможно без угрозы перфорации кишки выделение червеобразного отростка. Необходимо больного транспортировать в дежурное хирургическое отделение.

Задача 30.

Больной 43 лет обратился в поликлинику с жалобами на постоянные, ноющие боли в животе справа от пупка. Болен неделю, вначале появились боли по всему животу, был однократно кашицеобразный стул, затем боли локализовались справа от пупка. Занимался фитотерапией, к врачам не обращался. Раньше ничем не болел. Объективно: При осмотре состояние удовлетворительное, температура 36,80 С, пульс 80 ударов в минуту, язык обложен, влажный. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. В правой подвздошной области определяется умеренно болезненное плотное образование 8х6 см, перитонеальных симптомов нет. Ректально б/о.

Вопросы: Диагноз? Тактика лечения?

Ответ: Диагноз: острый аппендицит, аппендикулярный инфильтрат. Учитывая сроки заболевания (7 суток) и отсутствие клиники абсцедирования инфильтрата показано консервативное лечение для его рассасывания и плановая аппендэктомия через 3 месяца.

Задача 31.

Больной 36 лет обратился в поликлинику с жалобами на резко возникшие боли в правой половине живота, иррадиирующие в поясничную область и пах, рези при мочеиспускании. Болен 1 час, раньше ничем не болел. При осмотре больного вырвало, он ведет себя беспокойно. Объективно: температура 37,20 С, пульс 108 ударов в минуту. Язык обложен белым налетом, влажный, живот болезненен, напряжен в правой половине, без перитонеальных симптомов. Поколачивание в поясничной области справа резко болезненно. Лейкоцитоз $12,0 \cdot 10^9$, в моче 3-5 свежих эритроцита в поле зрения, лейкоцитов 8-12 в поле зрения.

Вопросы: Диагноз? Тактика ведения больного?

Ответ: Диагноз: правосторонняя почечная колика. Первая помощь – введение спазмолитиков, новокаиновая блокада семенного канатика справа. Параклиника: УЗИ почек, экскреторная урография, хромоцистоскопия. Необходимо помнить, что схожая клиника может быть при забрюшинном расположении воспалительно измененного червеобразного отростка.

Задача 32.

Больная 55 лет обратилась в поликлинику с жалобами на боли в животе, больше справа от пупка, повышение температуры тела. Больна 7 суток, вначале беспокоили боли вокруг пупка, затем стало больше болеть справа от него, за медпомощью не обращалась. Раньше ничем не болела. 7 Объективно: питания повышенного, температура 38,0 С, пульс 96 в мин., живот мягкий, болезненный в правой подвздошной области, где четко определяется резко болезненное плотное образование 8x10 см. Перитонеальных симптомов нет. Лейкоцитоз $18,0 \cdot 10^9$, анализ мочи б/о. Осмотр гинеколога – определяется справа уходящее вверх болезненное плотное образование.

Вопросы: Диагноз? Тактика ведения больного?

Ответ: Диагноз: острый аппендицит, аппендикулярный инфильтрат с абсцедированием. При УЗИ можно в инфильтрате выявить жидкостное образование (абсцесс). Лечение – дренирование абсцесса. Через 3 месяца после заживления раны и рассасывания инфильтрата плановая аппендэктомия.

Задача 33.

Больная 57 лет обратилась в поликлинику с жалобами на боли в правой половине живота с иррадиацией в правую лопатку, тошноту. Больна 12 часов, боли в этих отделах живота появились после ужина, постепенно нарастали, ночью лечилась горячей грелкой. В прошлом подобных болей не было, стул и диурез нормальные. Объективно: температура 38,0 С, пульс 96 ударов в минуту. Язык обложен белым налетом, сухой. При пальпации определяется резкая болезненность и напряжение мышц в правом подреберье и правой подвздошной области с положительным симптомом Щеткина-Блюмберга. Положительный симптом Ровзинга. Печень и желчный пузырь пальпаторно не определяются. Лейкоцитоз $16,0 \cdot 10^9$, анализ мочи б/о.

Вопросы: Диагноз? Тактика ведения больного?

Ответ: Диагноз: острый холецистит, острый аппендицит, подпеченочное расположение червеобразного отростка? Необходимы дообследования: билирубин, сахар, амилаза крови, УЗИ печени. При неясности диагноза либо лапароскопия, либо лапаротомия из параректального доступа, из которого возможна и холецистэктомия и при продлении разреза вниз аппендэктомия.

Задача 34.

В поликлинику обратилась больная 20 лет с жалобами на боли в правой подвздошной области. Заболела 1 час назад, появились внезапно острые боли в животе, головокружение, слабость, тошнота. Боли иррадиировали в прямую кишку, крестец.

Раньше ничем не болела. Объективно: больная бледная, температура 36,50 С, пульс 110 ударов в мин. Язык чист, влажен, живот при пальпации мягкий, слегка болезненный в правой подвздошной области, симптом Щеткина-Блюмберга слабо положительный. Лейкоцитоз $10,0 \cdot 10^9$, эритроцитов $3,1 \cdot 10^{12}$, гемоглобин 100 г/л, анализ мочи б/о.

Вопросы: О каком заболевании думаете? Что следует уточнить из анамнеза? Какие дополнительные исследования подтвердят диагноз?

Ответ: Предварительный диагноз: внутрибрюшное кровотечение вследствие апоплексии (разрыва) яичника или разрыва маточной трубы при трубной беременности. Необходимо уточнить дату последних месячных, назначить осмотр гинеколога, УЗИ малого таза и брюшной полости. Уточнить диагноз помогут пункция заднего свода и лапароскопия.

Задача 35.

К хирургу поликлиники обратилась больная с жалобами на боли внизу живота больше справа, озноб. Заболела сутки назад, когда внезапно появились боли внизу живота, боли иррадиировали в прямую кишку. Раньше ничем не болела, последние месячные две недели назад, в срок. В прошлом лечилась по поводу хронического аднексита. Объективно: состояние отягощено болями в животе, температура 37,60 С, пульс 100 ударов в минуту. Живот напряжен, болезнен в нижних отделах, больше в правой пахово-подвздошной области. Положительный симптомом Щеткина-Блюмберга. Лейкоцитоз $14,0 \cdot 10^9$, анализ мочи б/о.

Вопросы: Ваш диагноз? Необходимые исследования для его уточнения?

Ответ: Диагноз: пельвиоперитонит генитальной этиологии. Подобная клиника развивается при внезапном опорожнении в брюшную полость маточной трубы от гноя. Необходим осмотр гинеколога, уточнить есть ли гнойные выделения из влагалища, провести УЗИ малого таза, пункцию заднего свода влагалища. Окончательно уточнит диагноз лапароскопия.

Задача 36.

Больной С. 24 лет проснулся утром от резких болей в эпигастрии, накануне в течение недели беспокоила изжога и небольшие боли под ложечкой. В прошлом ничем не болел. Заподозрив у себя острый аппендицит, пациент обратился в поликлинику. Состояние больного средней степени тяжести, жалуется на боли в животе, больше справа. Объективно: температура 36,80 С, пульс 84 удара в минуту, язык обложен, сухой. Живот напряжен, болезнен в правой подвздошной области, перитонеальные симптомы положительны. Болезненность и напряжение отмечаются в эпигастрии, правом подреберье. Размеры печени по Курлову определить не удается.

Вопросы: О каком заболевании будете думать в первую очередь, почему? Какие дополнительные исследования проведете?

Ответ: Диагноз: перфоративная язва желудка или 12-перстной кишки. За - говорят острое начало заболевания и отсутствие печеночной тупости. Дополнительные исследования: обзорный снимок брюшной полости стоя на свободный газ, ФГДС с пневмогаструм, повторный снимок при необходимости, УЗИ брюшной полости на свободную жидкость, лапароскопия.

Задача 37.

Больного беспокоят ноющие постоянные боли в правой подвздошно-паховой области, дизурия. Болен 2 суток, вначале появились боли вокруг пупка, затем они сместились вправо, присоединилась дизурия, однократно вырвало. Объективно: температура 37,80 С, язык обложен, влажный, живот мягкий, болезненный справа над лоном без перитонеальных симптомов. Лейкоцитоз $14,0 \cdot 10^9$, анализ мочи б/о. УЗИ без патологии.

Вопросы: Ваш диагноз? Ваши действия?

Ответ: Диагноз: острый аппендицит, тазовое расположение червеобразного отростка. Для окончательного исключения урологической патологии можно 105 сделать УЗИ почек в/в урографию. Диагноз аппендицита подтвердит лапароскопия.

Задача 38.

У больного на 7 сутки после аппендэктомии по поводу деструктивного аппендицита повысилась температура до 38,50 С. Жалуется на рези в конце мочеиспускания, частые позывы на стул, поноса нет. Объективно: пульс 110 ударов в минуту, живот мягкий, болезненный над лоном. По ходу послеоперационного рубца инфильтрации и болезненности нет. Лейкоцитоз 17,0 · 10⁹, анализ мочи б/о.

Вопросы: Ваш диагноз? Ваши действия?

Ответ: Диагноз: абсцесс Дугласова кармана. Необходимо выполнить ректальное исследование, УЗИ, КТ малого таза. Вскрытие абсцесса после его пункции производят у женщин через задний свод влагалища, у мужчин через переднюю стенку прямой кишки.

Задача 39.

У больной 72 лет на 7 сутки после аппендэктомии по поводу острого гангренозного аппендицита повысилась температура до 39,0 С, возник озноб. Объективно: общее состояние тяжелое, живот мягкий, склеры иктеричны, нижний край печени при пальпации болезненный. По ходу кожных швов инфильтрации нет, ректально б/о, дыхание везикулярное. Лейкоцитоз 18,0x10⁹, анализ мочи б/о, на рентгенограмме грудной клетки патологии нет.

Вопросы: Ваши действия по диагностике развившегося осложнения? Лечение?

Ответ: Необходимо думать о пилефлебите, абсцессе печени (апостематозном гепатите). Дообследования: УЗИ, КТ воротной вены и печени, билирубин, АЛТ, АСТ сыворотки крови, коагулограмма. Лечение: антибиотики, антикоагулянты, дезагреганты, гепатотропные препараты. По возможности внутрипортальное введение препаратов. При формировании абсцессов печени, применение пункционного или дренажного способов лечения.

Задача 40.

У больной, оперированной 10 суток назад по поводу острого гангренозно-перфоративного аппендицита появились боли в правом подреберье, повысилась температура до 39,50 С. Объективно: пульс 96 ударов в минуту, живот мягкий, слегка болезненный в правом подреберье без перитонеальных симптомов, печень выступает из подреберья, поколачивание по реберной дуге болезненно, на обзорной рентгенограмме грудной клетки в плевральном синусе справа имеется жидкость. Лейкоцитоз 18,0 · 10⁹.

Вопросы: О каком осложнении подумаете? Какое исследование уточнит диагноз? Какое предпримете лечение?

Ответ: Диагноз «поддиафрагмальный абсцесс справа». Уточнит диагноз лучевая диагностика - УЗИ и КТ. При рентгеноскопии грудной клетки можно выявить приподнятость и неподвижность правого купола диафрагмы. Поскольку больные после операции больше лежат на спине, гнойники чаще локализуются сзади. Необходимы: пункционный или пункционно-дренажный способ лечения под контролем УЗИ. Возможно дренирование через ложе 10 ребра.

Задача 41.

На плановую госпитализацию поступил больной Б., 16 лет. Жалоб не предъявляет, выполняет без ограничений любую физическую работу. На руках направление из военкомата на оперативное лечение по поводу паховой грыжи. Объективно: внешних изменений в паховых областях нет, грыжевые выпячивания не определяются. Наружные отверстия пахового канала расширены до 2 см в диаметре с обеих сторон. Положителен симптом кашлевого толчка.

Вопросы: Ваш диагноз? Какова ваша тактика в отношении данного больного?

Ответы: Диагноз: двухсторонняя канальная паховая грыжа. Больному показано оперативное лечение. Операцию можно произвести одномоментно с обеих сторон.

Задача 42.

Больной П., 78 лет, обратился с жалобами на наличие выпячиваний в обеих паховых областях, которые легко вправляются в положении лежа. Из анамнеза выяснено, что в течение 3 последних лет стали частыми позывы на мочеиспускание, появились

затруднения при мочеиспускании. Моча выделяется тонкой, вялой струей, в связи с чем он вынужден натуживаться. Год назад больной заметил в обеих паховых областях округлой формы выпячивания, исчезающие в горизонтальном положении. Образования эти безболезненные, мягкой консистенции. Объективно: в обеих паховых областях имеются грыжевые выпячивания размером 5х5 см, шаровидной формы, мягко-эластической консистенции, содержимое свободно вправляется в брюшную полость. Семенные канатики расположены снаружи от выпячиваний. Наружные отверстия пахового канала круглой формы, диаметром 2,5 см.

Вопросы: Ваш диагноз? Тактика лечения?

Ответы: Диагноз: аденома предстательной железы 1-2 ст. Двухсторонняя прямая паховая грыжа. Больного следует обследовать на предмет имеющейся аденомы предстательной железы (размеры, вероятность малигнизации), и, если позволяет состояние, провести аденомэктомию или трансуретральную резекцию (ТУР), т.к. причиной образования грыжи надо считать затруднения при мочеиспускании. Вторым этапом после полного выздоровления следует провести грыжесечение. Пластику задней стенки пахового канала лучше всего проводить с использованием полипропиленовой сетки. Если операции невозможны, следует провести консервативное лечение аденомы предстательной железы. Оперировать больного по поводу грыж раньше, чем исчезнут явления нарушения мочеиспускания, нецелесообразно. Без грыжесечения рекомендовать ношение бандажа.

Задача 43.

Больной Ш., 66 лет, готовится к плановой операции по поводу прямой паховой грыжи. Болеет в течение года. Беспокоят опухолевидные образования в обеих паховых областях, которые легко вправляются в положении 10 лежа, умеренные боли при физической нагрузке. Отмечает, что при натуживании появляются позывы на мочеиспускание, а после мочеиспускания бывают рези. Во время операции после вскрытия грыжевого мешка выделилось около 50 мл прозрачной желтоватой жидкости с запахом мочи. При ревизии оказалось, что вскрыт просвет мочевого пузыря. Какова причина полученного осложнения? Вопросы: Как закончить операцию? Какие меры помогут избежать подобных осложнений?

Ответы: До операции не оценены жалобы, указывающие на возможность наличия скользящей грыжи мочевого пузыря. Во время операции эта разновидность грыжи не была распознана, что и явилось причиной осложнения. Прежде всего следует разобраться в анатомических соотношениях. Рану мочевого пузыря необходимо ушить двухрядным швом, причем первый ряд швов обязательно рассасывающимся материалом. Провести пластику пахового канала, операцию закончить дренированием мочевого пузыря на 5-7 дней. Избежать вскрытия органов при скользящих грыжах можно при тщательной оценке деталей анамнеза, указывающих на вероятность скользящей грыжи, а также тщательной оценке рассекаемых при выделении грыжевого мешка тканей.

Задача 44.

Больной А., 65 лет, готовится к плановой операции по поводу рецидивной паховой грыжи. Из анамнеза выяснено, что уже дважды оперирован по поводу грыжи, и после каждой операции через 6-10 месяцев наступал рецидив. Во всех случаях применялась пластика пахового канала собственными тканями по Жирару-Спасокукоцкому.

Вопросы; Какова вероятная причина упорного рецидивирования грыжи? Каким образом избавить больного от очередного рецидива грыжи?

Ответы: Причиной рецидива грыжи мог быть неправильный выбор метода операции. Как правило, при рецидивной грыже необходимо укреплять заднюю стенку пахового канала. Наилучшей методикой в данном случае могла быть пластика по Лихтенштейну с использованием полипропиленовой сетки, что и следует выполнить данному больному.

Задача 45.

Больной Б., 54 лет, обратился в поликлинику с ущемленной пахово-мошоночной грыжей. Из анамнеза выяснилось, что грыжа появилась у больного 3 года назад. От предложенной

плановой операции временно отказался. Сутки назад после незначительного физического напряжения грыжа ущемилась. Больной дома сам попробовал вправить грыжу, но безуспешно. Состояние больного ухудшалось, в связи с чем он обратился в поликлинику. Во время осмотра в поликлинике грыжа самопроизвольно вправилась. Боли полностью прекратились, и по настойчивой просьбе больного он был отпущен домой. Через 5 ч был доставлен в стационар, уже с явлениями перитонита.

Вопросы: Сформулируйте диагноз больного при повторном поступлении. Была ли допущена ошибка при первом обращении больного за помощью и если да, то в чем она состоит? Какова должна быть тактика хирурга при самопроизвольном вправлении ущемленной грыжи?

Ответы: Ущемленная косая пахово-мошоночная грыжа. Некроз ущемленной петли тонкой кишки с её перфорацией. Разлитой гнойный перитонит, реактивная стадия. Врач совершил грубейшую ошибку. Больной после насильственного или самопроизвольного вправления длительно ущемленной грыжи должен находиться в стационаре под наблюдением хирурга. Если вправилась нежизнеспособная кишка, как это было у данного больного, то при первых признаках неблагополучия со стороны брюшной полости (возможно проведение лапароскопии) больного следует оперировать из срединного доступа. Если же после вправления грыжи признаков катастрофы в животе нет, его следует оперировать по поводу грыжи в плановом порядке, не выписывая из стационара.

Задача 46. Больной А., 40 лет, работник леспромхоза, обратился в поликлинику с жалобами на повышение температуры тела, опухолевидное образование в правой паховой области, болезненное при пальпации, схваткообразные боли в животе, затрудненное отхождение газов. Из анамнеза выяснилось, что у больного в течение нескольких лет имеется паховая грыжа, от предложенной плановой операции временно воздерживался. Три дня назад при натуживании грыжевое выпячивание увеличилось, перестало вправляться, появились боли. За медицинской помощью своевременно обратиться не мог из-за отсутствия транспортного сообщения. Объективно: состояние больного тяжелое, бледен. Пульс 94 уд. в 1 мин., ритмичный. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Живот вздут, при пальпации безболезненный. Симптомов раздражения брюшины нет. В правой паховой области определяется опухолевидное образование 8х6 см., напряженное, болезненное, кожа над ним резко гиперемирована.

Вопросы: Ваш диагноз? Каковы действия хирурга?

Ответы: Диагноз: ущемлённая правосторонняя паховая грыжа. Острая кишечная непроходимость. Флегмона грыжевого мешка. Операцию нужно начать со срединной лапаротомии, пересечения приводящей и отводящей кишки с наложением межкишечного анастомоза. Лапаротомная рана ушивается. Следующим этапом является вскрытие грыжевой флегмоны и её дренирование после удаления резецированной некротизированной кишки без пластики пахового канала. Пластика целесообразна только при серозном воспалении в грыжевом мешке.

Задача 47. Больной Е., 46 лет, находится на амбулаторном лечении после выписки из стационара. Больного беспокоят боли в эпигастральной области, тошнота, отсутствие аппетита, слабость. Из врачебной справки, выданной в стационаре, выяснено, что 3 недели назад ему была произведена операция грыжесечения по поводу грыжи белой линии живота. Отмечает, что после операции стал худеть. В области послеоперационного рубца имеется умеренный инфильтрат, по поводу которого получает физиолечение, но боли в эпигастрии не проходят. Отмечает, что характер болей точно такой, какой был до операции.

Вопросы: Почему у больного не проходят боли после операции? О каком диагнозе можно думать у данного больного? Как следовало обследовать больного с грыжей белой линии живота перед операцией? Как следует лечить больного дальше?

Ответы: Боли продолжают беспокоить больного, по-видимому, потому, что причиной их была не грыжа белой линии живота, а другое заболевание. По имеющимся жалобам

следует заподозрить у больного наличие рака желудка. Больным с грыжей белой линии живота перед операцией в обязательном порядке должно проводиться обследование желудка для исключения его патологии, т.к. болевой синдром может быть обусловлен этой патологией. Больному нужно отменить физиолечение, назначить ФГС, при необходимости с биопсией, и в зависимости от операбельности процесса выбрать метод лечения.

Задача 48.

4У мальчика 8 лет поставлен диагноз илеоцекальной инвагинации. С момента начала заболевания прошло 10 ч. Общее состояние больного вполне удовлетворительное.

Вопросы: Какова должна быть лечебная тактика?

Лечение следует начать с попытки расправить инвагинацию с помощью контрастной бариевой клизмы или осторожного введения воздуха в прямую кишку. Это следует делать под контролем рентгеноскопии, с помощью которой можно отчетливо увидеть момент расправления инвагината. Больному предварительно желательнее ввести атропин или произвести двустороннюю паранефральную новокаиновую блокаду. Если попытки консервативного расправления инвагината окажутся безуспешными, больного следует оперировать, не откладывая. После расправления инвагината путем выдавливания инвагинированной части кишки, нажимая большими пальцами на головку инвагината, оценивают состояние кишки. В зависимости от ее жизнеспособности кишку оставляют или производят удаление по правилам, существующим для резекции кишечника при острой непроходимости. При толстокишечной или илеоцекальной инвагинации, в тех случаях, когда длина инвагината большая, можно произвести операцию по методу Одерфельда: небольшая резекция толстой кишки с удалением инвагината через задний проход. При этой методике удастся сохранить значительную часть толстой кишки.

Задача 49.

Больной Н., 17 лет, во время тяжелого физического напряжения почувствовал резкую боль внизу живота, которая через 10-15 мин значительно уменьшилась. Через 4 часа боль снова усилилась, распространилась по всему животу, появилось вздутие живота, была трижды рвота. Больной положил на живот грелку, после чего боли несколько уменьшились. Вскоре у него обильно отошли газы, был самостоятельный стул, живот опал, боли прошли. Ночь провел спокойно, а утром снова появились сильные схваткообразные боли в животе, метеоризм, не отходили газы, не было стула, появилась рвота. Объективно: общее состояние больного в момент поступления (через сутки от начала заболевания) оставалось вполне удовлетворительным. Температура нормальная, пульс 76 уд/минуту. Язык влажный. Живот равномерно вздут, при пальпации мягкий, умеренно болезненный в правой подвздошной и паховой области. Выслушиваются усиленные перистальтические шумы. Хирург поликлиники диагностировал острую кишечную непроходимость, поставил больному сифонную клизму, после которой обильно отходили газы и был стул. Живот опал, перистальтика стала нормальной, боли прекратились. Больной был отпущен домой, а на следующий день доставлен в больницу с явлениями острого разлитого перитонита.

Вопросы: Что произошло с больным? В чем состоят ошибки врача? Что нужно было делать с больным?

Ответы: У больного имела место клиника частичной кишечной непроходимости, которая возникла в момент тяжелого физического напряжения. Чаще всего это бывает при внутренних ущемлениях грыжи. Поскольку при осмотре наружных грыж у больного не оказалось, следовало подумать о внутреннем ущемлении. Сочетание явлений частичной перемежающейся кишечной непроходимости с общим удовлетворительным состоянием больного должно было навести на мысль о пристеночном ущемлении кишки, т.е. о грыже Рихтера. Болезненность, установленная при пальпации в правой подвздошной и паховой области, подсказывала и локализацию ущемления. Следовало определить состояние паховых каналов. 111 Основная ошибка врача заключалась в том, что он не поставил экстренному больному точного диагноза, и, не имея его, отпустил больного домой. То, что

больному после клизмы стало легче, не являлось основанием для такого решения, тем более, что улучшение после клизмы, наблюдавшееся накануне, оказалось временным. Через 2 суток ущемившийся участок кишечной стенки некротизировался, кишка с отверстием на месте некроза отошла от брюшной стенки и содержимое ее стало изливаться в брюшную полость. Больного необходимо было при первичном обращении госпитализировать для наблюдения и после уточнения диагноза оперировать. До развития перитонита можно было провести операцию паховым доступом, при неясном диагнозе и при развитии перитонита показана срединная лапаротомия.

Задача 50.

Больной М., 42 лет, обратился в поликлинику с жалобами на сильные схваткообразные боли в животе, частую рвоту, неотхождение газов и отсутствие стула. Из анамнеза выяснено, что внезапно ощутил острую боль в животе схваткообразного характера около часа назад, вскоре присоединилась частая рвота. Объективно: состояние больного средней тяжести, периодически громко кричит, ведет себя беспокойно, часто меняет положение. Температура нормальная, пульс 112 уд./минуту. Язык влажный. Живот вздут больше в верхней половине, при пальпации мягкий, умеренно болезненный, симптомов раздражения брюшины нет. В брюшной полости определяется свободная жидкость. Выше и слева от пупка определяется овальной формы плотноэластическое образование, перистальтические шумы над ним не выслушиваются. При ректальном исследовании патологии не выявлено. Рентгенологически имеются множественные чаши Клойбера, тонкий кишечник вздут.

Вопросы: Ваш диагноз и тактика лечения?

Ответы: У больного имеется клиническая картина заворота тонкого кишечника. Необходима немедленная операция. Консервативные мероприятия в виде сифонных клизм при высоких заворотах неэффективны и при ясном диагнозе на них не следует тратить время.

Задача 51.

Больной Р., 39 лет, через час после начала заболевания обратился в поликлинику. Из анамнеза выяснилось, что ночью он проснулся от внезапных жестоких болей в животе постоянного характера, сопровождавшихся многократно повторяющейся рвотой. Объективно: состояние больного тяжелое. Черты лица заострены, кожные покровы цианотичны. Больной беспокоен, все время меняет положение тела. Пульс слабого наполнения, 112 уд./минуту. Артериальное давление 90/60 мм рт. ст. Температура нормальная. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот ассиметричен, слева определяется эластическое образование.

Вопросы: Ваш диагноз и тактика?

Ответы: Клинически у больного узлообразование, так как одновременно имеются признаки высокой и низкой непроходимости кишечника, состояние больного быстро и катастрофически ухудшается. Больного необходимо оперировать, не теряя ни минуты. Выведение из шока и тщательное анестезиологическое обеспечение осуществляется уже по ходу наркоза и операции.

Задача 52.

Больная В., 26 лет, оперирована по поводу острого флегмонозного аппендицита, произведена аппендэктомия. На 5 сутки после операции у неё появились боли внизу живота, вначале возникавшие периодически, а затем принявшие постоянный характер. У больной появилось вздутие живота, прекратилось отхождение газов и кала, в то время как накануне после клизмы у нее был стул и отошли газы. Появилась рвота. Общее состояние больной заметно ухудшилось, она стала вялой, адинамичной, черты лица заострились. Язык суховат, живот вздут больше в правой половине, при пальпации мягкий, умеренно болезненный в правой подвздошной области. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный, свободная жидкость в брюшной полости не определяется. Перистальтические шумы не выслушиваются. Пульс 112 уд./минуту. Температура

нормальная. Лейкоцитов в крови $8,6 \times 10^3$ в 1 мкл. При пальцевом ректальном исследовании патологии не установлено. Попытки разрешить парез энергичным применением средств, стимулирующих кишечник, к успеху не привели. Состояние больной продолжает ухудшаться.

Вопросы: Какое осложнение возникло у больной? Что следует предпринять?

Ответы: Заболевание следует дифференцировать между перитонитом и ранней острой спаечной кишечной непроходимостью. Обычный послеоперационный парез кишечника в данном случае может быть исключен: во-первых, он обычно появляется в 1-2-е сутки после операции, во-вторых, энергичное лечение пареза оказалось неэффективным. Против перитонита, как причины непроходимости у данной больной, здесь будут говорить такие признаки, как периодический характер болей в начале заболевания, нормальная температура тела, отсутствие симптома Щеткина-Блюмберга, отсутствие выраженного лейкоцитоза, отрицательные данные ректального исследования. Имеющаяся у больной клиническая картина заболевания типична для ранней послеоперационной механической непроходимости кишечника. Больную следует экстренно оперировать. Если в операционной ране нет признаков гнойного воспаления, то ревизию можно осуществить через нее. В противном случае доступ будет путем нижней или средней срединной лапаротомии.

Задача 53.

Больной Р., 40 лет, работающий на аккумуляторном заводе, поступил с жалобами на нарастающую слабость, раздражительность, плохой аппетит, тошноту, бессонницу, головокружение, резкие боли в животе. Боли в животе появились накануне, внезапно, резкие, схваткообразного характера. Отмечает задержку стула и газов. Объективно: больной бледен, беспокоен, кричит, меняет положение тела. Общее состояние удовлетворительное. Пульс 68 уд./минуту. Артериальное давление 170/90 мм рт. ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот втянут, при пальпации мягкий, слегка болезненный в нижних отделах. Гемоглобина 90 г/л, эритроцитов $2,2 \cdot 10^6$ в 1 мкл, ретикулоцитов 25%.

Вопросы:

Какое заболевание можно заподозрить у больного? Дополнительное обследование для уточнения диагноза? Как лечить больного?

Ответы: По-видимому, у больного возникла острая спастическая непроходимость кишечника на почве хронического свинцового отравления. Для уточнения диагноза следует провести дополнительное обследование: осмотреть десны (нет ли серой каймы по их краям), определить наличие иктеричности нёба и склер, исследовать кровь на билирубин. Для свинцового отравления характерно наличие базофильной зернистости эритроцитов, в моче имеется 113 повышенное содержание гематопорфирина, поэтому она окрашивается в красноватые тона. Лечение больного только консервативное. Для снятия спазма кишечника применяется двусторонняя поясничная новокаиновая блокада, спазмолитические препараты, горячая ванна, диатермия и другие тепловые процедуры на живот. После снятия острых явлений делают очистительную клизму. В дальнейшем больного следует лечить от хронического свинцового отравления в отделении профессиональной патологии.

Задача 54.

Больная Ф., 65 лет, страдающая гипертонической болезнью и мерцательной аритмией, поступила через 3 ч от начала заболевания с жалобами на внезапно возникшие жестокие боли в животе постоянного характера, без четкой локализации. Больная громко стонет, мечется, принимает коленнолоктевое положение. В момент поступления у нее наблюдалась многократная рвота с запахом кишечного содержимого, не приносящая облегчения, частый водянистый стул с небольшой примесью крови. Объективно: состояние больной тяжелое. Больная бледная, покрыта холодным потом. Пульс 112 уд./минуту, аритмичный, артериальное давление 160/90 мм рт. ст. (для данной больной

сниженное), температура 36,4°C. Язык суховат. Живот участвует в акте дыхания, не вздут, симметричен, при пальпации мягкий, боли при пальпации не усиливаются; при перкуссии - участки тимпанита чередуются с участками притупления перкуторного звука; перистальтические шумы не выслушиваются, хотя больная утверждает, что вскоре после начала заболевания она слышала громкое урчание кишечника. При ректальном исследовании никакой патологии не установлено. Лейкоцитов в крови $21 \cdot 10^9$, эритроцитов $5,0 \cdot 10^{12}$. На обзорной рентгенограмме брюшной полости стоя пневматоз кишечника.

Вопросы: Ваш диагноз? С какими заболеваниями нужно дифференцировать? Врачебная тактика?

Ответы: На основании данных анамнеза и клинической картины в первую очередь следует думать об эмболии верхней брыжеечной артерии или ее ветвей. Ее сможет подтвердить аортомезентерикография. Дифференциальный диагноз необходимо проводить с острой кишечной непроходимостью и пищевой токсикоинфекцией. Против острой кишечной непроходимости свидетельствуют постоянный характер боли, отсутствие вздутия и асимметрии живота, а также наличие стула. Для исключения пищевой токсикоинфекции должен быть прежде всего собран эпидемиологический анамнез. Для этого заболевания более характерно наличие интенсивной перистальтики, периодического усиления и ослабления болей. Хотя варианты клинического проявления данного заболевания весьма разнообразны, признаки катастрофы в брюшной полости, не укладывающиеся в клиническую картину других острых хирургических заболеваний, обычно свидетельствуют в пользу острой непроходимости брыжеечных сосудов. Больной показана экстренная операция.

Задача 55.

Женщина 80-ти лет, доставлена в хирургическую клинику с жалобами на сильные постоянные боли в правом подреберье и эпигастрии без иррадиации, тошноту, многократную рвоту, озноб, повышение температуры тела, кашель. Болеет вторые сутки. Повышение температуры отмечает только сегодня. Приступ начался постепенно, через 2 часа после приема жирной пищи. Ранее у больной после острой и жареной пищи неоднократно появлялись умеренные боли в правом подреберье, купировались приемом но-шпы. Настоящий приступ но-шпой не снялся. В анамнезе бронхоэктатическая болезнь, хронический бронхит, инфаркт миокарда, гипертоническая болезнь, сахарный диабет. Объективно: состояние тяжелое, больная повышенного питания, температура тела 38,0°C. Склеры обычного цвета, АД=180/90, пульс – 108 уд./мин, аритмичный. Одышка 25 в 1 мин. Дыхание жесткое, храпов нет, язык влажный, обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненный в правом подреберье, где определяется опухолевидное, резко болезненное образование 5х8 см. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень выступает из подреберья на 3 см. Имеется отечность нижних конечностей. Внутривенное введение физ. раствора со спазмолитиками в течение 6 часов боли не сняло.

Вопросы: Предварительный диагноз? Дополнительное обследование? План лечения?

Ответы: Диагноз: острый холецистит. Сопутствует: гипертоническая болезнь, сахарный диабет, ожирение, атеросклероз, сердечная и легочная недостаточность. Дополнительное обследование: анализ крови, мочи, сахар, билирубин, амилаза крови, протромбиновый индекс, ионограмма, УЗИ печени, ЭКГ, осмотр терапевта. Учитывая неэффективность шестичасовой консервативной терапии и сопутствующую патологию показано оперативное лечение. С учетом тяжелой сопутствующей патологии оно должно быть минимальным. Наложение холецистостомы. Наименее травматичным будет ее наложение под контролем УЗИ. После стабилизации общего состояния вторым этапом через 10-30 суток возможна холецистэктомия.

Задача 56.

Больная 56 лет обратилась с жалобами на сильные боли в правой половине живота, иррадиирующие в правое плечо, лопатку и поясничную область. Была однократная рвота.

Заболела 10 часов назад. Боли постепенно нарастали, поднялась температура до 38,0 С. Пульс 92 удара/мин. Стул был 21 накануне нормальный, мочеиспускание не нарушено. В анамнезе подобных болей не было, ничем не болела. Объективно: язык сухой, обложен белым налетом, иктеричности нет. Больная при дыхании щадит живот в правой половине. При пальпации определяется болезненность и напряжение мышц в правой подвздошной области и правом подреберье. желчный пузырь не пальпируется. Симптом Щеткина-Блюмберга в правой половине живота и симптом Ровзинга резко положительные. Френикус-симптом и симптом Грекова-Ортнера отрицательны. Анализ крови: лейкоцитов $12,0 \times 10^9$ /л; эритроцитов - $4,0 \times 10^{12}$ /л; Нв - 130 г/л. Внутривенное введение физиологического раствора со спазмолитиками в течение 3 часов боли не купировало.

Вопросы: Ваш диагноз? Между какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику? Дополнительное обследование? Ваше лечение?

Ответ:

Диагноз: острый холецистит. Необходимо дифференцировать с острым аппендицитом. Дополнительное обследование: анализ мочи, сахар, амилаза и билирубин крови, УЗИ печени, ЭКГ. При отсутствии УЗИ-признаков острого холецистита - лапароскопия. Предполагается оперативное лечение – холецистэктомия.

Задача 57.

В поликлинику обратился 56-летний больной с жалобами на боли в правом подреберье без иррадиации. Болен в течение 10 дней. После жирной пищи появились боли в подреберье. За медицинской помощью не обращался. В анамнезе болезнь Боткина, холецистолитиаз, обнаруженный при УЗИ в прошлом году. Объективно: состояние ближе к удовлетворительному, температура 37,30 С, кожные покровы и склеры обычного цвета, пульс 88 уд/мин. Живот мягкий, болезненный в правом подреберье, здесь же определяется опухолевидное образование 8х8 см, малоподвижное, плотное. Перитонеальных симптомов нет.

Вопросы: Ваш диагноз? Дополнительное обследование? Ваше лечение?

Ответы: Диагноз: ЖКБ, острый холецистит, подпеченочный инфильтрат. Дообследование – УЗИ печени, билирубин, сахар и амилаза крови, ЭКГ. Учитывая наличие инфильтрата, показано двухэтапное лечение: холецистостомия под контролем УЗИ и после рассасывания инфильтрата - холецистэктомия.

Задача 58.

Больная 52 лет при обращении к врачу жалуется на периодические приступообразные боли в правом подреберье с иррадиацией в правую лопатку, повышение температуры. Последний месяц приступы участились, стали сопровождаться желтухой. Боли и желтуха проходят после приема но-шпы. 22 Объективно: состояние удовлетворительное, пульс 80 уд/мин, склеры иктеричные. Живот мягкий, безболезненный, печень не увеличена, желчный пузырь не определяется. Билирубин сыворотки крови 40 ммоль/л, прямой – 30 ммоль/л, непрямой – 10 ммоль/л.

Вопросы: Сформулируйте диагноз. Какое дообследование показано? Предполагаемое лечение?

Ответы: Диагноз: ЖКБ, холецистолитиаз, стеноз БДС, холедохолитиаз, механическая желтуха. Дообследование: УЗИ печени, при расширении общего желчного протока более 6 мм ретроградная холангиография. Предполагаемое лечение – эндоскопическая папиллотомия с литоэкстракцией, видеолапароскопическая холецистэктомия.

Задача 59.

Больная 58 лет обратилась в поликлинику с умеренно выраженными болями в правом подреберье без иррадиации. В анамнезе холецистолитиаз, обнаруженный на УЗИ два года назад. Объективно: температура 36,50 С, живот мягкий, в правом подреберье определяется, практически, безболезненное образование 6х6 см округлой формы. При УЗИ желчный пузырь 12х5 см в области шейки конкременты размерами от 0,5 до 2 см.

Вопросы: Ваш диагноз? Лечение?

Ответы: Диагноз: ЖКБ, обтурационный холецистит, водянка желчного пузыря. Лечение – холецистэктомия.

Задача 60

В поликлинику обратился больной 50 лет с жалобами на боли в правом подреберье, иррадиирующими в правое надплечье, усиливающимися при глубоком вдохе, слабость, тошноту, повышение температуры тела. Болен вторые сутки. В анамнезе описторхоз. Объективно: температура 39,10 С, пульс 100 ударов/мин. Одышка 24 в мин, на высоте вдоха стонет, старается принять полусидячее положение. Дыхание над легочными полями без хрипов. Кожа и слизистые обычного цвета, живот мягкий, болезненный в правом подреберье. Печень по Курлову 10x8x7 см. Симптомов раздражения брюшины нет. Лейкоцитоз 20,0x10⁹.

Вопросы: Диагноз? Какое назначите дообследование?

Ответы: Диагноз: острая правосторонняя плевропневмония. Необходимо исключить острый холецистит. Дообследование: рентгенография грудной клетки, УЗИ печени, билирубин крови.

Задача 61.

В поликлинику к хирургу обратился больной 75 лет с наложенной накануне под контролем УЗИ холецистостомой по поводу острого калькулезного холецистита. У пациента имеется сопутствующая хроническая сердечная недостаточность. По холецистостоме серозного отделяемого за сутки 15-20 мл, желчи нет, общее состояние больного удовлетворительное.

Вопросы: Ваши действия? Прогноз?

Ответы: Необходимо выполнять ежедневно в течение месяца при неразблокированном желчном пузыре его промывание антисептиками. В эти сроки кардиолог должен лечить сердечную недостаточность и при ее компенсации показана холецистэктомия. При сохранении противопоказаний к плановой операции продолжение ношения холецистостомы, возможно использование методов литотрипсии, демукозаци и облитерации желчного пузыря.

Задача 62.

Хирург поликлиники направил пациента, жалующегося на боли в верхних отделах живота, больше в эпигастрии и правом подреберье, на УЗИ. При проведении исследования в просвете желчного пузыря пристеночно обнаружено 2 неподвижных образования по 2-3 мм в диаметре. Другой патологии нет. Врач кабинета УЗИ высказал предположения о полипах, холестерозе желчного пузыря и конкрементах.

Вопросы: Ваши действия?

Ответы: Для дифференциальной диагностики назначают на 3-5 месяцев хенофальк, хенохол или урзофальк с контрольным УЗИ. В случае нерастворения образований или их увеличении в размерах показана холецистэктомия. Параллельно необходимо исключить описторхоз.

Задача 63.

У больного с хроническим холециститом на УЗИ обнаружили перерастянутый желчный пузырь, множественный холецистолитиаз, заполняющий 2/3 пузыря, с диаметром крупного камня 3,5 см. Диаметр общего желчного протока 6 мм. От предложенной холецистэктомии пациент отказался, потребовав при этом альтернативного лечения.

Вопросы: Ваши действия?

Ответы: Разъяснить пациенту, что экстракорпоральная литотрипсия применяется при суммарных размерах или единичном холестериновом камне до 30 мм, при сохраненном тоне желчного пузыря. Растворение холестериновых камней возможно в 10% только при камнях, заполняющих менее половины просвета желчного пузыря. При успехе прием «растворителей» должен проводиться пожизненно. Отметить так же, что альтернативное лечение не устраняет причины камнеобразования и сохраняет резервуар для их формирования. Не леченная ЖКБ дает осложнения в 50%.

Задача 64.

В поликлинику обратилась 60-летняя больная. Больная предъявляет жалобы на постоянные боли, больше в эпигастрии без иррадиации. Больна сутки, принимала спазмолитики, боли не купируются. При объективном осмотре хирург обнаружил иктеричность склер, 24 тахикардию 84 уд./мин, болезненность в эпигастральной области и правом подреберье при пальпации. Живот мягкий, перитонеальных симптомов нет, желчный пузырь не определяется. Размеры печени по Курлову 10х9х8 см. При параклиническом обследовании выявлена умеренная гипербилирубинемия за счет прямой фракции, амилаземия, на УЗИ несколько увеличенный в размерах желчный пузырь с утолщенной до 3мм стенкой, в просвете лежит смещающийся при изменении положения тела конкремент 2х2см, общий желчный проток 11 мм.

Вопросы: Действия хирурга? Наиболее вероятный прогноз?

Ответы: Необходимо экстренно выполнить дуоденоскопию, осмотреть БДС с целью ликвидации обтурационного папиллолитиаза при его обнаружении. Затем начать проводить стандартную консервативную терапию острого панкреатита с последующим общеклиническим, биохимическим и УЗИ контролем. В будущем для уточнения диагноза и выздоровления будет показан ка- 116 кой-либо вид холангиографии (возможно повторное вмешательство на БДС) и холецистэктомия.

Задача 65.

Больной 30 лет, обратился в поликлинику с жалобами на боли в эпигастрии, тошноту, изжогу, рвоту. Заболел вечером после погрешности в диете. Сам промывал желудок, принимал таблетки викалина и но-шпы, но улучшения не было. Раньше боли в эпигастрии отмечались после острой и жареной пищи. Объективно: язык суховат, обложен. Живот болезненный и напряжён в эпигастральной области. Симптомы раздражения брюшины отрицательны.

Вопросы: Ваш диагноз? Последовательность исследований? Тактика?

Ответы: Диагноз: острый панкреатит. Острый гастрит? Обследование: общий анализ крови, амилаза, сахар, билирубин крови, УЗИ, ФГДС. Ввести больному спазмолитики и направить в хирургическое отделение.

Задача 66.

В поликлинику обратилась больная 64 лет, которая предъявляет жалобы на боли в левой половине грудной клетки и эпигастральной области, иррадиирующие в левую руку, одышку. Заболела 4 часа тому назад после приёма обычной пищи. Объективно: состояние средней степени тяжести. Выражен цианоз губ, пульс – 96 уд./мин, аритмичен, А/Д – 170/100 мм рт.ст. Язык сухой, обложен. Живот болезненный и умеренно напряжён в эпигастральной области.

Вопросы: Ваш диагноз? Тактика? План обследования?

Ответ: Диагноз: острый панкреатит. Исключить инфаркт миокарда. Транспортировка в дежурную больницу. Обследование: общий анализ крови, анализ крови на амилазу, сахар, билирубин, УЗИ, ЭКГ, осмотр кардиолога, динамическое наблюдение и лечение в условиях стационара.

Задача 67.

В поликлинику обратился больной 35 лет с жалобами на острые боли в левом подреберье и левой поясничной области. Боли в указанных областях появились 6 часов тому назад после употребления алкоголя. Общее состояние удовлетворительное. Живот болезненный и умеренно напряжён в левом подреберье и левой поясничной области. Симптомы поколачивания слева (+).

Вопросы: Ваш диагноз? Тактика?

Ответы: Диагноз: острый панкреатит. Необходимо исключить левостороннюю почечную колику. Для дифференциальной диагностики использовать анализ мочи, биохимический анализ крови, УЗИ, в/в урографию.

Задача 68.

В поликлинику обратился больной 28 лет. Жалобы на давящие боли в эпигастрии, тошноту. Заболел неделю тому назад, интенсивные боли носили опоясывающий характер. Указанные жалобы появились после употребления алкоголя. В последующие дни употреблял «народные средства», что привело к 25 стиханию болей. В последние 2 дня боли в эпигастрии усилились, температура повысилась до 38°C. Объективно: общее состояние тяжёлое. Язык сухой, обложен. Живот болезненный и умеренно напряжён в эпигастральной области, где пальпируется опухолевидное образование плотной консистенции с неровной поверхностью.

Вопросы: Ваш диагноз, тактика? План обследования?

Ответ: Диагноз: острый панкреатит. Очаговый панкреонекроз с инфицированием, сальниковый бурсит. Направить в хирургическое отделение. План обследования: анализ крови, биохимические анализы, УЗИ, КТ, ФГДС.

Задача 69.

Больной 20 лет, проснулся от болей в эпигастральной области. Накануне употреблял алкоголь. Со слов жены ударился об стул, хотя больной отрицает травму. До этого болей в животе не отмечал. При осмотре в поликлинике: кожные покровы обычного цвета, общее состояние отягощено болями в животе, пульс - 100 уд./мин, А/Д -120/80 мм. рт.ст., живот болезненный и умеренно напряжён в эпигастральной области. Симптомы раздражения брюшины отрицательны.

Вопросы: Ваш диагноз? Тактика врача поликлиники?

Ответы: Диагноз: посттравматический панкреатит. Показана транспортировка больного в дежурное хирургическое отделение.

Задача 70. Больная 58 лет обратилась в поликлинику с жалобами на боли в правом подреберье и эпигастрии опоясывающего характера. Заболела сутки назад после погрешности в диете. Сегодня боли распространились в правую половину живота и подвздошную область. Раньше беспокоили приступы болей в правом подреберье. Объективно: общее состояние средней степени тяжести. Язык сухой, обложен. Живот болезненный и напряжён в эпигастральной области, правой половине и подвздошной области. Симптомы раздражения брюшины положительные. В брюшной полости определяется жидкость.

Вопросы: Ваш диагноз? Тактика?

Ответы: Диагноз: острый панкреатит, геморрагический или смешанный панкреонекроз, ферментативный перитонит. Необходимо исключить прободную язву 12-перстной кишки и острый перфоративный аппендицит, деструктивный холецистит. При подтверждении диагноза ферментативного перитонита показана лапароскопическая санация с последующим консервативным лечением по схеме панкреонекроза.

Задача 71.

Больной 45 лет обратился в поликлинику с жалобами на сильные боли в левом подреберье и эпигастральной области, иррадиирующие боли в левую половину грудной клетки, плохой аппетит. Два месяца назад постепенно появились указанные боли, усилились после погрешностей в диете 3 дня тому назад. Объективно: общее состояние средней степени тяжести, пульс 84 уд./мин., А/Д – 110/70 мм. рт.ст. Выражена умеренная кахексия. Кожные покровы обычного цвета. Живот болезненный и напряжён в эпигастрии и левом подреберье. Симптомы раздражения брюшины отрицательны.

Вопросы: Ваш диагноз и действия?

Ответы: Диагноз: рак тела и хвоста поджелудочной железы. Исключить острый панкреатит, рак желудка. Госпитализация в хирургическое отделение.

Задача 72.

В поликлинику обратился больной 25 лет с жалобами на давящие боли в эпигастрии. Месяц тому назад получил удар кулаком в живот. Боли после травмы в течение недели стихли самостоятельно. После работы в наклон, 4 26 дня назад, появились тупые боли в

эпигастрии и больной сам обнаружил в животе опухолевидное образование. В последние 2 дня опухоль стала увеличиваться, боли стали интенсивнее. Объективно: общее состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные. Живот болезненный в эпигастрии, где пальпируется опухолевидное образование диаметром до 15 см, болезненное, с гладкой поверхностью. Нв – 96 г/л., эритроцитов – $2,5 \times 10^{12}/л$.

Вопросы: Ваш диагноз? Тактика?

Задача 73.

Больной, 60 лет, страдающий хронической сердечно-легочной недостаточностью, обратился в поликлинику с болями в эпигастральной области и правом подреберье. Заболел после съеденного накануне шашлыка. Объективно: при пальпации болезненность в правом подреберье и эпигастрии, живот мягкий, желчный пузырь не пальпируется, перитонеальных симптомов нет, пульс 90 уд./мин. Имеется иктеричность склер.

Вопросы: Диагноз, план обследования и лечение?

Ответы: Диагноз: острый холецистит, острый панкреатит, механическая желтуха. Желтуха может быть обусловлена сдавлением общего желчного протока отечной поджелудочной железой. Необходимо исключить холедохолитиаз и стеноз БДС, папиллолитиаз. Анализ крови, биохимические анализы крови, УЗИ, осмотр БДС, лапароскопия, эндоскопическая папиллотомия и ретроградная холангиография по показаниям. При напряженном увеличенном желчном пузыре наложения холецистостомы под контролем УЗИ.

Задача 74.

В поликлинику доставлен больной 45 лет с жалобами на постоянные боли в верхних отделах живота. Заболел остро за 5 часов до поступления, появились резкие боли в эпигастральной области без иррадиации. В прошлом лечился по поводу хронического гастрита, хронического панкреатита, болезни Боткина. Объективно: пульс 86 уд./мин., температура 36,8°C, кожные покровы бледные. Живот напряжен, резко болезнен в эпигастральной области. Печень перкуторно отчетливо не определяется. Складывается впечатление о ее небольших размерах.

Вопросы: Диагноз? Ваши действия?

Ответы: Диагноз: перфоративная язва. Острый панкреатит? Госпитализация в хирургическое отделение. Обследование: анализ крови, мочи, диастаза мочи, амилаза, сахар крови, билирубин; рентгенография на свободный газ в брюшной полости, УЗИ брюшной полости. При неясности диагноза ФГДС, лапароскопия.

Задача 75.

В поликлинику обратился больной 40 лет с жалобами на постоянные боли в верхних отделах живота. Заболел за 8 часов до поступления, появились боли нарастающего характера в подложечной области без иррадиации, однократно вырвало. В прошлом ничем не болел. Дежурный врач заподозрил острый панкреатит, перфоративную язву, инфаркт миокарда, провел показанное в этих случаях параклиническое обследование (исследование амилазы крови, обзорный снимок брюшной полости на свободный газ, ЭКГ), патологии при этом не обнаружил. Спазмолитики боли не уменьшают, пульс 90 уд./мин, язык обложен, живот умеренно напряжен и болезнен в эпигастральной области с нечеткими перитонеальными симптомами.

Вопросы: Ваши действия?

При неясности диагноза показана лапароскопия.

Задача 76.

Больная П. 55 лет обратилась в поликлинику с жалобами на боли приступообразного характера в эпигастрии и правом подреберье с иррадиацией в правую лопатку. Больна сутки. Появление болей связывает с приемом копченостей. После подобного приступа 10 лет назад больной выполнили холецистэктомию по поводу острого калькулезного холецистита. В течение 9 лет чувствовала себя хорошо, диету не соблюдала. Последний год вновь появились боли в верхних отделах живота, снимала приёмом Но-шпы. Последний приступ сопровождался ознобом, повышением температуры до 39°C,

иктеричностью склер. Объективно: состояние удовлетворительное, пульс - 80 уд./мин, температура 37,8°C, склеры иктеричны. Живот мягкий, болезненный в правом подреберье и эпигастрии. Перитонеальных симптомов нет. Печень по Курлову 9x8x7 см.

Вопросы: Ваш диагноз? План обследования? Лечение?

Ответы: Диагноз: истинный ПХЭС, стеноз БДС, холедохолитиаз, механическая желтуха, холангит. Обследование: анализы крови, мочи, билирубин, амилаза и сахар крови, протромбиновый индекс, ЭКГ. УЗИ желчевыводящих путей и поджелудочной железы, ФГДС с осмотром папиллы, РХПГ при дилатации холедоха. Лечение: голод, спазмолитики, антибиотики, в/в солевые растворы, глюкоза и при подтверждении диагноза - ЭПТ, холедохолитоэкстракция. При невозможности удаления камня - либо его эндоскопическое дробление, либо полостная операция.

Задача 77.

В поликлинику обратилась больная 65 лет с жалобами на острые боли в эпигастриальной области и подреберьях опоясывающего характера, тошноту, рвоту. Заболела за 6 часов до поступления, боли постепенно нарастали, присоединилась рвота. Год назад перенесла холецистэктомию по поводу холецистолитиаза. После операции соблюдала диету, но накануне её нарушила - принимала жирную пищу. Объективно: состояние отягощено болями в животе. Пульс 100 уд./мин, температура 36,7°C, имеется иктеричность склер. Живот напряжен, болезнен в эпигастрии без перитонеальных симптомов.

Вопросы: Ваш диагноз? Какие исследования его подтвердят? Лечение?

Ответ: Диагноз: ПХЭС, обтурационный папиллолитиаз, механическая желтуха, острый панкреатит. Подтвердят диагноз исследования билирубина, амилазы крови, УЗИ желчевыводящих путей и поджелудочной железы, осмотр БДС. При подтверждении диагноза показана срочная эндоскопическая папиллотомия с удалением конкремента, консервативное лечение панкреатита.

Задача 78.

Больная К. 42 лет, обратилась в поликлинику с жалобами на обильное истечение желчи из дренажа. Больную в течение 2-х лет беспокоили приступы болей в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо и ключицу, сопровождающиеся рвотой. Приступы болей появлялись после приема жирной пищи. Два месяца назад после очередного приступа развилась желтуха и в районной больнице была выполнена операция холецистэктоми, холедохолитотомия, дренирование гепатикохоледоха по Вишневному. В послеоперационном периоде сформировался наружный желчный свищ, пережатие дренажа сопровождается появлением болей в животе. Объективно: Состояние удовлетворительное, пульс 72 уд./мин, живот мягкий, безболезненный, желтухи нет, по дренажу за сутки истекает 1 литр желчи, кал обесцвечен.

Вопросы: Диагноз? План обследования и лечения?

Ответы: Диагноз: ПХЭС, обтурационный холедохолитиаз, полный наружный желчный свищ. Диагноз подтвердит фистулохолангиография. Перед повторной операцией назначить викасол, питье желчи. Планировать ЭПТ, холедохолитоэкстракцию. При невозможности выполнения малоинвазивного вмешательства - лапаротомия, холедохолитотомия, трансдуоденальная папиллосфинктеротомия.

Задача 79.

В поликлинику обратилась больная 50 лет с жалобами на сильные боли в правом подреберье и правой поясничной области, рвоту съеденной пищей, учащенное мочеиспускание. Приступы болей были и раньше, они купировались приемом спазмолитиков, которые она принимала самостоятельно. Три года назад перенесла холецистэктомию в связи с ЖКБ. Объективно: больная ведет себя беспокойно из-за болей. Кожные покровы и слизистые обычного цвета, пульс 88 уд./мин, ритмичный. Температура 37,2°C, язык влажный, живот мягкий, болезненный при пальпации в правом подреберье, поколачивание в поясничной области справа так же болезненно.

Вопросы: Диагноз? План обследования?

Ответы: Диагноз: Ложный ПХЭС. Почечная колика справа. Обследование: анализ крови, мочи, УЗИ печени и почек, экскреторная урография. При наличии патологии со стороны почек вопрос о тактике лечения решается совместно с урологом.

Задача 80.

В поликлинику обратился больной 56 лет с жалобами на постоянные боли в эпигастральной области, отдающие в спину, слабость, отрыжку тухлым, рвоту накануне съеденной пищей, потерю веса за последние полгода на 29 10 кг. Операцию холецистэктомии по поводу полипов желчного пузыря перенес 1 год назад. Объективно: Состояние тяжелое, больной истощен, кожные покровы бледные. Пульс 90 уд/мин, АД - 110/70 мм рт.ст. Живот увеличен в размерах «лягушачий», при перкуссии определяется притупление в отлогих местах. Печень и селезенка не пальпируются.

Вопросы: Диагноз? План обследования и лечения?

Ответы: Диагноз: Рак желудка, стеноз выходного отдела, асцит. Обследование: анализ крови, мочи, ФГДС с биопсией, УЗИ брюшной полости, рентгеноскопия желудка. Для уточнения диагноза возможна лапароскопия. При раковом обсеменении брюшины и асците симптоматическое лечение. При отсутствии диссеминации опухоли по брюшине показана лапаротомия; при прорастании опухоли в поджелудочную железу, крупные сосуды - наложение гастроеюноанастомоза.

Задача 81.

Больному О. 60 лет, месяц тому назад выполнена лапаротомия, холецистэктомия, холедохолитотомия, папиллосфинктеропластика. Послеоперационный период протекал гладко. Дренажная трубка из холедоха удалена после тренировки и фистулографии (на снимках холедох 9 мм, тень его однородна). За 8 дней до поступления в стационар у больного был сильный приступ болей в правом подреберье, после чего появилась желтуха. Объективно: общее состояние больного тяжелое, температура 38°C, пульс 90 уд./мин. Выражены иктеричность склер и желтушность кожных покровов. Живот мягкий, болезненный в правом подреберье, где пальпируется опухолевидное образование размерами 6х8 см, плотной консистенции, болезненное.

Вопросы: Ваш диагноз? План обследования? Лечение?

Ответы: Диагноз: ПХЭС, обтурационный холедохолитиаз, механическая желтуха, подпеченочный абсцесс. Обследование: анализ крови, мочи, билирубин сыворотки крови, диастаза крови и мочи, сахар крови, общий белок, мочевины, креатинин, протромбиновый индекс, ЭКГ, УЗИ печени, подпеченочного пространства, желчных протоков, поджелудочной железы (КТ, МРТ) Лечение: эндоскопическая литоэкстракция, при невозможности извлечения камня из общего желчного протока показана установка потерянного дренажа, пункция и дренирование абсцесса под контролем УЗИ.

Задача 82.

На консультативный прием обратилась больная Ю. 48 лет с жалобами на чувство тяжести в правом подреберье, слабость, периодическое появление желтушности склер. Три года назад оперирована по поводу острого холецистита, осложненного механической желтухой. До операции трижды приступы болей сопровождалась желтухой, ознобами. Длительное время от операции отказывалась. После операции, несмотря на адекватное дренирование желчных путей, желтуха длительное время сохранялась. 30 Объективно: общее состояние удовлетворительное. Склеры иктеричные. Живот мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье, где пальпируется увеличенная печень плотной консистенции.

Вопросы: Ваш диагноз? План обследования? Лечение?

Ответы: Диагноз: ПХЭС, хронический активный гепатит. Обследование: анализ крови, мочи, билирубин сыворотки крови, АСТ, АЛТ, щелочная фосфатаза, маркеры гепатита, коагулограмма, УЗИ печени и поджелудочной железы. В сомнительных случаях РХПГ,

возможна биопсия печени. При исключении обтурационного желчестаза госпитализация больной в гастроэнтерологическое отделение.

Задача 83.

Больная 65 лет обратилась в поликлинику с жалобами на боли в правом подреберье, периодическое вздутие живота, запоры, слабость. Периодически запоры сменяются обильными зловонными поносами с примесью слизи и крови, смешанной с каловыми массами. Аппетит сохранен. Заболела полгода назад. За медицинской помощью не обращалась. В анамнезе холецистэктомия полтора года назад по поводу ЖКБ. Объективно: состояние удовлетворительное. Питание повышенное. Кожные покровы и слизистые бледные. Живот подвздут, мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье. Печень и селезенка не пальпируются.

Вопросы: Ваш диагноз? План обследования? Лечение?

Ответы: Диагноз: Ложный ПХЭС, опухоль толстой кишки. Диагноз подтвердят колоноскопия с биопсией, ирригоскопия, УЗИ печени, желчевыводящих путей. При подтверждении диагноза рака толстой кишки показана операция.

Задача 84.

Больная Т. 42 лет обратилась в поликлинику с жалобами на сильные боли в эпигастриальной области опоясывающего характера, от которых больная стонет, неукротимую рвоту, которая не приносит облегчения. Заболела 10 часов назад. Заболевание связывает с приемом алкоголя и жирной пищи. Лечилась приемом но-шпы, но без эффекта. Боль нарастала и приняла постоянный характер. В анамнезе - год назад холецистэктомия по поводу хронического калькулезного холецистита. Объективно: состояние больной тяжелое. Кожные покровы бледные. Положение вынужденное - лежит на левом боку, поджав колени к животу, стонет. Пульс - 120 уд./мин, ритмичный, слабого наполнения, АД - 100/60 мм рт.ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот напряжен и резко болезнен в эпигастриальной области. Симптомы раздражения брюшины слабо положительные.

Вопросы: Ваш диагноз? Обследование? Лечение?

Ответы: Диагноз: Острый панкреатит. Панкреонекроз. Обследование: анализ крови, мочи, билирубин сыворотки крови, диастаза крови и мочи, сахар крови, мочевины, креатинин, протромбиновый индекс, ЭКГ, УЗИ желчевыводящих путей и поджелудочной железы, ФГДС с осмотром папиллы. Лечение консервативное в условиях реанимационного отделения. Голод, спазмолитики, дезинтоксикационная терапия с обязательным назначением антисекреторных препаратов и антибиотиков широкого спектра действия. При появлении признаков ферментативного перитонита, парапанкреатических жидкостных образований применение малоинвазивных хирургических технологий.

Задача 85.

Больная Ш. 58 лет обратилась в поликлинику с жалобами на тупые боли в правой поясничной области в правом подреберье. Заметила розовый цвет мочи. Больная много лет страдает поясничным остеохондрозом, по поводу которого наблюдается у невропатолога. Тупые боли в поясничной области стала замечать около полугода. Травму отрицает, мочеиспускание свободное. Год назад перенесла операцию - холецистэктомию. Считала себя здоровой, диету не соблюдала. Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. Живот мягкий, болезненный в правом подреберье, печень не определяется. Пальпация правой поясничной области также умеренно болезненна. Симптом поколачивания справа положительный. Почка не пальпируется.

Вопросы: Ваш диагноз? Обследование? Лечение?

Ответы: Диагноз: Опухоль правой почки. Диагноз подтвердят анализ мочи, УЗИ почек и печени, КТ, МРТ, в/в урография, трансфemorальная аорторенография. Лечение: нефрэктомия с лимфодиссекцией после эмболизации почечной артерии, рентгенотерапия.

Задача 86.

В поликлинику к хирургу обратилась больная 60 лет с жалобами на практически ежедневные боли в эпигастрии и правом подреберье после еды. Боли снимаются Но-шпой, после приступа отмечает потемнение мочи. Два года назад выполнена холецистэктомия по поводу ЖКБ. Обследовав больную, хирург выявил гипербилирубинемия 35 мкмоль/л, при ультразвуковом обследовании селезенка и печень обычных размеров, диаметр общего желчного протока 7 мм, признаков портальной гипертензии нет, на ФГДС патологии нет. Вопросы: Дальнейшие действия?

Ответы: Для выявления причин желтухи и более необходимо обследовать на описторхоз, изучить маркеры гепатита и в условиях стационара выполнить РХПГ.

Задача 87.

В поликлинику обратился 50-летний больной с клиникой холедохоальной колики. В анамнезе три года назад холецистэктомия. Боли купировались спазмолитиками, желтуха разрешилась в течение 3 суток, температура нормализовалась. На УЗИ общий желчный проток 12 мм в диаметре. При дуоденоскопии БДС в дивертикуле, манипуляциям недоступен.

Вопросы: Ваши действия?

Ответы: Показана лапаротомия, трансдуоденальная папиллосфинктеротомия с пластикой, холедохоскопия.

Задача 88.

К хирургу обратился пациент, которому 6 месяцев назад была выполнена холецистэктомия, с жалобами на частые поносы без болей в животе и повышения температуры, вздутие живота. При объективном осмотре и ультразвуковом обследовании живота патологии не найдено.

Вопросы: Ваши объяснения по имеющейся симптоматике? Лечение?

Ответы: Холецистэктомия сопровождается нарушением кишечного биоценоза, появлением бродильно-гнилостных процессов, обусловленных микробной контаминацией, что приводит к кишечной диспепсии. Лечение у гастроэнтеролога: антибактериальные препараты (доксциклин, фуразолидон, метронидазол, интетрикс), пробиотики (бифидумбактерин, линекс), антациды (маалокс, алмагель), ферментные препараты (панкреатин, креон), соблюдение диеты.

Задача 89.

В поликлинику обратился больной 60 лет с жалобами на появившийся ахоличный стул, темную мочу, а через несколько дней без боли желтушное окрашивание кожи и склер, небольшой кожный зуд. В начале заболевания пациент находился в командировке и принял решение вернуться домой. Через три дня дома отметил уменьшение желтушности кожных покровов, склер и появление темного стула. В анамнезе хронический гастрит, при неоднократном проведении ФГДС другой патологии не находили. За шесть месяцев до этого пациенту произведен остеосинтез в связи с переломом бедра. Объективно: общее состояние удовлетворительное, желтушность кожных покровов, пульс 70 уд./мин, АД=120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, в правом подреберье определяется плотно-эластическое, безболезненное образование 6х8 см. Печень и селезенка не пальпируются. Ректально – мелена. Лабораторно - общий билирубин 68,4; прямой - 51,3; непрямой - 17,1 мкмоль/л; АЛТ, АСТ – небольшое превышение нормы. Анализ крови без особенностей.

Вопросы: Предварительный диагноз? Какое дополнительное обследование необходимо провести? Предполагаемое лечение?

Ответы: Диагноз: опухоль фатерова соска, осложненная кровотечением, механическая желтуха. Дополнительное обследование: ФГДС с биопсией из опухоли, УЗИ печени, поджелудочной железы, анализ крови, изучение свертываемости крови. Предполагается хирургическое лечение – папилэктомия или панкреатодуоденальная резекция.

Задача 90.

Больная 52 лет жалуется на периодически появляющиеся в течение последнего года приступообразные боли в правом подреберье с иррадиацией в правую лопатку и правое плечо, с повышением температуры до 38,0 °C. За последний месяц такие приступы участились, отмечает появление болей больше в эпигастрии. Иногда после приступа появляется желтуха, которая быстро исчезает. Провоцирует боли жирная и жареная пища, снимает Но-шпа. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Пульс 80 уд./мин, склеры иктеричные. Живот обычной формы, мягкий, безболезненный, печень не увеличена, желчный пузырь не пальпируется. Лейкоцитов в крови $9,0 \times 10^9$ /л; билирубин сыворотки крови общий – 40,0 мкмоль/л; прямой – 30,0 мкмоль/л, непрямой – 10,0 мкмоль/л.

Вопросы: Ваш диагноз? Какое дообследование и лечение необходимо?

Ответы: Диагноз: ЖКБ, обтурационный холедохолитиаз, механическая желтуха. Дополнительное обследование: УЗИ печени, при расширении общего желчного протока выполнение ретроградной холангиографии. При подтверждении диагноза - операция эндоскопическая папиллотомия (балонная дилатация) с литоэкстракцией. При холецистолитиазе - холецистэктомия.

Задача 91.

В поликлинику обратилась больная 75 лет с жалобами на боли в эпигастрии и правом подреберье, тошноту, ознобы. За три дня до поступления появились тупые боли в правом подреберье, затем присоединились боли в подложечной области, через день заметила иктеричность склер и темную мочу. До этого в течение года временами беспокоили боли в правом подреберье. Объективно: состояние средней степени тяжести, температура 38,0 °C, кожные покровы желтушные. Живот умеренно напряжен, болезнен в правом подреберье, перитонеальных симптомов нет. При ультразвуковом исследовании обнаружен увеличенный в размерах с утолщенными стенками желчный пузырь, вклиненный в шейку конкремент, диаметр общего желчного протока 11 мм.

Вопросы: Ваш диагноз? Предполагаемое лечение?

Ответы: Диагноз: острый холецистит, стеноз БДС, холедохолитиаз, механическая желтуха, холангит. Предполагается трехэтапное лечение: срочное наложение холецистостомы под контролем УЗИ, эндоскопическая папиллотомия с литоэкстракцией, плановая холецистэктомия.

Задача 92.

В поликлинику к терапевту обратился приехавший из района больной 65 лет с жалобами на слабость, тошноту, кожный зуд, желтуху. Болен в течение месяца, появились небольшие боли в подложечной области, правом подреберье, снизился аппетит, неделю назад заметил потемнение мочи и светлый кал. За это время похудел на 7 кг. Раньше ничем не болел. Объективно: питания среднего, кожные покровы желтушные, имеются расчесы. Живот мягкий, безболезненный, в правом подреберье пальпируется плотно-эластическое, безболезненное образование 5х5 см.

Вопросы: Ваш диагноз? Что пальпируется в правом подреберье? Какие исследования подтвердят диагноз? Предполагаемое лечение?

Ответы: Диагноз: опухоль головки поджелудочной железы, механическая желтуха. Пальпируется в правом подреберье увеличенный безболезненный желчный пузырь (симптом Курвуазье). Подтвердят диагноз УЗИ (или КТ, МРТ) печени и поджелудочной железы. Предполагаемое радикальное лечение – панкреатогастроудоденальная резекция, паллиативное – наложение билиодигестивного анастомоза (гепатикоеюнального соустья).

Задача 93.

Больной 30 лет обратился в поликлинику к хирургу с жалобами на постоянные небольшие боли в правом подреберье, сопровождающиеся ознобами. Пять дней назад появилась желтуха, которая нарастает. За месяц до появления желтухи был оперирован по поводу пенетрирующей в печеночнододенальную связку язвы 12-перстной кишки. Выполнена резекция желудка по Б-П. Объективно: общее состояние удовлетворительное, температура

37,50 С, видимая на глаз желтуха. Живот мягкий, практически безболезненный, печень и желчный пузырь не пальпируются. Размеры печени по Курлову 10х9х7 см. Вопросы: Предварительный диагноз? Действия врача поликлиники?

Ответы: Предварительный диагноз: рубцовая стриктура гепатикохоледаха, механическая желтуха, холангит. Диагноз билиарной гипертензии подтвердит УЗИ. Показана срочная госпитализация в специализированное хирургическое отделение.

Задача 94.

В поликлинику обратился больной с жалобами на слабость, тошноту, головную боль. Болен неделю, за это время был дважды жидкий стул, повышалась температура до 38,0 С. Терапевт диагностировал грипп, назначил анализы и лечение, но через сутки больной заметил иктеричность склер. Объективно: видимая желтушность кожных покровов, живот мягкий, слегка болезненный в правом подреберье. Печень выступает из подреберья на 3-4 см, обычной консистенции, с гладкой поверхностью. Билирубин крови: общий - 128 мкмоль/л, прямой - 34 мкмоль/л, непрямой - 94 мкмоль/л.

Вопросы: Ваш диагноз? Результаты каких исследований Вам еще нужны? Врачебная тактика?

Ответы: Диагноз: вирусный гепатит. Необходимо изучить маркеры гепатита и активность трансаминаз, щелочной фосфатазы в сыворотке крови. Провести УЗИ печени для исключения билиарной гипертензии и очаговых поражений. Дообследование провести в условиях инфекционной больницы.

Задача 95.

В поликлинику к терапевту обратился больной 17 лет, считающий себя совершенно здоровым. Жалоб нет. Со слов родителей у сына периодически появляется желтушность кожных покровов и склер, проходящая без лечения. Общее состояние удовлетворительное, имеется иктеричность склер, печень обычных размеров, селезенка не увеличена. По УЗИ очаговых образований в печени и поджелудочной железе нет, желчный пузырь и желчные протоки без патологии.

Вопросы: Ваши действия?

Ответы: Прежде всего необходимо думать о вирусном гепатите, синдроме Жильбера, синдроме Даби-Джонсона, гемолитической анемии, описторхозе. Показано обследование: определение осмотической резистентности и продолжительности жизни эритроцитов, изучение маркеров гепатита и описторхоза, проведение пробы Кумбса, дуоденального зондирования. Возможно, понадобятся пункционная биопсия печени и лапароскопия.

Задача 96.

К Вам обратился больной 27 лет с жалобами на желтушность кожных покровов, слабость, боли в правом подреберье и суставах нижних конечностей, временами высокую температуру. Болен неделю, желтушность кожных покровов появилась последние 5 дней после приема жирной пищи. Шесть лет назад перенес гепатит А. До настоящего времени считал себя здоровым, хотя боли в правом подреберье повторялись. Объективно: общее состояние средней степени тяжести, иктеричность склер и желтушность кожных покровов выражены умеренно. Температура тела 37,70 С, пульс 84 уд./мин. Живот мягкий, болезненный в правом подреберье, где пальпируется умеренно болезненная, увеличенная печень (+ 5 см), плотной консистенции. Лабораторно: общий билирубин 130 мкмоль/л, непрямая фракция – 52 %; АСТ – 2,8 мкмоль/мл в час, АЛТ – 1,8 мкмоль/мл в час. Заключение УЗИ печени – признаков очагового поражения, билиарной гипертензии и портального блока нет.

Вопросы: Ваш диагноз? Ваши действия?

Ответы: Диагноз: хронический активный гепатит. Необходима госпитализация в гастроэнтерологическое отделение. Дообследование: маркеры гепатита, описторхоза, возможны лапароскопия, биопсия печени, ретроградная холангиография

Задача 97.

К Вам в поликлинику обратился больной 35 лет с жалобами на небольшие постоянные боли в правом подреберье, желтуху, повышение температуры тела до 38 °С, боли и судороги в икроножных мышцах. Болен неделю, вначале повысилась температура без ознобов, затем появились тупые боли в правом подреберье и эпигастрии, боли и судороги в икроножных мышцах, присоединилась желтуха. Объективно: видимая желтуха, общее состояние средней степени тяжести, температура 38,50 °С, пульс 84 уд./мин, живот мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье. Печень увеличена на 3-4 см, поверхность гладкая. Лабораторно: билирубин общий 150 мкмоль/л, прямой – 80 мкмоль/л, АСТ – 2,45 мкмоль/мл в час. Данные УЗИ – печень диффузно увеличена, признаков ЖКБ, портальной и билиарной гипертензии нет.

Вопросы: О чем будете думать? Ваши действия?

Ответы: Необходимо думать о лептоспирозе, вирусном гепатите. Больного надо направить в инфекционную больницу.

Задача 98.

При обследовании больного с желтухой в 7 сегменте печени обнаружено тканевое очаговое образование диаметром до 5 см. За год до этого пациент был радикально оперирован по поводу колоректального рака. Ваши действия?

Ответы: Показано наложение паллиативного билиодигестивного анастомоза. Наиболее оптимальным будет формирование гепатикоюноального соустья с петлей по Ру.

Задача 99.

При обследовании больного с желтухой обнаружена опухоль поджелудочной железы с метастазами в обе доли печени, асцит. Ваши действия?

Ответы: Показано симптоматическое лечение

Задача 100.

Пациентке 62 года. Жалобы на общую слабость, потерю массы тела, чувство тяжести в подложечной области, где больная определяет «шишку». Болеет около 6 мес. Состояние ближе к удовлетворительному, кожные покровы бледные, живот обычной формы, в подложечной области пальпируется плотное безболезненное образование 12x16 см., связанное с печенью.

Вопросы: Предварительный диагноз? План обследования? Тактика?

Ответы: Первичный рак печени? Альвеолярный эхинококк? План обследования: анализ крови (эозинофилия, Hb, СОЭ), раковые маркеры, серологические пробы, УЗИ, КТ, лапароскопия с биопсией. При операбельности процесса резекция печени, химиотерапия.

Задача 101.

К Вам обратилась пациентка с жалобами на периодические боли ноющего характера в верхних отделах живота, связанные с приемом пищи, физическими нагрузками. Считает, что симптоматика с течением времени нарастает. Отмечает тяжесть в подложечной области, периодический дискомфорт. Обследован желудок, поджелудочная железа – патологии нет. Общее состояние удовлетворительное. При УЗИ в правой доле печени округлое тканевое образование 9 см в диаметре, расцениваемое как гемангиома.

Вопросы: Тактика? Методы лечебных пособий?

Ответы: Гемангиома правой доли печени, в связи со значительными размерами и болями подлежит хирургическому лечению.

Задача 102.

У пациента без ярко выраженных клинических признаков случайно на УЗИ диагностирована гемангиома печени размером до 5 см.

Вопросы: Какова лечебная тактика при бессимптомной гемангиоме? Если показано динамическое наблюдение - какие признаки следует учитывать и в пределах каких сроков?

Ответы: Больные гемангиомой печени размером по 10 см подлежат динамическому наблюдению. Клинические проявления или увеличение в размерах до 10 см являются показанием к оперативному лечению.

Задача 103.

Пациентка 40 лет отмечает неопределенный дискомфорт, незначительные боли в эпигастрии. За 2 недели до этого в травмпункте после ДТП был диагностирован ушиб грудной клетки справа. При ФГДС патологии желудка и 12-перстной кишки не обнаружено. В клинических и биохимических анализах крови отклонений от нормы нет. При пальпации гепатомегалии нет. Выполнено УЗИ печени. В правой доле обнаружено очаговое образование печени повышенной эхоплотности с четкими контурами, неоднородной структурой, участками разряжения размерами до 6 см.

Вопросы: Предварительный диагноз? Дальнейшие действия для уточнения диагноза?

Ответы: Подозревается гематома печени. Уточнить диагноз можно применив КТ, ЯМР, ангиографию, лапароскопию, пункционную аспирационную биопсию под УЗИ или КТ контролем с использованием сверхтонких игл. Чрезкожная пункционно-аспираторную биопсию очага (морфологическая диагностика) под УЗИ или КТ контролем с использованием сверхтонких игл Chiba возможна в специализированном отделении. Оперативное лечение только при нагноении гематомы или увеличении ее в размерах с угрозой разрыва. Необходимо дифференцировать с кистозной опухолью.

Задача 104.

Житель сельской местности, профессиональный охотник предъявил жалобы на тупые боли, дискомфорт, тяжесть в подложечной области. Болен около 6 месяцев. При осмотре: крепкий, физически здоровый человек. Живот обычной формы, безболезненный. В подложечной области четко пальпируется опухолевидное образование, плотное, бугристое, безболезненное. Размеры печени по Курлову 15x12x10 см.

Вопросы: План обследования? Дифференциальный диагноз? Тактика.

Ответы: Диагноз: альвеококк печени. План обследования: УЗИ, КТ, обзорная рентгенография печени на предмет обызвествления альвеококка, анализ крови, серологические пробы на альвеококкоз. В условиях стационара выполнить лапароскопию, пункционную биопсию. Лечение: резекция печени, химиотерапия мебендазолом, альбендазолом.

Задача 105.

Пациентка 55 лет жалуется на тупые боли в правом подреберье, общую слабость, мучительный кожный зуд в течение последних 3-х месяцев. На этом фоне желтуха. Недомогания наблюдались последние 5 месяцев. Похудела на 15 кг. Не обследовалась. За 8 месяцев до этого резекция толстой кишки по поводу рака. Объективно: расчесы кожи. Живот деформирован. Выбухает область правого подреберья и эпигастрия. Пальпируется плотная бугристая безболезненная правая доля печени.

Вопросы: Предположительный диагноз? Тактика?

Ответы: Диагноз: метастаз колоректального рака в печень. Показаны госпитализация в хирургическое отделение, УЗИ, КТ печени, пункционная биопсия. При операбельности процесса резекция печени, химиотерапия. При неоперабельности возможны регионарная химиоэмболизация, алкоголизация, радиочастотная абляция и криодеструкция опухоли.

Задача 106.

Молодой человек 35 лет обратился с жалобами на распирающие боли в области правого подреберья, усиливающиеся при физической нагрузке. Нездоровым себя считает около 3 лет. В анамнезе: травма живота 12 лет назад. Лечился в стационаре две недели. Выписан с выздоровлением. Светлый промежуток 7-8 лет. Объективно: печень увеличена больше за счёт правой доли. Здесь неотчётливо пальпируется гладкое безболезненное образование до 10 см в диаметре.

Вопросы: Предварительный диагноз? Дифференциальная диагностика? Тактика?

Ответы: Диагноз: непаразитарная посттравматическая киста печени. Дифференцировать с паразитарной кистой. Обследование: поиск эозинофилии, обызвествления капсулы кисты на обзорном снимке. Специальные методы: УЗИ, КТ, лапароскопия, серологические реакции на эхинококкоз. Показано оперативное лечение.

Задача 107.

На приёме в поликлинике пациент жалуется на боли умеренной интенсивности в эпигастральной области и правом подреберье, не имеющие связи с приемом пищи, возникшие месяц назад, купированы но-шпой. С течением времени присоединились тяжесть в подреберье и дискомфорт. Выполнялась ФГДС, диагностирован гастрит. Общее состояние удовлетворительное. Масса тела сохранена. Температура 36,50 С. Физиологические отправления в норме. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах, доступен пальпации. При перкуссии и пальпации отмечается увеличенная печень. Её край неровный, но гладкий, справа от мечевидного отростка в подреберье определяется образование туго-эластической консистенции диаметром до 5 см, безболезненное. Вопросы: Предварительный диагноз? Какая дополнительная информация нужна? План дальнейшего обследования?

Ответы: Предварительный диагноз: обтурационный холецистит, водянка желчного пузыря. Необходимо УЗИ, при подтверждении диагноза госпитализация, плановая операция.

Задача 108.

На консультации у печёночного хирурга пациент, которому 54 года. Наблюдается в онкологическом диспансере в связи с перенесённой 3 года назад операцией правосторонней гемиколэктомией по поводу рака. Последние 2-3 месяца состояние ухудшилось, появилась слабость, снизился аппетит. Больной обследован: при УЗИ органов брюшной полости обнаружено тканевое образование в левой доле печени диаметром до 3 см.

Вопросы: Предварительный диагноз? Методы дообследования? Тактика?

Ответы: У больного метастатический рак печени. Необходимы КТ, МРТ, ПАБгистология, лапароскопия. При подтверждении диагноза показана анатомическая резекция левой доли печени.

Задача 109.

Пациент 74 лет предъявил жалобы на слабость, тяжесть в эпигастрии, ухудшение аппетита, боль, похудание, лихорадку, диспепсические расстройства, изменение цвета мочи и стула. Болен месяц. Объективно: кожа сухая с землянистым оттенком, желтушность склер, живот с признаками асцита, в эпигастрии пальпируется плотная бугристая опухоль на фоне увеличенной печени. Ее размеры по Курлову 15x13x11см. Лабораторно: анемия, повышенная СОЭ, лейкоцитоз.

Вопросы: Предварительный диагноз? Методы уточнения диагноза? Тактика?

Ответы: Диагноз: рак печени. Асцит. Дообследование: ФГДС, УЗИ печени, раковые маркеры - АФП, СА 19- 9, лапароскопия, биопсия. При подтверждении диагноза химиотерапия, симптоматическое лечение.

Задача 110.

38-летняя пациентка состоит на диспансерном наблюдении у гинеколога по поводу хронического аднексита в течение нескольких лет. При очередном обзорном УЗИ случайной находкой явилось очаговое жидкостное образование в правой доле печени до 3-4 см.

Вопросы: Ваш диагноз? Тактика?

Ответы: Диагноз: гемангиома? Солитарная киста? При исключении эхинококка в связи с отсутствием клинических симптомов и небольшим размером жидкостного образования показано динамическое наблюдение.

Задача 111.

На прием к врачу поликлиники обратился больной 45 лет с жалобами на небольшие боли в эпигастриальной области, отсутствие аппетита, тошноту. При объективном осмотре обнаружен по краю реберной дуги плотный, ровный край печени, другой патологии не найдено. Параклиническое обследование выявило увеличение селезенки, расширение воротной вены (по данным УЗИ) и варикозное расширение вен пищевода (II ст.) при проведении ФГДС.

Вопросы: Ваши действия?

Ответы: Состояние следует расценить как хронический гепатит с исходом в цирроз и развитием портальной гипертензии. Необходимо дообследование и лечение у гастроэнтеролога. Попытаться выяснить этиологию заболевания. Для профилактики кровотечения из варикозных вен пищевода целесообразно в специализированном отделении провести эндоскопическую флебосклерозирующую терапию. При отсутствии активного процесса в печени и признаков печеночной недостаточности возможно наложение венозного спленоренального анастомоза.

Задача 112.

В поликлинику обратилась больная 50 лет с жалобами на слабость, одышку, быструю утомляемость, чувство тяжести в левом подреберье. Больна около месяца. При объективном осмотре дежурный врач выявил бледность, увеличенные периферические лимфоузлы, печень по Курлову 14x12x10 см. Селезенка плотная, безболезненная, выступает из подреберья на 5 см. Расширенных подкожных вен брюшной стенки и асцита нет. Ректально б/о. Пульс 100 уд./мин., АД – 110/70 мм рт.ст. Температура тела 37,1°C. Анализ крови: Hb - 60 г/л, эритроцитов – 2,5x10¹², лейкоцитоз – 40,0x10⁹.

Вопросы: Ваш диагноз?

Ответы: Необходимо думать о болезнях крови, прежде всего о хроническом миелолейкозе. Диагноз подтвердит биопсия костного мозга. УЗИ выявит нормальный диаметр воротной и селезеночной вены.

Задача 113.

Вы осматриваете больную с асцитом. В анамнезе хронический гепатит. Больная за месяц похудела на 8 кг. Объективно: имеется видимая на глаз желтуха, печень выступает на 3 см из подреберья, плотная, безболезненная, ее поверхность бугристая. Селезенка перкуторно обычных размеров, отеков на ногах и расширенных подкожных вен брюшной стенки нет.

Вопросы: Предположительный диагноз?

Ответы: Клинически больше данных за первичный или метастатический рак печени, канцероматоз. Диагноз подтвердят УЗИ, КТ, лапароскопия с биопсией и цитологическим исследованием асцитической жидкости.

Задача 114.

К хирургу в поликлинику обратилась больная с жалобами на слабость, появление отеков на нижних конечностях, увеличение живота в размерах. Год назад оперирована по поводу ожирения, было выполнено выключение большей части тонкой кишки из пищеварения (еюноилеальное шунтирование). Похудела на 50 кг. В течение года стул был по 5-6 раз в сутки. Объективно: кроме отеков выявлен асцит. Печень и селезенка перкуторно обычных размеров, одышки в покое нет, кожные покровы обычного цвета, пульс 84 уд./мин., АД – 110/70 мм рт.ст.

Вопросы: Диагноз? Действия хирурга?

Ответы: Асцит, слабость и отеки явились результатом диареи, нарушений водно-электролитного обмена, гипопроотеинемии. При дообследовании можно обнаружить полисерозит. Больная нуждается в срочном стационарном лечении. После предоперационной подготовки предстоит восстановить пассаж химуса по тонкой кишке.

Задача 115.

При обследовании 50-летней больной со спленомегалией врач не выявил изменений в печени, расширения воротной вены, варикозного расширения вен пищевода и

кардиального отдела желудка. При исследовании крови обнаружена анемия (эритроцитов – $3,0 \times 10^{12}$), лейкопения (лейкоцитов – $2,5 \times 10^9$), выраженная тромбоцитопения.

Вопросы: Диагноз? Тактика?

Ответы: Необходимо думать о тромбозе селезеночной вены, гиперспленизме. Диагноз подтвердят спленоманометрия и спленопортография. Учитывая выраженный гиперспленизм показана спленэктомия.

Задача 116.

К терапевту обратился больной 70 лет с жалобами на постоянные ноющие боли в эпигастриальной области, отсутствие аппетита, отвращение к мясу. Болен около 6 месяцев, похудел за это время на 15 кг, накануне был стул темного цвета. В анамнезе болезнь Боткина, Хронический гастрит, описторхоз. Объективно: состояние ближе к удовлетворительному, кожные покровы телесного цвета, питания среднего. Пульс 80 уд./мин, АД - 120/80 мм рт.ст. Живот обычной формы, мягкий, болезненный в эпигастриальной области, печень и селезенка не определяются.

Вопросы: Ваш диагноз? План действий?

Ответы: Диагноз: рак желудка, желудочное кровотечение легкой степени. Госпитализация больного в дежурное хирургическое отделение. Дообследование: ФГДС (биопсия, эндоскопический гемостаз по показаниям); УЗИ (КТ) брюшной полости и рентгенография грудной клетки на предмет метастазов. Объем лечебной помощи будет определен после дообследования больного.

Задача 117.

Больной 30 лет обратился с жалобами на боли в верхних отделах живота опоясывающего характера. В течение многих лет страдал язвенной болезнью 12-перстной кишки, лечился амбулаторно. Настоящее очередное весен- 48 нее обострение в течение суток, боли впервые носят опоясывающий характер. Объективно: питания пониженного, кожные покровы обычные. Пульс – 80 уд./мин, АД - 115/75 мм рт.ст. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии. Печень и селезенка не определяются. Перитонеальных симптомов нет.

Вопросы: Ваш диагноз? Какие дополнительные исследования необходимы? План лечения?

Ответы: Диагноз: Язвенная болезнь 12-перстной кишки с пенетрацией в головку поджелудочной железы. Для уточнения диагноза необходимы ФГДС, амилаза и сахар крови, диастаза мочи, УЗИ поджелудочной железы. Консервативное лечение: диета, антисекреторная и эрадикационная терапия. Есть показания для видеолaparоскопической ваготомии.

Задача 118.

Больной 36 лет обратился в поликлинику через 4 часа от начала заболевания. Заболевание началось очень остро, резкими болями в эпигастриальной области, была однократная рвота. Начал передвигаться только через 30 мин после стихания болей. Объективно: общее состояние больного удовлетворительное, жалуется на боли в правой подвздошной области, где имеется резкая локальная болезненность, защитное напряжение мышц и положительный синдром Щеткина – Блюмберга. Температура 37,30 С, пульс 100 уд./мин. Лейкоцитов в крови $15,0 \times 10^9$ /л. Положительным оказался и симптом Ровзинга.

Вопросы: Предполагаемый диагноз? С какими заболеваниями следует провести дифференциальную диагностику? Как вы объясните динамику развития абдоминального болевого синдрома? На какие анамнестические проявления заболевания необходимо обратить внимание? Какие дополнительные методы исследований и в какой последовательности следует провести? Лечение?

Ответы: Диагноз: перфоративная язва. Необходимо дифференцировать с острым аппендицитом. Боли в правой подвздошной области связаны с поступлением гастродуоденального содержимого по правому флангу. За перфоративную язву говорит острое начало («симптом перфорации») Необходима рентгенография брюшной полости стоя на свободный газ, при отсутствии газа ФГДС с повторным снимком и лапароскопия.

Минимальный объем операции: ушивание перфоративного отверстия и санация брюшной полости.

Задача 119.

Больной 36 лет в течение 12 лет страдает язвенной болезнью желудка с почти ежегодными обострениями. Лечился регулярно в поликлинике, несколько раз был на курорте, тщательно соблюдает диету. В терапевтическом стационаре ни разу не лечился. При рентгенологическом исследовании язва все время прослеживается. В настоящее время предъявляет жалобы на боли в эпигастральной области, тошноту. Боли усиливаются через 30 мин. после приема пищи, прием альмагеля уменьшает болевые ощущения на непродолжительное время.

Вопросы: Что Вы считаете необходимым выяснить из анамнеза заболевания, позволяющее достоверно оценить адекватность лечения? Нуждается ли пациент в дообследовании и если да, то в каком? Лечебная тактика? В случае выбора в пользу хирургического метода лечения, что ляжет в обоснование выбранного метода операции?

Ответы: Выяснить: выполнялись ли ФГДС и биопсии, диагностировался ли хеликобактериоз, какие схемы лечения применяли? Необходима эндоскопия с гастробиопсией. Учитывая желудочную локализацию язвы, длительность заболевания даже при доброкачественном процессе имеются показания к оперативному лечению. Наиболее оптимальным является резекция желудка с удалением язвеносущих отделов, т.к. вероятность малигнизации 10%, а ошибки гистологов достигают 7%.

Задача 120.

Больной 34 лет жалуется на снижение аппетита, на периодическую тошноту, отрыжку тухлым, чувство полноты в желудке после приема пищи, рвоту съеденной пищей. В анамнезе хронический гастрит, язвенная болезнь желудка. Вышеописанные симптомы появились месяц назад, накануне обращения к врачу вызвал рвоту съеденным вечером салатом. Объективно: состояние удовлетворительное, питания среднего, пульс 80 уд./мин, АД - 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, печень плотная, бугристая, безболезненная, выступает из подреберья на 3 см.

Вопросы: Ваш диагноз? Ваш план обследования больного в поликлинике?

Ответы: Диагноз: рак желудка со стенозом выходного отдела и метастазами в печень. Необходимо минимальное обследование: ФГС с биопсией, УЗИ печени.

Задача 121.

Больной 40 лет в течение 20 лет страдал язвенной болезнью 12- перстной кишки. Периодически лечился у терапевта. В течение последнего месяца появились тошнота, ежедневная рвота, похудел на 15 кг. Объективно: пониженного питания, пульс 96 уд./мин, АД- 90/60 мм рт.ст. Живот втянут, мягкий, болезненный. Печень и селезенка не определяются.

Вопросы: Диагноз? Ваши действия? Лечение?

Ответы: Диагноз: язвенная болезнь 12-перстной кишки, осложненная декомпенсированным стенозом. Показаны госпитализация, подтверждение диагноза рентгеноскопией желудка и ФГДС, оперативное лечение. Предоперационная подготовка должна включать питание через зонд, проведенный эндоскопически за стеноз, в/в введение белковых препаратов, нормализация ионограммы и КЩС, операция ваготомия с дренирующим желудок вмешательством, либо дистальная резекция желудка.

Задача 122.

В поликлинику к терапевту обратился больной 50 лет с жалобами на боли в эпигастральной области, практически, постоянные. Накануне боли самостоятельно купировались, но появились слабость, головокружение. Терапевт заподозрила желудочное кровотечение и направила больного в дежурное хирургическое отделение, где при ФГС обнаружена в антральном отделе желудка калезная язва диаметром 3 см с кровоточащим сосудом. Попытки эндоскопического гемостаза безуспешны. Общее состояние больного

средней степени тяжести. Пульс – 100 уд./мин, АД - 110/70 мм рт.ст., Нв - 110 г/л. Сопутствующих заболеваний нет.

Вопросы: Ваши действия? Какое лечение наиболее рационально?

Ответы: Показана экстренная операция. Учитывая калезность язвы, отсутствие сопутствующих заболеваний и общее состояние 50-летнего больного наиболее рационально экстренное радикальное вмешательство – субтотальная резекция желудка.

Задача 123.

В поликлинику обратился больной с жалобами на жидкий стул до 4-6 раз в сутки без болей в животе. Накануне был выписан из хирургического отделения, где была выполнена стволовая ваготомия с пилоропластикой по Гейнеке-Микуличу по поводу стеноза привратника язвенной этиологии. Объективно: состояние удовлетворительное, температура тела 36,50 С, кожные покровы обычного цвета, пульс 80 уд./мин, АД - 115/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не определяются. Ректально б/о.

Вопросы: Ваш диагноз? Лечение?

Ответы: У больного клиника постваготомной диареи. Показана диета с ограничением молочной и сладкой пищи. Лечение вяжущими, обволакивающими, спазмолитическими препаратами (альмагель, диспаталин, имодиум). При большом количестве нейтральных жиров в копрограмме ферментные препараты – креон, мизим.

Задача 124.

В поликлинику обратился больной с жалобами на боли в эпигастриальной области без иррадиации, усиливающиеся после 51 приема пищи. При проведении ФГС обнаружена в области угла желудка язва диаметром до 2 см, покрыта фибрином. В анамнезе хронический гастрит, ОРЗ, хронический тонзиллит. Общее состояние больного удовлетворительное, пульс 80 уд./мин, АД - 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии без перитонеальных симптомов, печень и селезенка не определяются.

Вопросы: План лечения?

Ответы: Показаны гастроскопия с биопсией, диагностика хеликобактериоза. При доброкачественном процессе двухмесячное консервативное лечение, при неэффективности лечения или малигнизации показана операция. №13 Для подтверждения диагноза «перфоративная язва» необходимо дополнительно после ФГС (или пневмогаструм) повторить снимок на свободный газ в брюшной полости. Оперативное лечение только с согласия больного. При несогласии больного с перитонитом, необходимо это отметить, в истории болезни описать возможные последствия и поставить подпись дежурного врача, больного, старшего дежурного врача, в конфликтных ситуациях – двух свидетелей. При отказе больного расписаться, подписи двух свидетелей необходимы. Не надо согласие больного на операцию, если у него имеется тяжелое психическое заболевание, алкогольное или наркотическое опьянение, а также если больной накануне совершил общественно опасное деяние. У лиц до 15 лет все решают родители, а при их отсутствии консилиум врачей.

Задача 125.

В поликлинику обратился больной 28 лет с жалобами на отрыжку, тошноту, периодически рвоту накануне съеденной пищей. В течение последних 10 лет трижды лечился по поводу язвенной болезни. За два месяца до обращения ему было выполнено ушивание прободной язвы 12-перстной кишки. Объективно: состояние удовлетворительное, питания пониженного, пульс 80 уд./мин, АД=120/80 мм рт.ст. При пальпации живота патологии не обнаружено.

Вопросы: Предварительный диагноз? План обследования и лечения?

Ответы: У больного симптомы пилородуоденального стеноза. Заболевание могут подтвердить ФГДС и рентгеноскопия желудка. Показано оперативное лечение. Если позволяют анатомические находки, необходимо выполнить ваготомию с дренирующей желудок операцией, отдать предпочтение пилоропластике.

Задача 126.

В поликлинику обратился больной 45 лет с жалобами на постоянные ноющие боли в эпигастриальной области, больше по ночам. При проведении ФГДС обнаружена язва в области тела желудка диаметром до 2 см, выполнена биопсия, назначено консервативное лечение. При повторном осмотре через 52 10 суток терапевт обнаружил увеличенный лимфоузел в левой надключичной области. В заключении по гастробиопсии данных за малигнизацию нет.

Вопросы: Тактика врача

Ответы: Необходимо провести повторную биопсию из язвы или послеязвенного рубца, рентгенографию грудной клетки и биопсию лимфоузла.

Задача 127.

В поликлинику обратился больной 35 лет с жалобами на изжогу, боли в подложечной области через 2 часа после еды, тошноты. С 20 лет страдал гастритом, последние три года лечился у терапевта по поводу язвенной болезни 12-перстной кишки, трижды проводилась антисекреторная и эрадикационная терапия в связи с рецидивом заболевания. Семейный анамнез не отягощен. При настоящем обследовании вновь выявлена язва 12-перстной кишки диаметром до 8 мм, признаков стеноза нет.

Вопросы: Ваши действия?

Ответы: Учитывая неэффективность трехлетней консервативной терапии и в связи с угрозой развития осложнений заболевания рекомендовать больному видеолaparоскопическую ваготомию.

Задача 128.

На консультацию к хирургу направлен 60-летний больной, находившийся в течение 2-х месяцев на лечении у терапевта по поводу медиогастральной язвы желудка. Размеры округлой язвы за 2 месяца лечения уменьшились с 25 до 5 мм, первичная гастробиопсия выявила хронический гастрит, дисплазию второй степени. Хеликобактериоз не обнаружен. В анамнезе у больного гипертоническая болезнь, сахарный диабет, перемежающаяся хромота. Ваши действия?

Ответы: Больному показана повторная гастробиопсия из 10-12 точек зоны язвы. В случае доброкачественности заболевания продолжить консервативное лечение. При обнаружении атипичных клеток или незаживлении язвы в течение 4 месяцев предлагать оперативное лечение.

Задача 129.

Вас пригласили на дом к больному 30 лет, который болеет в течение 5 лет язвенной болезнью желудка. Неоднократно проходил амбулаторно курсы консервативной терапии, обычно это происходило весной или осенью. Сегодня утром, встав с постели, на несколько секунд потерял сознание, стал отмечать общую слабость, головокружение. Вскоре появилась тошнота, однократная рвота цвета «кофейной гущи». Объективно: врач обнаружил бледные кожные покровы, живот правильной формы, мягкий, при пальпации умеренно болезненный в эпигастриальной области, симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.

Вопросы: Сформулируйте диагноз. Какие еще исследования Вы должны провести? Какую лечебную тактику Вы предпримете? В чем будет заключаться первая помощь? Какие лабораторные показатели крови Вас должны интересовать?

Ответы: Диагноз: язвенная болезнь желудка, осложненная кровотечением. Необходимы ФГДС с эндоскопическим гемостазом, анализ крови и свертываемости, группа крови. При неэффективности эндоскопического гемостаза экстренная операция. При остановке кровотечения консервативное лечение с относительными показаниями к плановому оперативному лечению. Первая помощь включает: строгий постельный режим, холод на живот, контроль пульса и давления, транспортировка на носилках в дежурный стационар.

При падении АД катетеризация центральной вены и трансфузии кровезаменителей, гемостатиков во время транспортировки.

Задача 130.

В поликлинику обратился больной с жалобами на слабость, головокружение, стул темного цвета. В анамнезе злоупотребление алкоголем. Объективно: кожные покровы бледные, пульс 100 уд./мин, АД – 110/70 мм. рт.ст. Живот увеличен в размерах за счет асцита, в области мезогастрия выраженный венозный рисунок, печень не определяется, селезенка выступает из подреберья на 3 сантиметра, безболезненна. Ректально – мелена. Вопросы: Ваш диагноз? План обследования и лечения?

Ответы: Диагноз: Цирроз печени, портальная гипертензия, кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода. Дообследование: УЗИ брюшной полости, печени, воротной вены. Эндоскопическое исследование пищевода. Лечение: установка зонда Блекмора, коагулянтная и снижающая портальное давление терапия. При неэффективности эмболизация или лигирование кровоточащих вен, операция Пэциоры - прошивание вен кардиального отдела желудка.

Задача 131.

При проведении ФГДС 15-летнему пациенту, врач обнаружил в 12- перстной кишке язву с кровоточащим сосудом.

Вопросы: Какие возможны способы эндоскопического гемостаза? Что следует предпринять при ненадежности или невозможности эндоскопического гемостаза? Какие Вы знаете препараты для повышения свертываемости крови?

Ответы: Способы эндоскопического гемостаза: электро- или диатермокоагуляция, орошение, клепирование, обкалывание, нанесение пленкообразующих веществ. При ненадежности гемостаза показано консервативное лечение с повторным эндоскопическим контролем через 6 часов. При невозможности эндоскопического гемостаза экстренная органосохраняющая операция. Повышают свертываемость крови аминокaproновая кислота, хлористый кальций, викасол, препараты из донорской крови и цельная кровь.

Задача 132.

У больного 50 лет при ФГДС обнаружена на малой кривизне желудка в антральном отделе каллезная язва диаметром 3 см с кровоточащим сосудом. Попытки эндоскопического гемостаза безуспешны. Объективно: общее состояние больного ближе к удовлетворительному. Пульс – 90 уд./мин, АД – 110/70 мм рт.ст., Нб – 110 г/л. Сопутствующих заболеваний нет.

Вопросы: Ваши действия? Их объем?

Ответы: Показана экстренная операция. Учитывая общее состояние больного, отсутствие сопутствующей патологии и признаки малигнизации необходима радикальная операция - дистальная субтотальная резекция желудка.

Задача 133.

Больной Н. 38 лет оперирован 3 месяца назад по поводу язвенной болезни 12-перстной кишки. Была выполнена резекция желудка по Б-П. По истечении трёх недель после операции у больного через 10-12 минут после приема молока стали проявляться слабость, которая продолжалась в течение 30-40 минут, потливость. Работоспособность снизилась, потери веса нет, общее состояние удовлетворительное.

Вопросы: Ваш предварительный диагноз? Лечение?

Ответы: Демпинг-синдром легкой степени тяжести. Показано консервативное лечение: а) диетотерапия – частое высококалорийное питание небольшими порциями 5-6 раз в день) пищей, богатой белками, с ограничением сладкого, молочного и жидкости; б) желудочный сок, пепсин и панкреатин; в) для снижения перистальтической активности – координакс (цизаприд).

Задача 134.

Больной Л. 29 лет оперирован один год назад по поводу язвенной болезни 12-перстной кишки. Больному произведена резекция 2/3 желудка по Гофмейстер-Финстереру. Через

три месяца после операции он почувствовал слабость после приема сладкой и молочной пищи, которая с течением времени нарастала. В последние месяцы слабость после еды усилилась, вынужден в течение 30-40 минут после приёма пищи лежать. Не обследовался и не лечился. Вопросы: Ваш предварительный диагноз? Необходимые обследования? Методика лечения?

Ответы: Демпинг-синдром средней степени тяжести. Консервативное лечение как и при демпинг-синдроме легкой степени. Дополнительно назначаются седативные средства по согласованию с психоневрологом, заместительная витаминотерапия, препараты железа, переливание плазмы.

Задача 135.

Больной Б. 48 лет оперирован 1,5 года назад по поводу язвенной болезни. Произведена резекция 2/3 желудка по Гофмейстер-Финстереру. Сразу же после операции появилась слабость после приема любой пищи, возникающая через 3-4 минуты после еды, особенно после употребления сладкого и молочного. Затем присоединились головокружение, жидкий частый стул. В последние три месяца стал отмечать прогрессирующую потерю веса.

Вопросы: Предварительный диагноз? Необходимые методы исследования? Лечебная тактика?

Ответы: Демпинг-синдром тяжелой степени. Показано обследование: анализ крови, мочи, сахар крови, сахарная кривая, белок крови, рентгеноскопия желудка, контроль пассажа бария по кишечнику, копрограмма. Лечение оперативное, операция - редуоденизация.

Задача 136.

Больной 32 лет оперирован два года назад по поводу язвенной болезни желудка по Гофмейстер-Финстереру. Спустя шесть месяцев после операции появилось чувство тяжести в эпигастальной области после еды, затем присоединились тошнота и горькая отрыжка. Позднее стал отмечать рвоту с желчью, сначала 1-2 раза в месяц, а перед поступлением после каждого приема пищи, после рвоты наступает облегчение.

Вопросы: Ваш диагноз? Необходимые исследования? Лечение?

Ответы: Синдром приводящей петли тяжелой степени. Показано общеклиническое и биохимическое обследование, рентгеноскопия желудка, УЗИ, ФГС с последующим оперативным лечением. При подтверждении диагноза возможны операции; резекция по Ру, редуоденизация, либо наложение дуоденоюноанастомоза.

Задача 137.

Больной 32 лет оперирован 3 года назад по поводу язвенной болезни 12-перстной кишки. Произведена резекция 2/3 желудка по Гофмейстер-Финстереру. Спустя два года появились сильные боли в эпигастрии, возникающие сразу же после еды. Похудел, т.к. плохо ел из-за боязни болей. При анализе желудочного сока выявлена высокая как базальная, так и стимулированная секреция соляной кислоты. На ФГС в области анастомоза обнаружена больших размеров язва.

Вопросы: Диагноз? Возможная причина заболевания? Лечебная тактика?

Ответы: Пептическая язва гастроэнтероанастомоза. Учитывая большие объемы резекции и высокую базальную секрецию, необходимо думать об экстрагастральной причине высокой кислотности, прежде всего о синдроме Золлингера-Эллисона, либо гиперпаратиреозе. В программу обследования включить определение гастрина, кальция и фосфора в крови, УЗИ поджелудочной и щитовидной железы. Если причина высокой остаточной кислотности будет найдена, её будет необходимо устранить. При не обнаружении таковой, кислотность можно будет снизить стволовой ваготомией, резекцией желудка, либо сочетанием этих операций.

Задача 138.

Больной 42 лет, оперирован по поводу язвенной болезни четыре года назад. Проведена резекция 1/2 желудка по Витебскому (гастроэнтероанастомоз с поперечным рассечением тонкой кишки). После операции отмечал чувство наполнения после еды, которое

постепенно проходило. Спустя три года эти явления стали нарастать, появилась рвота съеденной накануне пищей. За последние три месяца потеря веса составила около семи килограммов.

Вопросы: Предположительный диагноз? Необходимые методы обследования? Лечебная тактика?

Ответы: Стеноз гастроеюнального анастомоза. Диагноз подтвердят ФГС и рентгеноскопия желудка. Показано оперативное лечение. Наиболее оптимальной будет резекция желудка.

Задача 139.

Больной 62 лет, оперирован 15 лет назад по поводу язвы желудка. Была выполнена резекция по Б – II. Все годы чувствовал себя хорошо. Три месяца назад появились боли в эпигастрии, слабость, отрыжка тухлым, резко снизился аппетит. За последние недели потерял шесть килограммов веса.

Вопросы: Предположительный диагноз? Дополнительные методы исследования? Лечебная тактика?

Ответы: Необходимо думать о раке культи желудка. В программу обследования включить ФГС (с биопсией), рентгеноскопию желудка, УЗИ печени, рентгенографию грудной клетки. При подтверждении диагноза и операбельности процесса показана экстирпация культи желудка.

Задача 140.

Больной 24 лет оперирован около года назад по поводу кровоточащей язвы 12-перстной кишки. Проведена гастродуоденотомия с прошиванием кровоточащего сосуда, пилоропластикой по Гейнеке-Микуличу, двухсторон- 59 ней стволовой ваготомией. После кратковременного улучшения вновь возникли эпигастральные боли, стал часто появляться жидкий стул, бывает отрыжка, рвота съеденной накануне пищей.

Вопросы: Предположительный диагноз? Методы исследования и предполагаемые находки? Лечебная тактика?

Ответы: У больного, видимо, наступил рецидив язвенной болезни вследствие желудочного стаза. Застой в желудке может быть результатом нарушений проходимости в зоне пилоропластики. В программу обследования необходимо включить рентгеноскопию желудка, ФГДС, исследование желудочной секреции. В зависимости от результатов обследования наиболее вероятная повторная операция резекции желудка.

Задача 141.

Больной Г. 32 лет оперирован 3 года назад по поводу язвенной болезни 12-перстной кишки с пенетрацией язвы в головку поджелудочной железы без нарушения дуоденальной проходимости. Произведена селективная проксимальная ваготомия. В течение полутора лет боли не беспокоили, при ФГДС язва не определялась. В последние 1,5 года появились вновь тощаковые боли, при исследовании желудочной секреции выявлена базальная продукция кислоты (БПК) - 10 ммоль/час, стимулированная продукция кислоты (СПК) - 30 ммоль/час. При проведении ФГДС на передней стенке луковицы 12-перстной кишки обнаружена язва до 10 мм в диаметре.

Вопросы: Ваша тактика в отношении данного больного?

Ответы: Рецидив язвенной болезни 12-перстной кишки наступил в результате неполноты ваготомии и высокой остаточной кислотности. При неуспехе консервативной терапии больному показана резекция желудка.

Задача 142.

В поликлинику обратился больной 56 лет. Перенес операцию 4 года назад – резекцию 2/3 желудка по поводу язвенной болезни 12-перстной кишки. Через 2 года начали беспокоить боли в правом подреберье постоянного характера, две недели назад они стали постоянными. Накануне после приема жирной пищи отмечались сильные боли в этой же области, которые стихли после приема баралгина, однократно вырвало с желчью. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Язык влажный, обложен. Живот

мягкий, болезненный в правом подреберье и эпигастральной области. Печень и селезенка не пальпируются.

Вопросы: Предварительный диагноз? Какое дополнительное обследование необходимо? Тактика?

Ответы: Предварительный диагноз: синдром приводящей кишки? ЖКБ, хронический холецистит? В программу обследования должны входить УЗИ печени, желчевыводящих путей, поджелудочной железы, почек, ФГС, выполнение общеклинических и биохимических анализов. При отсутствии патологии выполнить рентгенологическое обследование желудка с бариевой взвесью для исключения синдрома приводящей кишки (вариант рефлюкса). При обнаружении ЖКБ показано оперативное лечение.

Задача 142.

К Вам обратился больной М. 45 лет с жалобами на потерю веса, слабость, неоформленный стул, чаще после приема жидкой пищи, отрыжку с каловым запахом. Год назад перенес резекцию 1/2 желудка по Б-П по поводу язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. Через шесть месяцев после вмешательства появились боли в эпигастральной области, за медицинской помощью не обращался. Последний месяц боли не беспокоят, но появились вышеперечисленные жалобы. Объективно: больной пониженного питания, на голенях и стопах имеются отеки.

Вопросы: Чем объясните имеющуюся симптоматику? Ваши действия?

Ответы: Необходимо заподозрить пептическую язву гастроэнтероанастомоза с пенетрацией в поперечную ободочную кишку и образованием желудочнотолстокишечной фистулы, появлением каловой отрыжки, поносов и безбелковых отеков. Диагноз подтвердят ФГС и рентгенологическое исследование. При подтверждении диагноза показано оперативное лечение.

Задача 143.

Больной 45 лет осмотрен на дому по поводу болей в правой половине грудной клетки и правом подреберье. Проснулся из-за болей в вышеуказанных областях, усиливающихся при движении. Вчера употреблял алкоголь, травму отрицает. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. При пальпации грудной клетки определяется болезненность на уровне 10-11 ребер справа, крепитация отломков. Пульс - 89 уд./мин, АД - 110/70 мм рт.ст. Язык суховат. Живот умеренно напряжен и болезнен в правом подреберье. Печень и желчный пузырь не пальпируется. Симптомы раздражения брюшины отрицательны.

Вопросы: Предварительный диагноз? Ваши дальнейшие действия?

Ответы: Диагноз: тупая травма живота, перелом 10-11 ребер справа, травматический миозит мышц брюшной стенки. Больной нуждается в госпитализации в хирургическое отделение. Для уточнения характера перелома ребер и возможных осложнений со стороны легких необходима рентгенограмма грудной клетки. Для исключения повреждений живота – клинические анализы крови и мочи, УЗИ органов брюшной полости и почек, контроль уровня ферментов поджелудочной железы для исключения травматического и алкогольного панкреатита, при необходимости – лапароскопия.

Задача 144.

Как врач поликлиники Вы у постели больной на дому. Больная предъявляет жалобы на боли по всему животу, тошноту, слабость, головокружение. Выяснилось, что три часа назад у нее закружилась голова, она упала и ударилась животом о спинку стула. Из анамнеза выяснилось, что 4 года назад она перенесла болезнь Боткина. В последние 2 месяца заметила, что стал увеличиваться живот. Объективно: состояние средней степени тяжести. Отмечается бледность кожных покровов. Пульс 86 уд./мин, АД - 120/70 мм рт.ст. Язык влажный. Живот увеличен в размерах, при пальпации тугоэластической консистенции, определяется симптом флюктуации. Из-за наличия жидкости пальпировать печень и селезенку не удастся. Ректально кал обычного цвета.

Вопросы: Ваш диагноз? Тактика?

Ответы: Диагноз: цирроз печени в стадии декомпенсации. Синдром портальной гипертензии. Тупая травма живота. Больную требуется госпитализировать в хирургическое отделение для исключения повреждения внутренних органов.

Задача 145.

Больной 35 лет обратился в поликлинику с жалобами на боли в эпигастрии, тошноту, рвоту. Сутки тому назад получил удар в живот. Сегодня боли усилились, распространились в правую половину живота. Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. Пульс 86 уд./мин, АД - 120/70 мм рт.ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот болезненный, умеренно напряжен в эпигастрии и правой половине. Симптомы раздражения брюшины отрицательные.

Вопросы: Диагноз и Ваши действия?

Ответы: Диагноз: посттравматический панкреатит. Действия: направить пациента в хирургическое отделение. В стационаре необходимо провести анализ крови, мочи; амилазы крови и мочи; сахара и билирубина крови. Выполнить УЗИ брюшной полости, осуществлять наблюдение за больным.

Задача 146.

В консультативную поликлинику городской больницы обратилась больная с жалобами на гиперемию кожи по внутренней поверхности правой голени и бедра. Больна десять дней. При осмотре определяется гиперемия кожи с локальным повышением температуры кожи в зоне гиперемии, где при пальпации в проекции большой подкожной вены на голени и в нижней трети бедра имеется болезненность, пальпируется плотный тяж.

Вопросы: Диагноз? Тактика хирурга?

Ответы: Диагноз: острый тромбофлебит БПВ правой нижней конечности. Показано дообследование: УЗДГ, дуплексное сканирование. Лечение: консервативная терапия (физиолечение, компрессионная терапия, местно-мазевые аппликации с индометацином, гепарином, бутадионом; дезагреганты - трентал, курантил, детралекс, троксевазин; противовоспалительные препараты- реоперин, бутадион, ибупрофен, ортофен; десенсибилизирующие - тавегил, супрастин, димедрол), динамическое наблюдение, в условиях хирургического стационара. При распространении тромбофлебита до средней трети бедра перевязка БПВ по Троянову- Тренделенбургу.

Задача 147.

У больной диагностирован первичный варикоз в бассейне БПВ, осложненный трофическими расстройствами в виде пигментации кожи и индурации подкожной клетчатки в нижней трети голени над медиальной лодыжкой. Больная отмечает появление в области трофических расстройств мокнущей язвы.

Вопросы: Ваш диагноз? Тактика хирурга?

Ответы: Диагноз: варикозное расширение БПВ правой нижней конечности, осложненное трофической язвой голени, в стадии гидратации. ХВН III степени. Показано дообследование: УЗДГ (если не выполнялось). Лечение: полупостельный режим 2-3 недели, перевязки у хирурга в условиях поликлиники. В фазу гидратации – повязки с полиуретановой губкой, гипертонические растворы, мазевые аппликации антибиотикосодержащими мазями, компрессионная терапия, прием детралекса. В фазу репарации и эпителизации использование цинк-желатиновых повязок, альбуминсодержащих мазей. Осмотр сосудистого хирурга на предмет удаления варикозных вен.

Задача 148.

У больной - варикозная болезнь, варикозное расширение большой подкожной вены по магистральному типу. В нижней трети голени после незначительной травмы кровотечение из варикса.

Вопросы: Ваш диагноз? Тактика хирурга?

Ответы: Диагноз: варикозная болезнь, варикозное расширение БПВ правой н/к, осложненное продолжающимся кровотечением. Лечение: прошивание кровоточащего варикса на шарике по Клапу – остановка кровотечения. Флебэктомия в плановом порядке. Задача 149.

У больной варикозная болезнь, варикозное расширение в бассейне БПВ. Отмечает появление в течение последних семи дней боли в проекции варикозно трансформированной вены, гиперемии кожи над ней до 2/3 бедра.

Вопросы: Диагноз? Тактика хирурга?

Ответы: Диагноз: варикозная болезнь. Варикозное расширение БПВ правой н/к, осложненное острым восходящим тромбофлебитом до верхней трети бедра. Лечение: экстренная операция – кроссэктомия.

Задача 150.

У больной по ходу БПВ на внутренней поверхности правой голени и бедра до его с/3 гиперемия кожи, вена пальпируется в виде плотного болезненного тяжа. Боли появились в течение двух последних суток, до этого много лет отмечала безболезненные варикозные узлы на голени.

Вопросы: Диагноз? Тактика хирурга?

Ответы: Диагноз: варикозная болезнь. Варикозное расширение БПВ правой н/к, осложненное острым восходящим тромбофлебитом до средней трети бедра. Дообследование: провести УЗДГ (если есть возможность) для уточнения верхней границы тромба в БПВ. Лечение: при угрозе перехода продолженного тромба на бедренную вену через устье БПВ – экстренная операция – кроссэктомия. Учитывая малые сроки заболевания возможна венэктомия.

Задача 151.

Каким образом и с какой целью у больных с наличием варикозно расширенных подкожных вен проводят исследование проходимости глубоких вен нижних конечностей?

Ответы: Исследование проходимости глубоких вен проводят функциональными пробами (Пратта 1, маршевой Дельбе-Пертеса) и УЗДГ, для исключения вторичного характера расширения вен (как при ПТФС, врожденных флебоангиодисплазиях). В случае вторичного варикоза – флебэктомия может быть противопоказана (окклюзионная форма ПТФС).

Задача 152.

Больная 2 года назад перенесла острый тромбоз глубоких вен правой голени. В настоящее время беспокоят постоянные отеки правой нижней конечности, трофические расстройства над медиальной лодыжкой в виде липодерматосклероза (пигментация кожи, индурация подкожной клетчатки).

Вопросы: Диагноз? Тактика хирурга?

Ответы: Диагноз: ПТФС, варикозно-трофическая форма. ХВН II степени. Лечение: показана консервативная терапия – компрессионная терапия эластическими бинтами, прием детралекса. Рациональный режим труда и отдыха.

Задача 153.

У больного, после ранее перенесенного острого тромбоза глубоких вен правой нижней конечности образовалась трофическая язва в нижней трети голени. Проводились перевязки - язва очистилась, гнойного отделяемого нет.

Вопросы: Диагноз? Тактика хирурга?

Ответы: Диагноз: ПТФС, варикозно-трофическая форма. ХВН II степени. Трофическая язва правой голени, в стадии дегидратации. Лечение: показаны перевязки с куриозином и консервативная терапия – компрессионная терапия эластическими бинтами, прием детралекса. Рациональный режим труда и отдыха.

Задача 154.

В поликлинику обратился больной с жалобами на отёк, синюшность кожных покровов, распирающие боли в правой голени. Болен сутки, появление вышеописанных жалоб ни с

чем не связывает, травм не было. Объективно: общее состояние удовлетворительное, пульс 88 уд./мин АД - 120/80 мм рт.ст. Голень и стопа справа отечны, движения в суставах и кожная чувствительность сохранены, пульс на сосудах стопы определяется, сдавление мышц голени в средней трети болезненно.

Вопросы: Диагноз? Тактика хирурга?

Ответы: Диагноз: острый тромбоз глубоких вен правой голени. Дообследование: ультразвуковое дуплексное сканирование, по показаниям флебография. Лечение: госпитализация в хирургическое отделение, консервативная терапия – постельный режим до ликвидации отека и боли, прямые антикоагулянты (НФГ – нефракционированный гепарин, лучше НМГ – низкомолекулярный гепарин), возвышенное положение нижней конечности, её эластическое бинтование, дезагреганты.

Задача 155.

Больную в течение недели беспокоят боли в правой нижней конечности, ее отек и цианоз кожных покровов. Обратилась в поликлинику. Объективно: состояние отягощено умеренными болями в ноге, пульс 84 уд./мин, цианоза лица и одышки нет, бедро и голень по окружности больше здоровой конечности на 6 и 5 см. Движения в суставах и чувствительность сохранены.

Вопросы: Диагноз? Тактика хирурга при невозможности проведения параклинического обследования?

Ответы: Диагноз: острый илеофemorальный флеботромбоз правой н/к. Лечение: госпитализация в хирургическое отделение, при невозможности исключения флотирующего тромба с помощью ультразвукового дуплексного сканирования или флебографии постельный режим 7 дней, консервативная терапия – прямые антикоагулянты (НФГ – нефракционированный гепарин, лучше НМГ – низкомолекулярный гепарин), фибринолитики, активаторы фибринолиза, возвышенное положение нижней конечности, её эластическое бинтование, дезагреганты.

Задача 156.

У больной 45 лет на 6-й день после резекции желудка по поводу опухоли появились боли в правой голени, ее отек. Кожные покровы конечности синюшны. Определяется болезненность в икроножных мышцах при тыльном сгибании стопы.

Вопросы: Диагноз? Тактика хирурга?

Ответы: Диагноз: острый тромбоз глубоких вен голени. Лечение: консервативная терапия – прямые антикоагулянты, возвышенное положение нижней конечности, её эластическое бинтование, дезагреганты.

Задача 157.

У больного, 12 месяцев назад перенесшего острый тромбоз глубоких вен правой нижней конечности, сохраняются жалобы на отек нижней конечности, тупые боли в ней. При осмотре определяется рисунок варикозотрансформированных подкожных вен, небольшой отек голени.

Вопросы: Диагноз? Тактика хирурга?

Ответы: Диагноз: ПТФС (ПТБ), отечно-варикозная форма, стадия начальной реканализации тромба. Лечение: консервативная терапия – эластическое бинтование нижней конечности, поливалентные флеботоники (детралекс). Дообследование у сосудистого хирурга для решения вопроса о необходимости и виде планового оперативного лечения.

Задача 158.

У 30-летней больной варикозная болезнь, варикозное расширение в бассейне БПВ правой нижней конечности (голень, бедро), стадия компенсации, магистральный тип. Болеет год, жалобы на косметические неудобства.

Вопросы: Тактика хирурга?

Ответы: Лечение хирургическое – венэктомия, либо компрессионная склеротерапия, после дообследования (УЗДГ глубоких вен нижней конечности – на предмет их проходимости).

Задача 159.

У больной год назад после беременности, разрешившейся родами, на правой нижней конечности появилась “капиллярная сеть”, единичные вариксы на голени. Отек конечностей не отмечает.

Вопросы: Диагноз? Тактика хирурга?

Ответы: Диагноз: ВБНК (варикозная болезнь нижних конечностей), варикозное расширение в бассейне БПВ, стадия компенсации. Лечение: компрессионная склеротерапия (после дообследования - УЗДГ).

Задача 160.

У больной 29 лет на 9-е сутки после кесарева сечения внезапно появилось удушье, боли за грудиной, кровохарканье. При осмотре определяется цианоз лица и верхней половины туловища, отек всей правой нижней конечности.

Вопросы: Диагноз? Тактика хирурга?

Ответы: Диагноз: острый тромбоз глубоких вен правой нижней конечности (ОИФФТ – острый илео-фemorальный флеботромбоз), тромбэмболия легочной артерии. Лечение: экстренная госпитализация в реанимационное отделение. Дообследование (ЭКГ, R-графия органов грудной клетки, ангиопульмонография, УЗДГ, РИКГ – ретроградная илеокаваграфия). Консервативная терапия - прямые антикоагулянты (НФГ – нефракционированный гепарин, лучше НМГ – низкомолекулярный гепарин), возвышенное положение нижней конечности, эластическое бинтование нижней конечности, дезагреганты. В случае флотирующего тромбоза – тромбэктомия или имплантация кава-фильтра.

Задача 161.

У больного 47 лет через 3 года после операции по поводу варикозной болезни развился рецидив. При проведении пробы Троянова-Тренделенбурга отмечено быстрое ретроградное заполнение варикозно расширенных вен. При ретроградной бедренной флебографии получено контрастирование устья БПВ и ее притоков.

Вопросы: Причины рецидива варикозной болезни? Тактика?

Ответы: Причина рецидива варикоза – наличие патологического ретроградного сброса крови из бедренной вены в поверхностные, вследствие оставленной во время операции длинной культи БПВ, что подтверждается данными пробы и флебографии – т.е. причина рецидива низкая перевязка ствола БПВ. Лечение оперативное – провести высокую перевязку БПВ с иссечением ее культи.

Задача 162.

На поликлинический прием к хирургу обратилась больная 27 лет, у которой около 2 лет назад появились умеренно расширенные поверхностные вены на левой голени в стороне от основных венозных магистралей. Пробы Троянова-Тренделенбурга и Пратта отрицательные.

Вопросы: Какая стадия варикозной болезни и какое лечение показано?

Ответы: Отсутствие патологического сброса крови из глубоких вен в поверхностные указывает на стадию компенсации варикозной болезни. Больной показана компрессионная склеротерапия.

Задача 163.

У больной 60 лет по внутренней поверхности правой голени имеется гиперемия кожи, при пальпации по ходу БПВ в средней трети голени болезненность, пальпируется плотный тяж. Больна двое суток, на бедре без патологии. За три года до этого было подобное заболевание, разрешившееся после лечения индометациновой мазью.

Вопросы: Диагноз? Тактика хирурга?

Диагноз: острый тромбофлебит БПВ правой голени. Показано дообследование: УЗДГ. При локализации процесса на голени возможно амбулаторное лечение. Консервативная

терапия: физиолечение, компрессионная терапия, местномазевые аппликации, дезагреганты, детралекс, противовоспалительные препараты - ортофен, ибупрофен, местно мазь с гепарином, бутадионом.

Задача 164.

Больной 34 лет обратился в поликлинику с жалобами на распирающие боли и отек правой верхней конечности. Появление жалоб связывает с тяжелой физической нагрузкой. Объективно: гиперстеник с хорошо развитой мускулатурой плечевого пояса. Определяется отечность лица, шеи, верхней половины туловища и руки справа, цианоз лица, шеи, кожных покровов правой верхней конечности, усиление венозного рисунка.

Вопросы: Диагноз? Лечение?

Ответы: У больного клинические признаки острой стадии болезни Педжета – Шреттера. Показана госпитализация в хирургическое отделение и консервативная терапия: эластическое бинтование верхней конечности, косыночная повязка, антикоагулянты, дезагреганты, противовоспалительная терапия.

Задача 165.

Больная 26 лет обратилась к хирургу поликлиники с жалобами на отеки правой нижней конечности. Из анамнеза выяснено, что подобные жалобы беспокоят несколько лет. Первые месяцы от момента появления отек был преходящий, проявлялся к вечеру. За медицинской помощью не обращалась, отек самостоятельно проходил. Последние 4 месяца отек стопы стал постоянный. При осмотре определяется отек тыльной поверхности стопы («подушкообразный»), на пальцах стопы признаки грибкового поражения.

Вопросы: Ваш диагноз? Дифференциальный диагноз? Лечение в начальной стадии заболевания?

Ответы: У больной клинические признаки лимфедемы правой нижней конечности. В плане дифференциальной диагностики необходимо исключить ХВН (данные анамнеза, УЗДГ, дуплексного ангиосканирования, лимфосцинтиграфии), суставную патологию, заболевания сердца, почек. В ранней стадии заболевания рекомендовано возвышенное положение нижнего конца кровати, эластическое бинтование днем, массаж ног от периферии к центру, физиотерапевтическое и бальнеологическое лечение, дезагреганты. Соблюдение гигиены ног, лечение грибковых заболеваний.

Задача 166.

Больной 24 лет, последние 5 лет отмечает боли в левой стопе и голени при ходьбе, может пройти без остановки лишь 50-60 м. Объективно: кожные покровы левой стопы и голени до средней трети бледные, на ощупь холоднее симметричных участков правой нижней конечности. Активные движения в суставах в полном объеме, гипестезия на стопе. Пульсация бедренной и подколенной артерии - четкая, на артериях стопы не определяется. Отмечается ослабление пульсации на правой стопе.

Вопросы: Ваш диагноз? Дополнительные исследования для уточнения диагноза? Какое лечение показано больному?

Ответы: У больного клиническая картина облитерирующего эндартериита, хр. ишемия II Б. Для уточнения диагноза, определения протяженности поражения показана ангиография. При выявлении проходимости одной из магистральных артерий голени оптимальным методом является бедренно-берцовое шунтирование аутовеной (большой подкожной вены бедра). При непроходимости артерий голени показано консервативное лечение (антиагреганты, спазмолитики, токи Бернара, баротерапия и др.).

Задача 167.

Больного 62 лет в течение 10 лет беспокоит боль в левой ноге, в летнее время может пройти без остановки 50 м. Объективно: общее состояние больного удовлетворительное. Кожные покровы левой стопы и голени бледные, прохладные на ощупь, активные движения в полном объеме. Пульсация бедренной артерии под паховой складкой отчетливая, на подколенной и артериях стопы не определяется. При ангиографии получено изображение бедренной артерии до уровня средней трети бедра. Контур ее

неровные, извитые. Подколенная артерия заполняется через хорошо выраженные коллатерали.

Вопросы: Ваш диагноз? Какое лечение показано больному?

Ответы: У больного клинико-ангиографическая картина атеросклеротической окклюзии левой бедренной артерии. Оптимальным методом лечения могут явиться бедренно-подколенное шунтирование или ультразвуковая интимэктомия из бедренной артерии. Задача 168.

Больной 42 лет, последние 6 лет отмечает боли в обеих нижних конечностях при ходьбе. В последнее время боли в мышцах голени и бедра стали появляться при прохождении каждые 150-200 м, отметил снижение половой потенции. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы обеих нижних конечностей бледные, прохладные на ощупь, активные движения в полном объеме. Пульсация артерий не определяется на всем протяжении обеих нижних конечностей. При ангиографии получено изображение брюшной аорты. Контуры ее ровные, подвздошные артерии не контрастируются с обеих сторон. Бедренные артерии заполняются через хорошо выраженные коллатерали.

Вопросы: Ваш диагноз? Какова лечебная тактика?

Ответы: У больного клинико-ангиографическая картина синдрома Лериша. Снижение половой потенции обусловлено окклюзией внутренних подвздошных артерий. Оптимальным методом лечения является бифуркационное аортобедренное шунтирование аллопротезом.

Задача 169.

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

Вопросы: Каков предварительный диагноз заболевания? Чем обусловлены боли в животе и гипертония? Дополнительные исследования? Каков оптимальный метод лечения?

Ответы: У больного клиническая картина атеросклероза аорты, синдрома Лериша, стеноза устьев висцеральных ветвей аорты. Боли в животе, вероятнее всего, обусловлены стенозом чревной и верхней брыжеечной артерий, гипертония - стенозом почечных артерий. Для уточнения диагноза необходима двухпроекционная аортография. Оптимальным методом лечения является бифуркационное аорто-бедренное шунтирование с одновременной интимэктомией из пораженных ветвей аорты.

Задача 170.

Больного 54 лет в течение 5 лет беспокоят боли в левой стопе и голени при ходьбе, в последнее время может пройти без остановки 40-50 м. Объективно: общее состояние больного удовлетворительное. Пульс 72 уд./мин, ритмичный, АД - 150/90 мм рт.ст. Кожные покровы левой стопы и голени бледные, прохладные на ощупь. Активные движения в полном объеме, пульсация артерий не определяется на всем протяжении конечности. Пульсация правой бедренной, подколенной артерий и артерии стопы ослаблена. При ангиографии получено изображение брюшной аорты и правых подвздошных и бедренных артерий. Левые подвздошные артерии не контрастируются. Левая бедренная артерия заполняется через выраженные коллатерали.

Вопросы: Ваш диагноз? Лечебная тактика?

Ответы: У больного атеросклеротическая окклюзия левой подвздошной артерии. Оптимальным методом лечения является аорто-бедренное шунтирование аллопротезом.

Задача 171.

В консультативную поликлинику обратился больной 45 лет. В течение 7 лет отмечает боли в левой нижней конечности при ходьбе. В последнее время может пройти без остановки 60-70 м. Объективно: кожные покровы левой стопы и голени бледные, прохладные на ощупь. Активные движения в полном объеме. Пульсация бедренной артерии под паховой складкой отчетливая, дистальнее - не определяется. Пациент был госпитализирован в хирургическое отделение для дообследования. При ангиографии получено изображение магистральных артерий до верхней трети бедра.

Вопросы: Ваш диагноз? Какой объем операции показан больному?

Ответы: У больного клинко-ангиографическая картина атеросклеротической окклюзии левой бедренной артерии. На основании представленных ангиографических данных решить вопрос об объеме оперативного вмешательства невозможно. Необходима информация о состоянии дистального отдела русла (артериография голени, ультразвуковая доплерография).

Задача 172.

В консультативную поликлинику обратился больной 60 лет с жалобами на утомляемость правой ноги после ходьбы на 1500 метров, отмечает онемение, парестезию. Указанные изменения появились месяц назад. Объективно: кожные покровы на правой ноге не изменены – телесного цвета, теплые на ощупь, трофических расстройств нет. Пульс на артериях стопы и в подколенной ямке ослаблен, на бедренной не изменен.

Вопросы: Ваш диагноз? План исследований? Лечебная тактика?

Ответы: Диагноз: облитерирующий атеросклероз бедренной артерии, хроническая ишемия I стадия. Необходимо провести функциональные пробы, ультразвуковую доплерографию, осциллографию и др. Направить на консультацию к сосудистому хирургу.

Задача 173.

Больной 28 лет обратился на прием в консультативную поликлинику с жалобами на боли в левой стопе, появляющиеся при ходьбе на расстояние до 200 метров. В период службы в армии отмечалось неоднократное охлаждение этой же стопы. Наряду с этим, отмечает онемение, парестезии. Объективно: кожные покровы пальцев и левой стопы бледноваты, на ощупь теплые, но менее, чем справа. Пульсация на артериях стопы резко ослаблена.

Вопросы: Ваш диагноз? Лечебная тактика?

Ответы: Диагноз: Облитерирующий эндартериит, хроническая ишемия II Б стадия. Направить на стационарное лечение.

Задача 174.

Больной 64 лет осмотрен на дому хирургом поликлиники. Жалобы на сильные боли в правой голени и стопе в покое. Боли беспокоят в течение 5 лет, неоднократно лечился в хирургических стационарах. Объективно: общее состояние средней степени тяжести. Кожные покровы стопы и голени бледные, на ощупь холодные. Выражена атрофия мышц голени. Пульсация на артериях всех уровней не определяется.

Вопросы: Ваш диагноз? Метод лечения?

Ответы: Диагноз: облитерирующий атеросклероз подвздошной артерии, ишемия III стадия. Лечение оперативное: протезирование общей подвздошной артерии.

Задача 175.

У больной 86 лет жалобы на интенсивные и постоянные боли в левой нижней конечности. Боли возникли внезапно, ранее подобных болей не было. Объективно: кожные покровы бледные, прохладные на ощупь. Активные движения в суставах левой нижней конечности невозможны, пассивные в полном объеме, чувствительность на конечности снижена, отека нет.

Вопросы: Ваш диагноз? Лечебная тактика?

Ответы: Диагноз: эмболия левой бедренной артерии, ишемия II Б. Лечение: необходима экстренная операция – непрямая эмболектomia из левой бедренной артерии.

Задача 176.

У больного 75 лет около 2 часов назад появились резкие боли в правой нижней конечности – по ощущениям напоминающие “удар электрического тока”. Из анамнеза – страдает ИБС, мерцательной аритмией. Объективно: кожа правой нижней конечности бледная, прохладная на ощупь, пульсация определяется только на бедренной артерии под пауперной связкой, активные движения в суставах и чувствительность не нарушены.

Вопросы: Ваш диагноз? Лечебная тактика?

Ответы: Диагноз: острая артериальная непроходимость. Эмболия бедренной артерии правой нижней конечности. Острая ишемия I Б. Лечение: экстренная операция – эмболектomia из правой бедренной артерии.

Задача 177.

У больной 43 лет, страдающей митральным пороком сердца, около 6 часов назад появились резкие боли в левой нижней конечности. Объективно: кожа левой нижней конечности бледная, прохладная на ощупь, пульсация определяется только на бедренной артерии под пауперной связкой, активные движения в суставах невозможны, пассивные в полном объеме, отека голени нет.

Вопросы: Ваш диагноз? Лечебная тактика?

Ответы: Диагноз: острая артериальная непроходимость. Эмболия бедренной артерии левой нижней конечности. Острая ишемия II А. Лечение: экстренная операция – эмболектomia из левой бедренной артерии.

Задача 178.

У больного 79 лет около суток назад появились боли в правой нижней конечности, которые постепенно нарастали и стали интенсивными. Из анамнеза – страдает облитерирующим атеросклерозом магистральных артерий нижних конечностей, по поводу которого неоднократно проходил лечение в условиях хирургического стационара. От планового оперативного лечения отказывался. Отмечал, что в течение последних 3 лет не мог пройти без боли в ноге более 200 метров. Объективно: кожа правой нижней конечности бледная, прохладная на ощупь, пульсация определяется только на бедренной артерии под пауперной связкой, активные движения в суставах и чувствительность не нарушены.

Вопросы: Ваш диагноз? Лечебная тактика?

Ответы: Диагноз: острая артериальная непроходимость. Острый тромбоз бедренной артерии правой нижней конечности. Острая ишемия I Б. Лечение: возможна консервативная терапия (антикоагулянтная, дезагрегантная, тромболитическая терапия) в течении одних суток, при условии отсутствия нарастания ишемии и эффекта от проводимой терапии. Если эффекта нет или ишемия усилилась – экстренная операция.

Задача 179.

У больной 56 лет жалобы на боли в левой нижней конечности, интенсивного характера, побледнение и чувство зябкости в нижней конечности. Объективно: кожа конечности бледная, прохладная на ощупь, пульс определяется на бедренной артерии сразу под пауперной связкой, дистальнее отсутствует. Активные движения в суставах ограничены в коленном, отсутствуют в голеностопном. Отека голени нет.

Вопросы: Ваш диагноз? Лечебная тактика?

Ответы: Диагноз: острый тромбоз левой бедренной артерии, ишемия II А. Возможна консервативная терапия (антикоагулянтная, дезагрегантная, тромболитическая терапия) в течении одних суток, при условии отсутствия нарастания ишемии и эффекта от проводимой терапии. Если эффекта нет или ишемия усилилась – экстренная операция.

Задача 180.

У больного 43 лет клинико-инструментальная картина приобретенного порока сердца – митрального стеноза, V стадии, медикаментозное лечение неэффективно.

Вопросы: Есть ли показания к хирургическому лечению этого больного? Обоснуйте свой ответ.

Ответы: Диагноз: у больного с митральным стенозом – декомпенсация заболевания, V стадия заболевания, необратимая – развиваются дегенеративные изменения в паренхиматозных органах. Операция противопоказана.

Задача 181.

Больной 47 лет. Объективно: на бледном лице лиловый румянец, при аускультации – I тон хлопающий, определяется диастолический шум.

Вопросы: Ваш диагноз? Дополнительные методы исследования для уточнения диагноза? Лечебная тактика?

Ответы: Диагноз: митральный стеноз. Необходимо проведение зондирования полостей сердца, ангиокардиографии. В зависимости от результатов обследования необходимо определить показания к операции.

Задача 182.

Молодой человек предъявляет жалобы на одышку при физической нагрузке, сердцебиение. Объективно: I тон ослаблен, определяется акцент II над легочной артерией, систолический шум на верхушке сердца.

Вопросы: Ваш диагноз? Дополнительные методы исследования для уточнения диагноза? Лечебная тактика?

Ответы: Диагноз: недостаточность митрального клапана. Необходимо проведение ангиокардиографии для определения степени декомпенсации порока, ЭКГ, ФКГ, Р-графии легких. В зависимости от стадии порока определить показания к операции.

Задача 183.

Больной 24 лет предъявляет жалобы на головные боли, частые носовые кровотечения, снижение зрения. Объективно: диспропорция в развитии мышечной системы верхней и нижней половины туловища. АД – 190/100 мм рт.ст. Аускультативно – над всей поверхностью сердца – грубый систолический шум, над аортой - акцент II тона.

Вопросы: Ваш диагноз? Дополнительные методы исследования для уточнения диагноза? Лечебная тактика?

Ответы: Диагноз: коарктация аорты. Аортография по Сельдингеру, Р-графия легких. Показано оперативное лечение, оптимальный возраст для операции 6-7 лет.

Задача 184.

Больная 43 лет предъявляет жалобы на одышку, сердцебиение, головокружение, обмороки. Объективно: определяется выраженная пульсация сонных артерий, систолическое давление повышено, диастолическое резко снижено (АД 160/60 мм рт.ст). Выслушивается диастолический шум.

Вопросы: Ваш диагноз? Дополнительные методы исследования для уточнения диагноза? Лечебная тактика?

Ответы: Диагноз: недостаточность аортального клапана. Зондирование полостей сердца, ангиокардиография, ЭхоКГ. Показано оперативное лечение на основании данных дообследования..

Задача 185.

Больной 45 лет предъявляет жалобы на боли в области сердца, сердцебиение и перебои в сердце. В проекции аортального клапана выслушивается грубый систолический шум.

Ваш диагноз? Дополнительные методы исследования для уточнения диагноза? Лечебная тактика?

Ответы: Диагноз: аортальный стеноз. Зондирование полостей сердца, ангиокардиография, ЭхоКГ. Показано оперативное лечение, исходя из данных дообследования.

Задача 186.

Ребенок 8 лет предъявляет жалобы на одышку, сердцебиение. Часто страдает пневмониями, отстаёт в физическом развитии. Объективно: над областью сердца

выслушивается непрерывный систоло-диастолический шум, на R-грамме грудной клетки легочный рисунок усилен.

Вопросы: Ваш диагноз? Дополнительные методы исследования для уточнения диагноза? Лечебная тактика?

Ответы: Диагноз: открытый артериальный проток. Зондирование полостей сердца, селективная аортография. Лечение только оперативное (перевязка, прошивание аппаратом, применение баталлооклюдера).

Задача 187.

Ребенок беспокойный, быстро утомляется при физической нагрузке, отстает в росте, склонен к простуде, у него определяется одышка. При аускультации во II межреберье слева выслушивается систолический шум, акцент II тона над легочной артерией.

Вопросы: Ваш диагноз? Дополнительные методы исследования для уточнения диагноза? Лечебная тактика?

Ответы: Диагноз: ДМПП. Для уточнения диагноза необходимо – зондирование полостей сердца, ангиопульмонография. Тактика: лечение только хирургическое – ушивание дефекта с использованием синтетической заплаты.

Задача 188.

Во время кормления новорожденного ребенка мать обратила внимание на появление синюшности кожи его лица. В последующем сохранялась синюшность, которая усиливалась при плаче младенца. Объективно: укорочение I тона на верхушке сердца и ослабление II тона на легочной артерии, слева от грудины выслушивается систолический шум.

Вопросы: Ваш диагноз? Дополнительные методы исследования для уточнения диагноза? Лечебная тактика?

Ответы: Диагноз: тетрада Фалло. Для уточнения диагноза необходимо – зондирование полостей сердца, ангиопульмонография. Лечение только хирургическое. Операции радикальные и паллиативные.

Задача 189.

В поликлинику к терапевту обратилась женщина 22-х лет с жалобами на общую слабость, субфебрилитет. При обследовании выявлена асимметрия 76 пульса на руках, АД - 150/80 мм рт.ст. слева и 120/70 мм рт.ст. справа. СОЭ – 28 мм/час.

Вопросы: Ваш диагноз?

Ответы: Диагноз: Неспецифический аорто-артериит.

Задача 190.

У мужчины 25 лет с детства определяется систолический шум на основании сердца, АД - 150/100 мм рт.ст. На R-грамме органов грудной клетки – увеличение левого желудочка, зазубренные края V-VII ребер с обеих сторон, снижен пульс на нижних конечностях.

Вопросы: Ваш диагноз?

Ответы: Диагноз: Коарктация аорты.

Задача 191.

У больного жалобы на одышку и утомляемость при физической нагрузке. При обследовании определяется АД с большим пульсовым колебанием за счет диастолического давления, систолодиастолический шум во II-III межреберье слева от грудины.

Вопросы: Ваш диагноз?

Ответы: Диагноз: Открытый артериальный проток.

Задача 192.

При клиническом обследовании больного 15 лет установлено смещение верхушечного толчка влево, границы сердца смещены вверх и влево, сердечная талия сглажена. При аускультации на верхушке ослабление I тона, там же систолический шум. Акцент 2 тона над легочным стволом.

Вопросы: Ваш диагноз?

Ответы: Диагноз: Недостаточность митрального клапана.

Задача 193.

Больная 23 лет предъявляет жалобы на боли в области сердца, чувство сердцебиения и на перебои в сердце. При аускультации в проекции аортального клапана выслушивается грубый систолический шум.

Вопросы: Ваш диагноз? Дополнительные методы исследования для уточнения диагноза? Лечебная тактика?

Ответы: Диагноз: аортальный стеноз. Зондирование полостей сердца, ангиокардиография, ЭхоКГ. Показано оперативное лечение с учетом данных дообследования

Задача 194.

Больная 36 лет обнаружила опухолевидное образование на передней поверхности шеи. Оно появилось около 5 лет назад, постепенно, медленно увеличивалось. Больная в это время проживала на Урале. Других жалоб не предъявляет. Объективно: больная хорошего питания, пульс 78 уд./мин, тоны сердца чистые, ритмичные. В левой доле щитовидной железы определяется на глаз и при пальпации образование с гладкой поверхностью, овальной формы, плотноватой консистенции, размером 2х3 см, безболезненное, подвижное при глотании. Глазные симптомы не выражены. Основной обмен + 10%.

Вопросы: Ваш диагноз? Дополнительные методы исследования для уточнения диагноза? Лечебная тактика?

Ответы: Диагноз: у больной имеет место эндемический узловой зоб 2-3 степени без явлений тиреотоксикоза. Для уточнения диагноза следует использовать данные радиоизотопного исследования, УЗИ, определение уровня гормонов щитовидной железы в крови. Больная подлежит оперативному лечению - резекции левой доли щитовидной железы.

Задача 195.

Пятнадцать лет назад у больной 51 года был диагностирован узловой эутиреоидный зоб размером 3х3 см. Все годы это образование не причиняло ей никакого беспокойства, за последние 3 месяца оно стало быстро увеличиваться. Больная отмечает ухудшение самочувствия, слабость, быструю утомляемость. Объективно: при пальпации поверхность узла неровная, консистенция плотная. Узел ограничен в подвижности. Лимфатические узлы по ходу левой кивательной мышцы увеличены и плотные.

Вопросы: Ваш диагноз? Дополнительные методы исследования для уточнения диагноза? Лечебная тактика?

Ответы: Диагноз: имеются все основания заподозрить малигнизацию зоба. Подтвердить диагноз рака щитовидной железы помогут данные сканирования, УЗИ, пункционная биопсия и маркеры опухоли в крови. Больной показана операция струмэктомии с удалением регионарных лимфатических узлов. В последующем провести курс лучевой терапии, а также необходимо лечить послеоперационный гипотиреоз.

Задача 196.

Больная 42 лет в течение 4 лет страдает тиреотоксическим диффузным зобом III степени. Основной обмен +50%. Больная раздражительна, плаксива. Отмечает потерю в массе (за полгода на 6 кг). Пульс 132 уд./мин.

Вопросы: В какое отделение больницы следует направить на госпитализацию больную? Какое консервативное лечение показано ей? Что является критерием готовности больной к операции? Какая операция показана больной?

Вопросы: Диагноз: у больной тяжелая форма тиреотоксического зоба. Ее следует госпитализировать в эндокринологическое отделение. Внутрь назначают микродозы йода, мерказолил, препараты брома и валерианы, внутривенно вводят 40% раствор глюкозы с инсулином, сердечные гликозиды. Критерием готовности к операции является улучшение самочувствия, хороший сон, нормализация пульса, снижение основного обмена. Больной показана субтотальная струмэктомия под интубационным наркозом.

Задача 197.

Больная 24 лет поступила с жалобами на раздражительность, потливость, слабость, сердцебиение. Больна 2 года. Щитовидная железа не увеличена. Основной обмен +30%. При физикальном обследовании больной никакой патологии не выявлено. При рентгенологическом исследовании в переднем средостении на уровне II ребра справа определяется образование округлой формы размером 5х5 см с четкими границами. Легочная ткань прозрачна.

Вопросы: Предварительный диагноз? Дополнительные методы исследования для уточнения диагноза? Лечебная тактика?

Ответы: Нужно думать о наличии аберрантного тиреотоксического зоба. Необходимо провести исследование функции щитовидной железы с радиоактивным йодом, исключить эхинококковую кисту средостения. Больная подлежит оперативному лечению.

Задача 198.

Больная 25 лет перенесла тяжелую фолликулярную ангину. Постепенно боли при глотании прошли, температура стала нормальной. Почувствовала себя здоровой. Через 2 дня вновь поднялась температура до 38,0 С и появились боли при глотании. Левая доля щитовидной железы увеличилась, стала плотной, резко болезненной. Кожа над ней гиперемирована. Появилась тахикардия, раздражительность, потливость. Лейкоцитов в крови $14,0 \times 10^9$ л, СОЭ 30 мм/ч. Основной обмен +25%.

Вопросы: Ваш диагноз? Лечение?

Ответы: Диагноз: у больной острый тиреоидит. Назначают антибиотики, сульфаниламидные препараты, микродоза йода, мерказолил. При нагноении - вскрыть и дренировать гнойник, перевязки.

Задача 199.

Больная, оперированная полгода назад по поводу тиреотоксического зоба, пришла на прием с жалобами на слабость, сонливость, упадок сил, прогрессирующее прибавление массы (30 кг). При осмотре пастозное, одутловатое лицо, сухая, грубая кожа. Щитовидная железа не увеличена. Основной обмен - 25%.

Вопросы: Ваш диагноз? Тактика лечения?

Ответы: Диагноз: у больной развилась микседема. Причиной ее возникновения является чрезмерно радикальное удаление ткани щитовидной железы. Лечение должно включать назначение препаратов щитовидной железы - тиреоидина, трийодтиронина гидрохлорида.

Задача 200.

У больной 44 лет обнаружено увеличение левой доли щитовидной железы. При сканировании в левой доле выявлен участок с резким снижением накопления радиоактивного йода.

Вопросы: Ваш диагноз? Дополнительные методы исследования для уточнения диагноза? Лечебная тактика?

Ответы: Данные сканирования указывают на наличие узла в левой доле щитовидной железы. Для уточнения диагноза следует провести УЗИ и пункционную биопсию. Больной показано оперативное лечение: резекция левой доли щитовидной железы.

Задача 201.

Больная 32 лет предъявляет жалобы на раздражительность, плаксивость, похудание на 20 кг. Больна в течение года. Заболевание связывает с психологической травмой. Объективно: пульс 120 уд./мин. Определяется увеличение передней поверхности шеи «толстая шея». Щитовидная железа диффузно увеличена, плотной консистенции. Положительные симптомы Мебиуса и Грефе.

Вопросы: Ваш диагноз? Лечение?

Ответы: Диагноз: у больной диффузный тиреотоксический зоб III степени. После интенсивной предоперационной подготовки в условиях эндокринологического отделения мерказолилом, тиреоидином, сердечными и седативными препаратами будет выполнена субтотальная струмэктомия.

Задача 202.

Больная 60 лет жалуется на раздражительность, непереносимость жары, похудание, сердцебиение, повышенную потливость. Объективно: отмечается нарушение ритма сердечных сокращений. Глазные симптомы отсутствуют. При пальпации в правой доле щитовидной железы определяется узел размером 3х4 см с четкими границами, не спаянный с окружающими тканями, смещающийся при глотании.

Вопросы: Ваш диагноз? Дополнительные методы исследования для уточнения диагноза? Лечебная тактика?

Ответы: Диагноз: у больной узловой зоб 2-3 степени с явлениями тиреотоксикоза. Для уточнения диагноза следует провести радиоизотопное и ультразвуковое исследование. Больная подлежит оперативному лечению: резекции правой доли щитовидной железы.

Задача 203.

У больной 55 лет диагностирован рак щитовидной железы. При осмотре щитовидная железа больших размеров (10х8 см). В правой доле с переходом на перешеек определяется узел 5х6 см, плотный, слегка болезненный. Региональные лимфоузлы по ходу кивательной мышцы справа увеличены до 2-3 см, плотные, безболезненные.

Вопросы: Как радикально лечить больную?

Ответы: Больной показана операция – струмэктомия с удалением региональных лимфатических узлов. В послеоперационном периоде – лучевая терапия.

Задача 204.

При выявлении узлов в щитовидной железе, от какого метода исследования вы откажетесь или проведете все перечисленное: сканирование щитовидной железы, рентгенологическое исследование грудной клетки и трахеи, определение гормонов щитовидной железы, определение антител щитовидной железы, УЗИ щитовидной железы, диагностическая пункция?

Ответы: Все методы исследования показаны.

Задача 205.

Больная 50 лет обратилась к хирургу поликлиники с жалобами на выделение крови из соска при надавливании на него. Месяц назад заметила на бюстгалтере в зоне прилегания соска бурые пятна. В анамнезе две беременности, которые закончились абортами. В настоящее время менопауза. Объективно: при осмотре молочная железа обычной формы, пальпаторно мягкая. При надавливании на нижне-внутренний квадрант ближе к соску появляются кровянистые выделения из соска.

Вопросы: Ваш диагноз? Методы обследования? Лечебная тактика?

Ответы: Диагноз: Необходимо думать о внутрипротоковой аденоме - болезни Минца. Методы обследования: УЗИ, цитология мазка, дуктография, МРТ. Тактика: консультация онколога, оперативное лечение.

Задача 206.

Женщина 32 лет обратилась к хирургу с жалобами на боли в молочных железах, их набухание перед месячными. Боли в молочных железах беспокоят около 5 лет. В последний год заметила появление выделений из соска зеленоватого цвета. После месячных боли в железах исчезают. Беременностей не было. Объективно: при осмотре определяется грубая дольчатость желез, их тяжистость. Подмышечные лимфоузлы плотные болезненные, спаянные между собой. Температура тела держится в течение недели до 38,0 С.

Вопросы: Ваш диагноз? Дополнительные методы исследования для уточнения диагноза? Лечебная тактика?

Задача 207.

Больная 20 лет обратилась к хирургу по поводу округлого образования в правой молочной железе, которое она сама прощупала два года назад, за медицинской помощью не обращалась. В детском возрасте болела туберкулезом легких, по поводу которого проходила лечение в противотуберкулезном диспансере. В настоящее время снята с учета. Объективно: у больной беременность 30 недель. При пальпации в правой молочной

железе определяется узел размером 2х2 см, плотный, подвижный, безболезненный. В положении лежа узел определяется менее четко (симптом Кенига отрицательный), выделений из соска нет, подмышечные лимфоузлы не увеличены.

Вопросы: Ваш диагноз? Методы обследования? Лечебная тактика?

Ответы: Диагноз: клинически больше данных за фиброзно-кистозную мастопатию молочных желез, подмышечный лимфаденит. Методы обследования: УЗИ, цитология мазка, дуктография, МРТ. Тактика: консервативное лечение мастопатии у мамолога, лечение лимфаденита у хирурга, при необходимости консультация онколога.

Задача 208.

Больная 30 лет обратилась к хирургу с жалобами на наличие в левой молочной железе плотного болезненного образования, которое в последние две недели стало быстро увеличиваться. Впервые больная обнаружила узел в этой железе 3 года назад, но к врачу не обращалась. В настоящее время у больной беременность 35 недель. Объективно: в верхнем квадранте левой молочной железы определяется опухоль 5х5 см плотная, слегка болезненная, без четких границ. Подмышечные лимфоузлы увеличены и болезненны.

Вопросы: Ваш диагноз? Методы обследования? Лечебная тактика?

Ответы: Диагноз: фиброаденома молочной железы. Беременность 30 недель. Методы обследования: УЗИ молочной железы, тонкоигольная биопсия, МРТ. Тактика: консультация онколога, секторальная резекция молочной железы в онкодиспансере.

Задача 209.

Женщина 28 лет жалуется на наличие опухолевидного образования в левой подмышечной области, которое перед месячными становится более плотным и слегка болезненным. Заметила его около 10 лет назад, но к врачу не обращалась. Объективно: образование округлой формы диаметром 4 см, мягкоэластической консистенции, дольчатое.

Вопросы: Ваш диагноз? Методы обследования? Лечебная тактика?

Ответы: Диагноз: подозрение на рак молочной железы. Беременность 35 недель. Методы обследования: УЗИ молочной железы, маммография, МРТ, тонкоигольная биопсия, рентгенография грудной клетки. Тактика: консультация онколога. При подтверждении диагноза лечение в онкодиспансере после родоразрешения. Предполагаются хирургическое лечение, химио- и лучевая терапия.

Задача 210.

Больная 35 лет жалуется на покраснение и утолщение соска. Заметила это 3 месяца назад. К врачу не обращалась. Лечилась мазями. Ввиду неэффективности лечения обратилась к хирургу. При осмотре сосок и часть ореолы покрыты мокнущими корочками, при сдвигании которых обнаруживается влажная, зернистая поверхность. Сосок утолщен и плотный на ощупь. Молочные железы мягкие, дольчатые. Лимфатические узлы не определяются.

Вопросы: Ваш диагноз? Методы обследования? Лечебная тактика?

Ответы: Диагноз: Добавочная молочная железа. Дообследование – УЗИ. Тактика: удаление добавочной молочной железы, т.к. возможна ее малигнизация.

Задача 211.

У женщины 30 лет через три недели после выписки из роддома появились болезненные ощущения в молочных железах, их нагрубание. После сцеживания молока в правой молочной железе осталось уплотнение, повысилась температура до 37,30 С. Больная на вторые сутки заболевания обратилась к хирургу. Объективно: молочные железы имеют дольчатое строение, а в правой железе в верхне-наружном квадранте определяется болезненное уплотнение размером 5х6 см. Кожа над ним не изменена. Местно температура повышена, флюктуации нет. Лимфатические узлы в правой подмышечной области увеличены, плотные и болезненные.

Вопросы: Ваш диагноз? Методы обследования? Лечебная тактика?

Ответы: Диагноз: рак соска молочной железы - болезнь Педжета. Методы обследования: цитология мазка, УЗИ молочной железы, рентгенография легких. Тактика: консультация онколога, лечение в онкологическом диспансере.

Задача 212.

Женщина 35 лет обратилась к хирургу по поводу появления уплотнения в левой молочной железе и покраснения кожи над ним. Три года назад были роды, лактации нет два года. Объективно: правая молочная железа не изменена. Левая молочная железа увеличена, плотная, гиперемирована, болезненна при пальпации. Хорошо прощупываются увеличенные, болезненные лимфатические узлы в левой подмышечной области. Температура тела повысилась до 37,20 С.

Вопросы: Ваш диагноз? Методы обследования? Лечебная тактика?

Ответы: Диагноз: инфильтративная форма мастита, регионарный лимфаденит. Обследование: УЗИ молочной железы, анализ крови, сахар крови. Тактика: консервативное лечение у хирурга поликлиники; антибиотики, ретроамарные блокады, сцеживание молока, физиолечение.

Задача 213.

К хирургу обратилась больная 23 лет с жалобами на боли в обеих молочных железах, повышение температуры до 40,0 С. Женщина 4 недели назад родила. Вчера появились колющие боли в левой молочной железе, железа увеличилась в объеме. Правая молочная железа так же увеличена в объеме, но безболезненна. Больную беспокоит головная боль, чувство разбитости, плохой аппетит. При осмотре левая молочная железа увеличена в объеме, гиперемирована, диффузно болезненна, плотновата. Локальных инфильтратов не определяется. Правая молочная железа так же увеличена, но безболезненна.

Вопросы: Ваш диагноз? Методы обследования? Лечебная тактика?

Ответы: Диагноз: серозный мастит. Диагностика и лечение у хирурга поликлиники. Тактика: сцеживание молока, антибиотики, физиолечение.

Задача 214.

Больная 49 лет обратилась к хирургу с жалобами на боли и уплотнение в правой молочной железе. Заболела около полугода назад. К врачу не обращалась из-за страха, что будет выявлена опухоль в железе. При осмотре молочная железа резко увеличена и деформирована. Кожа инфильтрирована и бугристая. Инфильтрация распространяется на грудную клетку. Сосок деформирован, втянут. Подмышечные лимфоузлы справа увеличены, плотные.

Вопросы: Ваш диагноз? Методы обследования? Лечебная тактика?

Ответы: Диагноз: панцирный рак. Методы диагностики: УЗИ, маммография, рентгенография легких, пункционная биопсия, МРТ. Тактика: консультация онколога, лечение в онкодиспансере.

Задача 215.

Больная 50 лет обратилась к хирургу с жалобами на наличие незаживающей язвы на соске в области правой молочной железы. Язва появилась 4 месяца назад. К врачу не обращалась, лечилась мазевыми повязками. Язва постепенно увеличивалась в размере. При осмотре в области соска видна язва размером 3х3 см, покрытая вялыми грануляциями. Края язвы подрытые. Отделяемое серозно-гнойное. Вокруг язвы выражен пояс венозной гиперемии кожи.

Вопросы: Ваш диагноз? Методы обследования? Лечебная тактика?

Ответы: Диагноз: необходимо думать о туберкулезе молочной железы. Методы обследования: цитология мазка на туберкулезные палочки, УЗИ. Тактика: консультация фтизиатра, лечение в тубдиспансере при подтверждении диагноза.

Задача 216.

Больная 50 лет случайно обнаружила у себя уплотнение в левой молочной железе. Обратилась к хирургу. При осмотре молочная железа не увеличена, кожные покровы обычной окраски. При пальпации в верхне-наружном квадранте железы определяется

опухоль с неровной поверхностью, бугристая, хрящевой плотности размером 2х3 см. Подмышечные лимфоузлы не увеличены.

Вопросы: Ваш диагноз? Методы обследования? Лечебная тактика?

Ответы: Рак молочной железы, T2 NX MX. Обследование: МРТ, УЗИ, маммография, пункционная биопсия, рентгенография легких. Консультация онколога, лечение в онкодиспансере, предполагается хирургическое лечение, химио- и лучевая терапия.

Задача 217.

Женщина 24 лет с детства отмечает наличие опухолевидного образования на коже передней грудной стенки, которое в последнее время увеличилось и стало мешать при ношении одежды. Объективно: по средне-ключичной линии на расстоянии 5 см от субмамарной складки на коже имеется опухолевидное образование 0,5 см в диаметре коричневого цвета с ободком у основания. Молочные железы нормально развиты. Подмышечные лимфоузлы не пальпируются.

Вопросы: Ваш диагноз? Методы обследования? Лечебная тактика?

Ответы: Диагноз: полиптелия. Методы диагностики - осмотр, пальпация. Лечение оперативное - пластическая операция.

Задача 218.

В поликлинику к хирургу обратилась кормящая, первородящая через месяц после родов, с жалобами на образование ранки в области соска. При осмотре врач обнаружил небольшую поверхностную трещину соска справа, выделения молока из соска. Обе молочные железы при пальпации без патологии.

Вопросы: Действия врача? Что является профилактикой образования трещин?

Ответы: Показано амбулаторное лечение трещины соска: до и после кормления санация дезраствором соска, после кормления маゼвые повязки с антибактериальными препаратами, УФО зоны сосков. Профилактика: за 2 месяца до родов массаж и обмывание ежедневно водой с обтиранием сосков грубым полотенцем, вытягивание втянутых сосков, гигиенический уход.

Задача 219. На консультацию к хирургу направлен больной 50 лет, жалующийся на появление опухолевидного образования в области левого соска. Впервые заметил это образование неделю назад в связи с появлением незначительных болевых ощущений при дотрагивании до соска. В прошлом ничем не болел. Объективно: пациент повышенного питания, при пальпации сразу ниже соска определяется гладкое, твердое, дисковидной формы образование 2х3 см, подвижное, к коже не фиксировано.

Вопросы: Ваш диагноз? Ваши действия?

Ответы: Диагноз: гинекомастия. При невозможности исключения рака или по косметическим показаниям выполняется субкутанная мастэктомия с сохранением соска и срочным гистологическим исследованием.

Заболевание 220.

Больная 21 года отмечает кашель с гнойной мокротой, частые подъемы температуры тела после малейшего охлаждения, нередко отеки под глазами. Больна несколько лет. Объективно: общее состояние удовлетворительное, бледная. Отмечается пастозность лица и голеней. При обследовании поставлен диагноз бронхоэктатической болезни с изолированным поражением мешотчатыми бронхоэктазами нижней доли правого легкого.

Вопросы: Какого осложнения Вы опасаетесь в данном случае? Какие исследования следует провести для решения вопроса о возможности нижнедолевой лобэктомии справа?

Ответы: Диагноз: клинически можно предположить развитие у больной амилоидоза. Необходимо повторить анализ мочи, проверить пробу Зимницкого, изучить шлаки крови. При отсутствии выраженных явлений амилоидоза операция возможна.

Задача 221.

Больной 52 лет обратился с жалобами на боли в груди, надсадный сухой кашель, одышку. Мокрота отделяется редко и с трудом, скудная. Иногда отмечаются прожилки крови в мокроте. Болен 2 месяца. За это время нарастают упадок сил и слабость. Температура

была повышенной только в первую неделю заболевания. Сейчас нормальная. Объективно: в легких везикулярное дыхание, несколько жестче справа. При рентгенологическом исследовании определяется интенсивная тень треугольной формы соответствующая нижней доле правого легкого.

Вопросы: О каком заболевании следует думать? Каков план дополнительных исследований?

Ответы: Диагноз: у больного, вероятно, центральная форма рака правого легкого. Выявление атипичных клеток в мокроте, видимая опухоль при бронхоскопии и злокачественный ее характер в биопсийном материале подтверждают диагноз. Бронхографические признаки рака легкого: «культя» или ампутация бронха.

Задача 222.

Больной 32 лет обратился к врачу в связи с упорным кашлем, одышкой, дисфагией. Два года назад уже была подобная клиническая картина. Она самостоятельно купировалась после упорного кашля с обильным отхождением слизистой мокроты с прожилками крови. Объективно: состояние больного удовлетворительное. В легких дыхание везикулярное. При рентгенографии обнаружено округлое образование в области трахеи, которое смещает главный бронх.

Вопросы: Ваш диагноз? Дополнительные исследования для его подтверждения?

Ответы: Диагноз: у больного бронхогенная киста. Необходимо выполнить бронхограмму.

Задача 223.

Больной 44 лет в течении года отмечает постоянный кашель с гнойной мокротой. Весной и осенью находился на стационарном лечении по поводу воспаления легких. Объективно: легкий цианоз, пальцы в виде барабанных палочек. При аускультации в правой нижней доле легкого влажные, незвучные хрипы крупно и среднепузырчатые с кашлем. В сутки выделяется до 0,5 литра гнойной мокроты.

Вопросы: Ваш диагноз? Дополнительные исследования для его подтверждения?

Ответы: Диагноз: бронхоэктатическая болезнь. Необходимо выполнить бронхограмму.

Задача 224.

Больная 60 лет жалуется на сухой кашель, боли в левой половине грудной клетки, подъем температуры до 38°C. Больна около 6 месяцев. Проводилось лечение в стационаре по поводу верхнедолевой пневмонии слева. Было улучшение, однако 1,5 месяца назад состояние ухудшилось, усилился кашель, появилась одышка, вновь отмечены подъемы температуры. В последние две недели появилась обильная гнойная мокрота.

Вопросы: Ваш диагноз? Дополнительные исследования для его подтверждения?

Ответы: Предварительный диагноз: абсцесс легкого? Эмпиема плевры? Рентгенография грудной клетки для подтверждения диагноза, плевральную пункцию.

Задача 225.

Больной 40 лет в алкогольном опьянении в течение 5 часов проспал на улице. Через два дня у него появились температура, боли в грудной клетке. В последующем повышение температуры до 39°C. Через 2 недели внезапно при кашле отошло 200 мл. гноя с неприятным запахом.

Вопросы: Ваш диагноз? Дополнительные исследования для его подтверждения?

Ответы: Диагноз: острый абсцесс легкого. Будет выполнена рентгенография легких.

Задача 226.

В поликлинику обратился больной 40 лет с жалобами на дисфагию, невозможность проглотить воду, т.к. появляются боли за грудиной и срыгивание. В течение последнего месяца лечится амбулаторно бужированием по поводу рубцового сужения пищевода после ожога щелочью. Последние три недели питался жидкой пищей – кашей, бульонами. Объективно: больной пониженного питания, пульс 72 уд./мин, температура 36,50 С, общее состояние ближе к удовлетворительному.

Вопросы: Ваш диагноз? Ваши действия? Прогноз?

Ответы: Диагноз: необходимо заподозрить обтурацию пищевой рубцово суженного пищевода. Нужна неотложная эзофагоскопия для извлечения пищевого комка. Затем консервативное лечение бужированием продолжить. Оно эффективно в 90-95%. Оперативное лечение только при полной обтурации пищевода, перфорации его стенки, формировании пищеводно-трахеальных свищей. Создание искусственного пищевода желательно через 2 года с момента ожога.

Задача 227.

К врачу поликлиники обратилась больная 25 лет с жалобами на появление боли за грудиной после приема пищи, боли проходят после ее срыгивания, или купируются приемом теплой воды. Больна около месяца, заболевание развилось после длительного эмоционального напряжения, связанного 88 со сдачей экзаменов. Общее состояние удовлетворительное, питания среднего.

Вопросы: Ваш диагноз? Ваши действия?

Ответы: Диагноз: ахалазия кардии (кардиоспазм). Необходимо исключить рак кардии. Обследование: рентгеноскопия пищевода, эзофагофиброскопия. Основным методом лечения начальных стадий заболевания являются диета, прием нитропрепаратов, ганглиоблокаторов, баллонная кардиодилатация.

Задача 228.

К терапевту в поликлинику обратилась женщина 55 лет с жалобами на изжогу, срыгивание желудочного содержимого при наклоне туловища вперед. Больна около трех лет, последний месяц отмечает появление срыгивания в ночное время. При объективном обследовании патологии нет.

Вопросы: Диагноз? Действия врача?

Ответы: Диагноз: необходимо думать о халазии (недостаточности) кардии, грыже пищеводного отверстия диафрагмы. Обследование: рентгенологическое исследование стоя, лежа (в положении Тренделенбурга), эзофагофиброгастродуоденоскопия, внутриводная РН-метрия. Консервативное лечение: диета, антисекреторные и обволакивающие препараты, прокинетики. При неэффективности - операция, чаще всего фундопликация по Ниссену. Возможно её видеолaparоскопическое исполнение.

Задача 229.

К участковому терапевту обратился больной 40 лет с жалобами на затруднения при проглатывании пищи, ощущение кома в горле, гнилостный запах изо рта, появление регургитации накануне съеденной пищи в небольшом количестве. Болен год. При осмотре во время отведения головы назад врач обнаружил на боковой поверхности шей слева выпячивание 3х3 см, мягкой консистенции, безболезненное, уменьшившееся при пальпации.

Вопросы: Диагноз? Действия врача?

Ответы: Диагноз: глоточно-пищеводный дивертикул (Ценкера). Подтвердит диагноз рентгенологическое исследование с водной взвесью бария сульфата. Лечение оперативное.

Задача 230.

В поликлинику обратился больной с жалобами на загрудинные боли во время еды при глотании (боли при прохождении пищи), периодически дисфагию. Болен месяц, не похудел. Объективно: общее состояние удовлетворительное. При объективном обследовании патологии не найдено.

Вопросы: Ваш диагноз? Ваши действия?

Ответы: Предварительный диагноз: рак пищевода. Необходимо провести рентгенологическое и эндоскопическое обследование (с биопсией), эндоскопическое с УЗИ стенки пищевода, КТ.

Задача 231.

При обследовании больного 75 лет с дисфагией обнаружен рак шейного отдела пищевода третьей стадии.

Вопросы: Какое лечение будет наиболее вероятным?

Ответы: Наиболее вероятной будет химио- и лучевая терапия. При развитии полной непроходимости пищевода наложение гастро или еюностомы, возможны эндоскопический стент, лазерная реканализация.

Задача 232.

У больного 40 лет диагностирован рак нижнегрудного и абдоминального отделов пищевода второй стадии. Метастазов не обнаружено.

Вопросы: Предполагаемый план операции?

Ответы: Под ЭТН торакоабдоминальный доступ слева, одномоментное удаление опухоли (резекция пищевода и кардии), пластика пищевода желудком, наложение в плевральной полости пищеводно-желудочного анастомоза.

Задача 233.

У больного 75 лет с раком средней трети пищевода появились жалобы на упорный кашель при приеме жидкости. Какое осложнение присоединилось к заболеванию? Как его диагностировать?

Ответы: Диагноз: образовался пищеводно-трахеальный свищ. Диагноз подтвердится при рентгенологическом обследовании пищевода с контрастным веществом.

Задача 234.

Через 6 месяцев после тораколапаротомии слева, резекции пищевода и кардиального отдела желудка по поводу опухоли у больного вновь появились симптомы дисфагии.

Вопросы: Ее причина? Действия врача?

Ответы: Причиной дисфагии может быть либо рецидив опухоли, либо рубцовый стеноз пищеводно-желудочного соустья. Необходима эзофагоскопия с биопсией.

Задача 235.

У больного 45 лет диагностирован рак средней трети пищевода второй стадии. Метастазов не обнаружено. Сопутствующих заболеваний нет.

Вопросы: Предполагаемое лечение?

Ответы: Предполагается комбинированное лечение - экстирпация пищевода с одномоментной его пластикой либо желудком, либо толстой кишкой в сочетании с химио- и лучевой терапией.

Задача 236.

К хирургу обратился больной 65 лет, который во время приема пищи случайно проглотил сломавшийся зубной протез. Жалобы на боли по ходу пищевода во время глотания, при попытке выпить воды после нескольких глотков появляются чувство давления за грудиной и срыгивание.

Вопросы: Действия хирурга?

Ответы: Необходимо выполнить обзорную рентгенограмму, эзофагоскопию. Попытаться удалить или протолкнуть в желудок инородное тело с помощью фиброгастроскопа. Из желудка возможно отхождение обломков протеза естественным путем. При неуспехе показаны эзофаготомия, гастротомия.

Задача 237.

Больной 44 лет жалуется на периодические кровотечения из прямой кишки в конце акта дефекации, которые наблюдаются в течение 7 лет. Состояние больного удовлетворительное. Кожные покровы бледноватые. При исследовании живота патологии не выявлено. При осмотре анальной области и пальцевом исследовании каких-либо образований не выявлено. При аноскопии выше гребешковой линии на 3, 7, 11 часах выявлены геморроидальные узлы, сливающиеся с гиперемированной и отечной слизистой над ними. Гемоглобин 108 г/л.

Вопросы: Ваш предварительный диагноз? Какие дополнительные исследования необходимы? В чем состоит лечебная тактика?

Ответы: Диагноз: внутренний геморрой, постгеморрагическая анемия. Для уточнения диагноза необходимо произвести ректороманоскопию (или колоноскопию), ирригоскопию. Назначают свечи, содержащие адреналин. Используют местные гемостатические препараты, состоящие из фибриногена и тромбина (адроксон и др.) При неуспехе - склерозирующие инъекции в кровоточащий узел или операция геморроидэктомия по Миллигану-Моргану.

Задача 238.

Больной 42 лет обратился с жалобами на резкие боли в заднем проходе, которые усиливаются при ходьбе и акте дефекации. Боли возникли 3 суток назад. Больной периодически отмечал небольшое кровотечение алой кровью из прямой кишки. Состояние пациента удовлетворительное. Пульс 92 уд./мин, ритмичный. Температура нормальная. Кожные покровы анальной области гиперемированы. По всей окружности анального отверстия выступают крупные геморроидальные узлы багровосинюшного цвета, резко болезненные.

Вопросы: Ваш диагноз? Дополнительные методы исследования? Тактика?

Ответы: Диагноз: острый тромбоз геморроидальных узлов. В остром периоде дополнительное исследование противопоказано. Лечение консервативное: пресакральные блокады, длительная гальванизация, возвышенное положение таза, теплые сидячие ванночки. Внутрь применяют венорутон или гливенол, детралекс. Для местной терапии свечи анузол, с календулой, свечи и мазь "Фергюссон формула 361". Через 3-4 месяца рекомендуется оперативное лечение - геморроидэктомия.

Задача 239.

Больной 45 лет обратился с жалобами на наличие геморроидальных узлов, зуд в области заднего прохода после акта дефекации. В течение 8 лет страдает периодическими кровотечениями из заднего прохода после акта дефекации. В последние годы стал отмечать выпадение геморроидальных узлов при небольшом натуживании, кашле, чихании, практически постоянно испытывает зуд.

Вопросы: Дополнительные исследования для постановки диагноза? Лечебная тактика?

Ответы: Осмотр ануса, пальцевое исследование, аноскопия, ректороманоскопия, ирригоскопия. У больного абсолютные показания к операции геморроидэктомии.

Задача 240.

У больного 66 лет, перенесшего три месяца назад острый инфаркт миокарда, появилось кровотечение из прямой кишки в конце акта дефекации. Несмотря на проводимую гемостатическую терапию, кровотечение продолжается в течение 7 дней. При аноскопии и ректороманоскопии обнаружены внутренние геморроидальные узлы, один из которых изъязвлен и кровоточит. Гемоглобин крови 76 г/л.

Вопросы: Какова тактика хирурга?

Ответы: Больного нужно оперировать под местной анестезией – остановить кровотечение путем перевязки геморроидального узла.

Задача 241.

У больного 39 лет, страдающего запорами, в течение последнего месяца стали появляться сильные боли после дефекации, кожный зуд в анальной области. При осмотре анальной области патологии не выявлено. При аноскопии и ректороскопии, произвести которые удалось после новокаиновой блокады, на задней стенке анального канала выявлена поверхностная рана 1,0х0,8 мм, покрытая пленкой фибрина.

Вопросы: Ваш диагноз? Какое лечение рекомендуете больному?

Ответы: Диагноз: острая трещина прямой кишки. Лечение – борьба с запорами диетой, очистительные клизмы, теплые сидячие ванночки, свечи. При отсутствии эффекта иссечение трещины с боковой сфинктеротомией.

Задача 242.

Больной 49 лет обратился в поликлинику с жалобами на боли в области заднего прохода, возникающие во время акта дефекации и продолжающиеся длительное время после его

завершения, выделения слизистого и гнойного характера из прямой кишки, периодически появляющуюся примесь крови в кале, чувство неполного опорожнения кишечника после дефекации. Указанные жалобы беспокоят в течение последних 4 месяцев.

Вопросы: Какое заболевание следует заподозрить? Какими исследованиями можно уточнить диагноз?

Ответы: Следует заподозрить рак прямой кишки. Обследование: аноскопия, ректороманоскопия, колоноскопия, ирригоскопия, биопсия.

Задача 243.

У больной 50 лет, предъявляющей жалобы на задержку стула, сменяющуюся поносами, примесь крови в кале. При ректороманоскопии обнаружена опухоль прямой кишки на расстоянии 12 см от анального отверстия, суживающая ее просвет. При гистологическом исследовании биопсийного материала обнаружена аденокарцинома.

Вопросы: Какими дополнительными исследованиями можно установить операбельность опухоли? Какова хирургическая тактика?

Ответы: Для установления операбельности опухоли следует провести КТ малого таза, УЗИ печени и лапароскопию. Выполняется передняя резекция прямой кишки с наложением сигморектоанастомоза.

Задача 244.

К вам на консультацию привели мальчика 15 лет. В течение длительного времени, практически с рождения страдает запорами, стула не бывает по 7-10 дней. Все время пользуется слабительными и клизмами. При осмотре мальчик отстаёт в физическом и умственном развитии. Язык влажный. Живот увеличен в размере. Брюшная стенка дряблая. При пальцевом исследовании прямой кишки патологии не выявлено.

Вопросы: Ваш диагноз? Тактика?

Ответы: Диагноз: болезнь Гиршпрунга. Госпитализация и обследование в проктологическом отделении. Лечение оперативное.

Задача 245.

Больного 70 лет в течение последних 3 месяцев беспокоят нарастающие запоры. В последние недели стула нет по 3-4 дня. Пользуется слабительными. Около недели назад было кровотечение из прямой кишки - выделилось около 200 мл неизмененной крови. При осмотре состояние удовлетворительное, живот несколько вздут, при пальпации мягкий, патологических образований не определяется. При перкуссии - высокий тимпанит. При пальцевом исследовании прямой кишки патологии нет.

Вопросы: Ваш предварительный диагноз? Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения диагноза? Предполагаемое лечение?

Ответы: У больного, скорее всего, опухоль левой половины толстой кишки. Больному следует провести ректороманоскопию или колоноскопию с биопсией; ирригоскопию, УЗИ печени. Лечение оперативное - резекция кишки.

Задача 246.

В поликлинику обратился больной 65 лет с жалобами на небольшие боли в правой половине живота, повышение температуры до 37,50 С. Из анамнеза установлено, что небольшие боли в животе уже около месяца. Два дня назад больной сам прощупал у себя в правой половине живота малоблезненное образование. В это же время отметил небольшое повышение температуры. Объективно: состояние удовлетворительное. Язык влажный, обложен. Живот не вздут, мягкий, при пальпации, в правой половине живота определяется плотное ограниченно подвижное образование размерами до 10 см в диаметре. Малоблезненное. Печень не увеличена. Лейкоцитоз 10х10⁹ л, гемоглобин 96 г/л.

Вопросы: Ваш предварительный диагноз? Дополнительные методы исследования? Лечение?

Ответы: Диагноз: у больного опухоль правой половины толстого кишечника. Больному необходимо провести колоноскопию с биопсией опухоли, ирригоскопию, УЗИ печени. Лечение оперативное - правосторонняя гемиколэктомия.

Задача 247.

В поликлинику обратился мужчина 60 лет. Жалобы на высокую температуру, ознобы, распирающие боли в глубине таза, дизурические явления. В течение последних двух дней у больного тенезмы с выделением слизи. Около года назад больному произведена аппендэктомия по поводу острого гангренозного аппендицита. Объективно: температура до 39,0 С. Лейкоцитоз 190х10⁹ л. При осмотре в правой подвздошной области рубец без признаков воспаления. Живот мягкий, безболезненный. При осмотре анального отверстия патологии нет. При пальцевом исследовании кончиком пальца достигается болезненный инфильтрат. В анальном канале в области задней крипты легкая инфильтрация слизистой. Вопросы: Ваш предварительный диагноз? Лечение?

Ответы: Диагноз: у больного абсцесс Дугласова кармана. Лечение - вскрытие абсцесса через прямую кишку.

Задача 248.

В поликлинику обратился больной 53 лет с жалобами на незначительные боли в области правой ягодицы в 5 см от заднего прохода, выделение гноя из свища. Заболел 1 месяц назад, когда в области ягодицы появилось уплотнение, которое увеличивалось в размере, повысилась температура до 38,0 С. Лечился самостоятельно теплыми сидячими ванночками. Через неделю гнойник вскрылся, температура стала нормальной. Несмотря на улучшение самочувствия и проводимое лечение свищ не закрывался.

Вопросы: Предположительный диагноз? Методы обследования? Лечение?

Ответы: Диагноз: у больного имеется хронический парапроктит, параректальный свищ. Необходимо провести пальцевое исследование прямой кишки, зондирование свища, ввести метиленовую синь в свищ, выполнить фистулографию. Лечение оперативное.

Задача 249.

Больному 60 лет для исключения патологии толстой кишки выполнялась колоноскопия. Во время исследования он почувствовал резкую боль в животе, от которой закричал.

Вопросы: О каком осложнении следует думать? Диагностика осложнения? Тактика?

Ответы: Наступила перфорация толстой кишки. Для уточнения диагноза следует сделать рентгеновский снимок на свободный газ под диафрагмой. При его отсутствии лапароскопию. При травме кишки лапаротомия, ушивание раны, деульсия ануса.

Задача 250.

Больной 45 лет в течение 10 лет страдает болями в области заднего прохода. В начале боли были очень сильными при каждом акте дефекации. К врачу не обращался. При осмотре в поликлинике пальцем обнаружена трещина по задней комиссуре длиной 2 см с плотными краями, слабо болезненная. На дне трещины вялые грануляции.

Вопросы: Ваш диагноз? Как подтвердить диагноз? Лечение?

Ответы: Диагноз: хроническая трещина прямой кишки. Необходима биопсия для исключения опухоли. Лечение – иссечение трещины, боковая сфинктеротомия.

Задача 251.

Больной 19 лет, занимающийся тяжелой атлетикой (штангой) стал замечать около 1 года назад появление из заднего прохода выпячивания прямой кишки. Оно постепенно увеличивалось. При натуживании прямой кишки она выпадает на протяжении 10 см.

Вопросы: Какой диагноз хирург поликлиники поставил больному? Какой метод лечения был рекомендован?

Ответы: Диагноз: у больного имеется выпадение прямой кишки второй стадии. Лечение оперативное – операция Кюммеля-Зеренина.

Задача 252.

Больной обратился в поликлинику к хирургу с жалобами на боли в указательном пальце правой кисти. Заболел около суток назад после случайного укола пальца швейной

иглой. Объективно: с ладонной стороны средней фаланги имеется пузырь, заполненный геморрагическим содержимым. Фаланга пальца слегка гиперемирована и болезненна.

Вопросы: Ваш диагноз? Какое обезболивание используете при операции? Техника операции?

Ответы: Диагноз: кожный панариций 2 пальца правой кисти. Тактика: без анестезии ножницами срезать пузырь, наложить мазевую повязку.

Задача 253.

Больная обратилась к хирургу с жалобами на боли в первом пальце левой кисти. Заболела 2 недели назад после посещения маникюрного кабинета. Лечилась самостоятельно горячими солевыми ванночками, водочными компрессами, повязками с мазью Вишневского. Боль стала меньше, но не прошла. Объективно: околоногтевой валик гиперемирован. Имеется выраженная припухлость и резкая болезненность его при пальпации пуговчатым зондом.

Вопросы: Ваш диагноз? Какое лечение показано больной?

Ответы: Диагноз: Паронихия 1 пальца левой кисти. Тактика: под проводниковой анестезией по Лукашевичу сделать краевую резекцию ногтевого валика, дренировать рану резиновым выпускником. Наложить повязку с левомеколем.

Задача 254.

Больной обратился к хирургу с жалобами на боли в области ногтевой пластинки 1 пальца левой кисти. Дома во время ремонта квартиры под ногтевую пластинку попала заноза, которую он сам удалил. После удаления занозы пациент чувствовал несколько дней небольшие боли в пальце, лечился повязками с мазью Вишневского. При осмотре хирург выявил отслоение ногтевой пластинки гноем до ногтевого валика. Палец отечен и болезненен.

Вопросы: Ваш диагноз? Какое лечение показано больному? Тактика?

Ответы: Диагноз: Подногтевой панариций 1 пальца левой кисти. Тактика: под проводниковой анестезией по Лукашевичу удалить ногтевую пластинку, рану обработать перекисью водорода, наложить мазевую повязку.

Задача 255.

Больная обратилась к хирургу по поводу распирающих болей во втором пальце правой кисти. Три дня назад наколола палец о кончик ножа. Наложила сухую повязку. Через два дня почувствовала сильные боли в пальце, которые на третьи сутки стали дергающими и больная ночь не спала. Объективно: дистальная и средняя фаланги отечные. Припухлость и краснота распространяются на тыл пальца и боковые поверхности. С ладонной стороны ткани пальца синюшные. Больная держит палец полусогнутым. При пальпации пуговчатым зондом максимальная болезненность определяется с ладонной стороны фаланги.

Вопросы: Ваш диагноз? Какое обезболивание вы используете? Техника операции?

Ответы: Диагноз: Подкожный панариций 2 пальца правой кисти. Тактика: под проводниковой анестезией по Лукашевичу сделать разрезы на ногтевой и средней фаланге по Клаппу, раны промыть перекисью водорода и дренировать резиновыми выпускниками. Наложить гипсовую лонгету. Проведение УВЧ-терапии на сухом пальце во время перевязок.

Задача 256.

Больной обратился к хирургу с жалобами на боли в области 3 пальца правой кисти. На работе наколол палец о тонкую проволоку. Рану пальца обработал настойкой йода и продолжил работу. Несмотря на сильные боли в пальце к врачу не обращался и в течение недели лечился самостоятельно мазевыми повязками, ванночками с гипертоническим раствором. Объективно: 3 палец резко отечен, гиперемирован. Мягкие ткани пальца напряжены. Ввиду сильных болей больной держит палец в вынужденном положении, оберегая руку от движения. При обследовании пуговчатым зондом определяется резкая

боль с тыльной и ладонной поверхности пальца. На рентгенограмме пальца костных изменений не определяется.

Вопросы: Ваш диагноз? Лечебная тактика?

Ответы: Диагноз: Необходимо заподозрить костный панариций 3 пальца правой кисти. В первые десять суток заболевания костные изменения на рентгенограмме могут отсутствовать. Тактика: под проводниковой анестезией по Лукашевичу сделать разрезы по Клаппу до кости. Рану промыть перекисью водорода, дренировать резиновыми выпускниками, наложить гипсовую лонгету. Провести блокаду по Биру с антибиотиками. Назначить рентгенотерапию, проводить антибиотикотерапию. Контрольный рентгеноснимок повторить через одну неделю. При наличии секвестров операция секвестерэктомия.

Задача 257.

Больной обратился к хирургу с жалобами на боли во 2 пальце правой кисти. Пять дней назад при работе на станке получил укол металлической стружкой в область 2 межфалангового сустава. Сам удалил стружку, рану обработал настойкой йода, наложил повязку. Боль в пальце стала постепенно нарастать, появился отек пальца. Температура повысилась до 37,50 С. Объективно: положение пальца вынужденное, палец полусогнут. В области сустава припухлость, которая придает пальцу веретенообразную форму. При ощупывании пальца, попытке активных и пассивных движений, а также при нагрузке по оси возникает резкая боль в суставе.

Вопросы: Ваш диагноз? Лечебная тактика?

Ответы: Диагноз: Суставной панариций межфалангового сустава 2 пальца правой кисти. Тактика: под проводниковой анестезией по Лукашевичу провести пункцию сустава, промыть его антибиотиками. При наличии гноя в суставе выполнить артротомию и дренировать сустав. Наложить гипсовую лонгету. Выполнить блокаду по Биру. Назначить антибиотики.

Задача 258.

Больная обратилась к хирургу с жалобами на сильные боли во 2 пальце левой кисти. Четыре дня назад наколола палец иголкой. Объективно: с ладонной стороны на основной фаланге по середине ее имеется след от укола иглы. Палец равномерно отечен. Отек распространяется на тыльную поверхность пальца. Палец фиксирован в положении легкого сгибания. При давлении зондом наибольшая болезненность определяется по ходу сухожильных влагалищ. Самая сильная боль возникает при разгибании пальца. В

Вопросы: Ваш диагноз? Лечебная тактика?

Ответы: Диагноз: сухожильный панариций 1 пальца правой кисти. Тактика: под проводниковой анестезией сделать пункцию сухожильного влагалища. При получении серозного экссудата провести промывание его новокаином с антибиотиками. Если получен гной, сухожильное влагалище вскрыть и дренировать резиновыми выпускниками. Наложить гипсовую лонгету. Выполнить блокаду по Биру. Назначить антибиотики.

Задача 259.

Больной во время работы поранил большой палец правой кисти стамеской. Сам обработал рану йодом и заклеил изоляционной лентой. В медпункте на следующий день рану промыли и заклеили лейкопластырем. Рекомендовали делать горячие ванночки. Так лечился в течение недели. Постепенно боль в пальце стала нарастать и приняла дергающий характер. Отек пальца увеличился, из раны стал выделяться гной. Больной обратился к хирургу. 95 Был выставлен диагноз суставного панариция. Произведено обкалывание пенициллином, наложена повязка с фурациллином. Улучшения не наступило. На 16 день рассечены мягкие ткани над суставом, выделился гной. Однако, флегмонозный процесс распространился на дистальную и проксимальную фаланги, межфаланговый сустав и сухожилия сгибателей. Больной был направлен в отделение гнойной хирургии.

Вопросы: Ваш диагноз? Лечебная тактика?

Ответы: Диагноз: пандактилит 1 пальца правой кисти. Тактика: госпитализация в отделение гнойной хирургии. Под наркозом широкие разрезы по Клаппу, вскрытие сухожильных влагалищ, суставов, дренирование ран. Блокада по Биру. Гипсовая лонгета. Антибиотикотерапия, 160 рентгенотерапия. При некупировании гнойного процесса - ампутация пальца. Исследование сахара крови.

Задача 260.

Больной обратился с жалобами на боли с ладонной стороны левой кисти. Боли появились неделю назад на месте бывших мозолей. При осмотре хирург выявил выраженный отек кисти. Пальцы кисти полусогнуты в межфаланговых суставах, разогнуты и разведены в пястно-фаланговых суставах. Кисть имеет форму «граблей». Подмышечные лимфоузлы увеличены и болезненны. Температура 37,50 С.

Вопросы: Ваш диагноз? Лечебная тактика?

Ответы: Диагноз: Ладонные мозольные абсцессы. Тактика: под местной анестезией по Браун - Усольцевой или внутривенным наркозом вскрыть и дренировать абсцессы. Провести блокаду по Биру. Наложить гипсовую лонгету. Назначить антибиотики.

Задача 261.

Больной жалуется на боли в левой кисти. На работе неделю назад уколол отверткой середину ладонной стороны кисти. Рану обработал настойкой йода. Боли в кисти стали постепенно нарастать, появился ее отек. Температура повысилась до 38,0 С. Появилась боль в подмышечной области, лимфоузлы увеличились. При осмотре хирург обнаружил сглаживание и набухание ладонной вогнутости, отек тыла кисти, 2, 3 и 4 пальцы полусогнуты. Движения их ограничены и болезненны. При ощупывании зондом наибольшая болезненность в области ладонной чаши.

Вопросы: Ваш диагноз? Тактика?

Ответы: Диагноз: флегмона срединного ладонного пространства, подмышечный лимфаденит. Тактика: под внутривенным наркозом вскрыть и дренировать флегмону. Наложить гипсовую лонгету. Выполнить блокаду по Биру. Назначить антибиотики.

Задача 262.

Больной обратился к хирургу с жалобами на боли в области 1 пальца левой кисти. Заболел 3 дня назад, когда случайно уколол гвоздем ладонную сторону кисти. Ранку обработал настойкой йода. На следующий день в области укола появилась краснота и боль дергающего характера. Больной делал марганцевые ванночки, накладывал повязки с мазью Вишневского. Боли нарастали, температура повысилась до 39,0 С. При осмотре в области возвышения большого пальца имеется шарообразная припухлость, гиперемия и напряжение тканей. Большой палец отведен, полусогнут в пястно-фаланговом суставе. Больной оберегает руку, стремясь сохранить неподвижность большого пальца.

Вопросы: Ваш диагноз? Лечебная тактика?

Ответы: Диагноз: Флегмона тенера. Тактика: под внутривенным наркозом вскрыть и дренировать флегмону. Наложить гипсовую лонгету. Выполнить блокаду по Биру. Назначить антибиотики.

Задача 263.

Больной обратился к хирургу с жалобами на боли в левой кисти. Неделю назад при разделке мяса случайно ножом нанес себе рану в области гипотенера. Обратился в травмпункт, где ему была наложена асептическая повязка. Боли появились в этой зоне три дня назад, повысилась температура до 38,0 С. 96 Объективно: имеется ограниченная краснота, припухлость и напряжение тканей вокруг бывшей раны. Отек распространяется на кисть. Движения в пальцах ограничены и болезненны. При пальпации пуговчатым зондом выявить зону наибольшей болезненности не удалось.

Вопросы: Ваш диагноз? Лечебная тактика?

Ответы: Диагноз: флегмона гипотенера. Тактика: под местной анестезией вскрыть флегмону, дренировать. Наложить гипсовую лонгету. Назначить антибиотики.

Задача 264.

Больная при ручной стирке белья поранила 1 палец правой кисти. На третий день появились сильные боли в пальце, выраженный отек пальца. Температура повысилась до 40,0 С. Обратилась к хирургу поликлиники. При обследовании зондом в области ладонной стороны пальца была выявлена наибольшая болезненность. Был выставлен диагноз подкожного панариция 1 пальца. Под проводниковой анестезией сделаны 4 разреза. Получено незначительное количество серозно-геморрагического отделяемого. Явного гноя не обнаружено. Рана промыта перекисью водорода и дренирована двумя сквозными резиновыми выпускниками. Наложена гипсовая лонгета. Назначены антибиотики. На следующий день состояние больной не улучшилось, ночь не спала, был потрясающий озноб. Отек 1 пальца стал больше. Движения в нем из-за боли невозможны. Палец полусогнут. Движения в нем резко ограничены и болезненны.

Вопросы: Ваш диагноз? Лечебная тактика?

Ответы: Диагноз: Сухожильный панариций 1 пальца правой кисти и лучевой. Тенобурсит. Тактика: госпитализировать в отделение гнойной хирургии. Под наркозом вскрыть сухожильное влагалище 1 пальца и лучевую синовиальную сумку на ладони, дренировать. Наложить гипсовую лонгету. Выполнить блокаду по Биру. Назначить антибиотики.

Задача 265.

Больной обратился к хирургу с жалобами на отек и боли в области тыла левой кисти. Заболел 3 дня назад. Заболевание связывает с травмой. При выходе из автобуса получил ссадину тыла кисти, на которую не обратил внимания. Объективно: тыл кисти резко отечен, пальпаторно значительная болезненность. Зона гиперемии захватывает всю тыльную поверхность. Движения пальцев кисти ограничены и болезненны. Температура 39,0 С.

Вопросы: Ваш диагноз? Лечебная тактика?

Ответы: Диагноз: флегмона тыла кисти. Тактика: под в/венным наркозом вскрыть и дренировать флегмону. Гипсовая лонгета. Назначить антибиотики.

Задача 266.

Больная обратилась с жалобами на зуд кожи в области 2 пальца правой кисти. Больная работает на рыбокомплексе и занимается обработкой рыбы. 3 дня назад получила ссадину пальца рыбьей костью. Ссадину обработала йодом и продолжала работу. К вечеру палец стал отекает. Ночь плохо спала из-за зуда пальца. Больная продолжала работать. При осмотре хирург выявил гиперемию пальца, его цианоз. Гиперемия распространяется на тыл кисти и носит фестончатый характер. Местная температура повышена.

Вопросы: Ваш диагноз? Лечебная тактика?

Ответы: Диагноз: эризипелоид 2 пальца правой кисти. Тактика: облучение кварцем, антибиотики.

Задача 267.

Больной 20 лет обратился к хирургу с жалобами на дергающие боли в области тыла правой кисти, субфебрильную температуру. Заболел 2 суток назад, когда появился легкий зуд и покалывание на тыле кисти. При осмотре определяется инфильтрат размером 3х3 см округлой конусообразной формы. Кожа над ним гиперемирована и болезненна при пальпации. На вершине инфильтрата образовалось небольшое скопление гноя.

Вопросы: Ваш диагноз? Стадия воспаления? Тактика?

Ответы: Диагноз: фурункул тыла кисти. Стадия инфильтрации. Лечение: антибиотики, физиолечение – УВЧ, кварц. Местно тепло, наблюдение.

Задача 268.

У больной 30 лет 4 дня назад на предплечье появился болезненный инфильтрат 4х4 см. Лечилась повязками с медовыми лепешками. Боли стали нарастать и ночь больная не спала. Обратилась к хирургу поликлиники. При осмотре предплечье отечное. Видна полоса розового цвета, идущая по предплечью в сторону локтевого сгиба. В центре

инфильтрата виден некротический фокус. Определяется размягчение его. Подмышечные лимфоузлы увеличены, болезненные. Температура тела 38,0 С.

Вопросы: Ваш диагноз? Лечебная тактика?

Ответы: Диагноз: фурункул предплечья, стадия абсцедирования, восходящий лимфангит, подмышечный лимфаденит. Лечение: вскрытие и дренирование абсцесса, антибиотики, физиолечение - УВЧ.

Задача 269.

Больной 50 лет обратился к хирургу с жалобами на зуд и покалывание в области верхней губы. Два дня назад появился плотный болезненный узелок, содержащий гной. Лечился сам, выдавливая гной. Самочувствие после этого резко ухудшилось. Возник резкий отек верхней губы и щеки. Из-за отека закрылся глаз, появилась головная боль. Температура повысилась до 38,0 С. При осмотре на фоне выраженного отека лица выявлено тромбирование угловой вены, которая стала прощупываться в виде плотного тяжа.

Вопросы: Ваш диагноз? О каком осложнении следует думать? Тактика?

Ответы: Диагноз: фурункул верхней губы, стадия инфильтрации. Подозрение на гнойный тромбофлебит угловой вены с распространением воспаления на вены черепа и основания головного мозга. Лечение: госпитализация больного в челюстно-лицевое отделение, внутриаартериальное введение антибиотиков, антикоагулянтов и фибринолитиков через катетеризованную сонную артерию. Местно повязка по Праведникову, УВЧ.

Задача 270.

Больная 45 лет обратилась к хирургу с жалобами на сильные боли в области шеи, невозможность из-за болей поворачивать голову, высокую температуру. Заболела одну неделю назад, когда на шее появился зуд кожи и мелкие гнойнички. Лечилась сама, накладывая повязки с ихтиоловой мазью. Боли нарастали. Из-за болей не спала две ночи. Температура повысилась до 40,0 С. При осмотре хирург увидел на задней поверхности шеи плотный инфильтрат размером 8х8 см с множеством некротических стержней. Кожа в зоне инфильтрата темно-синюшного цвета.

Вопросы: Ваш диагноз? Лечебная тактика?

Ответы: Диагноз: карбункул шеи. Стадия абсцедирования. Лечение: под общим наркозом широкое рассечение гнойника крестообразным разрезом с иссечением некротических тканей, дренирование гнойной полости с ферментами. Антибиотикотерапия, местно УВЧ.

Задача 271.

Больная 21 года обратилась к хирургу с жалобами на наличие болезненного уплотнения под левой подмышечной ямкой. Заболела неделю назад. Заболевание связывает с бритьем волос подмышечной области. На следующий день после бритья волос появилось пять болезненных уплотнений каждое диаметром около 5 мм. Лечилась повязками с мазью Вишневского, которые не дали улучшения. Вся подмышечную ямку заняли пять инфильтратов размером 3х4 см овальной формы, с четкой флюктуацией. Некротических стержней хирург не выявил. Температура тела 37,50 С.

Вопросы: Ваш диагноз? Лечебная тактика?

Ответы: Диагноз: гидраденит правой подмышечной ямки, стадия абсцедирования. Лечение: под местной анестезией 0,5% раствором новокаина вскрытие и дренирование абсцессов, антибиотикотерапия, УВЧ, контроль сахара крови. При рецидивировании заболевания рентгенотерапия.

Задача 272.

Больной 78 лет обратился к хирургу с жалобами на наличие уплотнения в левой подмышечной ямке. Заметил уплотнение полгода назад. Боли не ощущал. К врачу не обращался и не лечился. В возрасте 20 лет болел туберкулезом легких. Лечился в тубдиспансере, выздоровел и был снят с учета. В последний месяц заметил увеличение образования, что заставило его пойти к врачу. При осмотре хирург обнаружил в левой подмышечной ямке плотный, бугристый инфильтрат размером 6х9 см. Кожа над ним не

изменена. Пальпаторно болезненность незначительная. Размягчения нет. Лимфоузлы в правой подмышечной ямке и паховые не увеличены.

Вопросы: Ваш диагноз? Лечебная тактика?

Ответы: Диагноз: лимфосаркома подмышечной области? Тактика: направить на консультацию к онкологу.

Задача 273.

Больная 47 лет, тучная женщина, обратилась к хирургу с жалобами на боли в области правой ягодицы, высокую температуру. Больна две недели. Лечилась у невропатолога по поводу остеохондроза. Делали какие-то уколы и выполняли блокады. После последней блокады заметила незначительную боль в области выполняемых инъекций, появилась субфебрильная температура. Больная сама начала принимать антибиотики внутрь, на ягодицу накладывала полуспиртовые компрессы, затем компрессы с мазью Вишневского. Самочувствие не улучшалось, боли нарастали, температура повысилась до 38,30 С. При осмотре хирург выявил в верхне-наружном квадранте правой ягодицы инфильтрат размером 15х15 см, плотный, резко болезненный. Флюктуация не определялась.

Вопросы: Ваш диагноз? Лечебная тактика?

Ответы: Диагноз: Постинъекционный абсцесс ягодицы. Сахарный диабет? Больную направить в отделение гнойной хирургии, где под наркозом после пункции гнойника будет проведено его вскрытие и дренирование. перевязки с ферментами, антибиотики, УВЧ, контроль сахара крови.

Задача 274.

Больной 18 лет обратился к хирургу с жалобами на боли в области мочки левой ушной раковины. Боли появились три дня назад. Со слов больного около года назад он сам нащупал в области мочки уха уплотнение величиной с горошину, которое его не беспокоило и он к врачу не обращался. При осмотре мочка уха резко отечна. На задней её поверхности определяется мягкое, но резко болезненное уплотнение размером 2х2 см, флюктуирует. Просвечивания гноя нет.

Вопросы: Ваш диагноз? Лечебная тактика?

Ответы: Диагноз: Нагноившаяся атерома мочки ушной раковины. Лечение: под местной анестезией вскрывается абсцесс, удаляется капсула, дренируется. Назначают антибиотики, УВЧ.

Задача 275.

Женщина 45 лет, перенесшая радикальную мастэктомию четыре месяца назад, имеющая заметный лимфостаз плеча и предплечья отметила ухудшение общего самочувствия - недомогание, слабость, головную боль. Затем возник потрясающий озноб, температура повысилась до 41,0 С. На плече и предплечье лимфостаз увеличился, появилась гиперемия кожи. Боли в этой зоне приняли дерущий характер. Объективно: резкий отек плеча и предплечья. Гиперемия в этой зоне имела неровные фестончатые контуры. Кожа напряжена, горячая на ощупь, болезненная.

Ответы: Ваш диагноз? Лечебная тактика?

Ответы: Диагноз: Рожа верхней конечности, эритематозная форма после операции мастэктомии. Лечение: антибиотики, кварц.

Задача 276.

Мужчина 70 лет во время ходьбы по тайге получил множественные ссадины правой голени. Дома после купания в ванне почувствовал зуд и царапающие боли в голени, повысилась температура до 38,0 С. К утру на гиперемизированной поверхности голени появились множественные пузырьки, содержащие жидкость. При осмотре хирург обнаружил участок гиперемии кожи по всей передней поверхности голени с неровными краями. В зоне гиперемии множественные пузыри размером до 1 см, содержащие светлую жидкость, в других пузырях жидкость имела мутный характер или даже содержала кровь.

Вопросы: Ваш диагноз? Лечебная тактика?

Ответы: Диагноз: пустулезно-буллезная форма рожи голени. Лечение: вскрытие пустул, обработка гнойников перекисью водорода, наложение повязки с левомеколем, местно кварц, антибиотикотерапия.

Задача 277.

Больной 56 лет находился на амбулаторном лечении у хирурга с подозрением на острый тромбоз глубоких вен голени. Жалуется на боли в голени при ходьбе и высокую температуру. Заболел 3 недели назад после незначительной ссадины голени, которая осложнилась умеренной гиперемией вокруг ссадины. Затем повысилась температура до 38,0 С, стал нарастать отек голени и стопы. Из-за болей стало трудно ходить. Лечился дома повязками с мазью Вишневского. Улучшения не наступило. Объективно: состояние больного средней тяжести. Температура 40,0 С. Выражен отек голени и стопы. Голень на ощупь горячая. Голень по сравнению со здоровой увеличена по окружности на 4 см. Варикозного расширения вен на конечностях не видно. Симптомы Гоманса и Ловенберга отрицательные. От предложенной госпитализации больной отказался.

Вопросы: Ваш диагноз? Лечебная тактика?

Ответы: Диагноз: флегмонозная форма рожи. УЗИ поможет выявить жидкостное образование в тканях. Лечение: госпитализация в отделение гнойной хирургии. Под общим наркозом после пункции гнойника его вскрытие, дренирование. Антибиотикотерапия.

Задача 278.

У больной 85 лет, страдающей сахарным диабетом, на передней поверхности голени появилось покраснение кожи, боли в этой зоне дерущего характера, был потрясающий озноб. Температура повысилась до 40,0 С. Лечилась сама, привязывала к голени красную тряпку, а затем стала накладывать повязки с гипертоническим раствором. Самочувствие не улучшалось, нарастала слабость, исчез аппетит. Родственники пригласили домой на консультацию хирурга. При осмотре вся передняя поверхность голени резко отечна, инфильтрирована, имеются пузыри, содержащие гной. В центре очага воспаления на участке 5х7 см кожа приняла зеленоватый оттенок. От раны исходит неприятный запах.

Вопросы: Ваш диагноз? Лечебная тактика?

Ответы: Диагноз: гангренозная форма рожи. Госпитализация в отделение гнойной хирургии, антибиотикотерапия, дезинтоксикационная терапия, перевязки до выявления глубины некроза, затем некрэктомия.

Задача 279.

У наркомана 20 лет была вскрыта амбулаторно под внутривенным наркозом флегмона в локтевой ямке и на передней поверхности плеча. Самочувствие улучшилось, но отмечалось вялое очищение раны от гноя, несмотря на антибактериальную терапию и использование ферментов. Вокруг раны и по всей коже на предплечье и плече появилось множество маленьких пустул, содержащих желтый гной. Вокруг пустул кожа гиперемирована. В центре пустулы всегда находился волос. Температура нормальная.

Вопросы: Ваш диагноз? Лечебная тактика?

Ответы: Диагноз: стрептодермия после вскрытия постинъекционного абсцесса у наркомана. Лечение гнойной раны перевязками, антибиотики, УФЧ. Лечение стрептодермии совместно с дерматологом.

Задача 280.

Больной 47 лет обратился к хирургу с жалобами на боли в левой паховой области, которые появились одну неделю назад. Больной за медицинской помощью не обращался, лечился самостоятельно, прикладывая горячие грелки. Боли не проходили. Температура повысилась до 37,50 С. Из анамнеза выяснено, что больной длительное время страдает онихомикозом. Ногтевые пластинки тусклые, кожа на стопах и пальцах шелушится. Слева в межпальцевых промежутках имеются болезненные трещины с зоной отека и гиперемии. Слева в паховой области пальпируется плотный, малоподвижный, болезненный конгломерат размером 5х4 см. Флюктуация не определяется.

Вопросы: Ваш диагноз? Лечебная тактика?

Ответы: Диагноз: паховый лимфаденит. Сопутствующее заболевание ониомикоз, трещины межпальцевых промежутков. Лечение: антибиотики, местно УВЧ на паховую область, консультация дерматолога.

Задача 281.

Больная 78 лет обратилась к хирургу с жалобами на наличие плотного узелка размером 2х2 см, который появился на лице около года назад. За врачебной помощью не обращалась, так как боли не беспокоили. При осмотре на правой щеке имеется узелок размером до 7 мм, окруженный группой таких же узелков. Узелки имеют плотную консистенцию и выступают над уровнем кожи. Цвет узелков розово-желтоватый. Вокруг узелков воспалительной реакции нет. Подчелюстные лимфатические узлы не увеличены. Температура нормальная. Вопросы: Ваш диагноз? Лечебная тактика?

Ответы: Диагноз: Рак кожи лица, скорее всего, базалиома. Лечение в условиях онкодиспансера.

4. Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций

Для оценки формирования компетенций используется рейтинговая система оценки успеваемости и качества знаний студентов.

Успешность освоения студентом дисциплины в семестре оценивается по 100 балльной шкале итоговым баллом по дисциплине. При наличии экзамена максимальный семестровый рейтинговый балл равен 60, минимальный экзаменационный рейтинговый балл равен 40.

Учебный рейтинг формируется из следующих составляющих:

- посещение учебных занятий (максимум 20 баллов)
- результаты освоения каждой темы учебной дисциплины, текущий контроль выполнения самостоятельной работы по данным опроса, рефератов и докладов по результатам изучения учебных пособий и пр., выполнения практических заданий, тестирования, (40 баллов);
- выполнения лабораторных заданий (10 баллов);
- промежуточная аттестация (зачет) (20 баллов);
- промежуточная аттестация (экзамен) (30 баллов).

Посещение учебных занятий оценивается накопительно, следующим образом: максимальное количество баллов, отводимых на учет посещаемости, делится на количество занятий по дисциплине. Полученное значение определяет количество баллов, набираемых студентом за посещение одного занятия.

Оценка за посещение учебных занятий (ПУЗ) определяется по следующей формуле:

$$\text{ПУЗ} = 20 \frac{n}{N} \qquad \text{ПУЗ} = 20 \frac{n}{N}$$

где n – количество учебных занятий, в реализации которых участвовал студент,

N – количество учебных занятий по плану.

Текущий контроль успеваемости обучающихся предполагает систематическую проверку теоретических знаний обучающихся, выполнения ими проектных заданий в соответствии с учебной программой. Текущий контроль (ТК) по освоению учебных модулей дисциплины в течение семестра предполагается рассчитывать по следующей формуле:

$$\frac{в+уз}{В+УЗ} \frac{в+уз}{В+УЗ} ,$$

$$ТК = 40$$

где В, УЗ – количество контрольных вопросов и заданий по учебному плану,

в, уз - количество вопросов и заданий, на которые ответил и выполнил студент.

Творческий рейтинг выставляется за выполнение домашних (самостоятельных) заданий различного уровня сложности (подготовка проектных заданий, презентаций, рефератов и других видов работ). Творческий рейтинг (ТР) предполагается рассчитывать по следующей формуле:

$$\frac{пз+реф}{ПЗ+РЕФ} \frac{пз+реф}{ПЗ+РЕФ}$$

$$ТР = 30 ,$$

Где ПЗ, РЕФ – количество проектных заданий и рефератов по учебному плану,

пз, реф – количество проектных заданий и рефератов, которые студент выполнил.

Итоговая аттестация проводится в соответствии с расписанием в экзаменационную сессию.

Результаты аттестации (РА) студента за семестр, рассчитываются по следующей формуле:

$$РА = ПУЗ+ТК+ТР$$

Методические рекомендации к практическим занятиям

Практические занятия – метод репродуктивного обучения, обеспечивающий связь теории и практики, содействующей выработке у студентов умений навыков применения знаний, полученных на лекциях и в ходе самостоятельной деятельности.

Практические занятия проходят по двум направлениям: теоретическому и практическому. Теоретическое направление связано с обсуждением устных сообщений, подготовленных студентами по определенным темам. Практическое направление связано с выполнением лабораторных работ.

Подготовка выступлений проводится по единому плану, данному в теме. Сообщения на занятии могут делать все участники подготовки или отдельные студенты.

Деятельность студентов оценивается по следующим показателям:

1. Качество доклада, его полнота. Содержательность, соответствие приведенному плану, самостоятельность и критичность студенческих оценок, убедительность и грамотность речи докладчика.
2. Качество презентации, ее наглядность, полнота, но в то же время лаконичность.
3. Обоснованность и убедительность ответов на вопросы слушателей.
4. Участие в дискуссии, глубина и содержательность вопросов подгруппам студентов, выполнявших задания по другим электронным пособиям.

На лабораторных учебных занятиях студенты наблюдают и исследуют гигиенические условия занятий физической культурой и спортом, изучают устройство и принцип действия измерительной аппаратуры.

Методические рекомендации по подготовке рефератов

Подготовка и написание работы по дисциплине имеет целью углубить, систематизировать закрепить полученные студентами теоретические знания в области изучаемого предмета, систематизировать навыки применения теоретических знаний. Написание реферата позволяет закрепить приобретаемые студентами умения поиска необходимой информации, быстрого ориентирования в современной классификации источников. Оно инициирует стремление к повышению скорости

чтения, выработке адекватного понимания прочитанного, выделение главного и его фиксации – составлению конспекта.

Структурными элементами реферата являются: 1) титульный лист; 2) оглавление; 3) введение; 4) основная часть; 5) заключение; 6) список использованных источников; 7) приложения.

Содержание оглавления включает введение, наименование всех глав, разделов, подразделов, пунктов (если они имеют наименование) и заключение с указанием номеров страниц, с которых начинаются эти элементы реферата.

Введение должно содержать оценку современного состояния решаемой проблемы. Во введении должны быть показаны актуальность темы, цели и задачи, которые будут рассматриваться в реферате, а также методы, которыми воспользовался студент для изучения избранной им проблемы. Во введении должны быть указаны структура работы и литературные источники, используемые автором в работе.

Основную часть реферата следует делить на главы или разделы. Разделы основной части могут делиться на пункты и подразделы. Пункты, при необходимости, могут делиться на подпункты. Каждый пункт должен содержать законченную информацию.

Заключение должно содержать:

- выводы по результатам выполненной работы;
- список использованных источников.

Сведения об источниках приводятся в соответствии с требованиями ГОСТ 7.1. – 2013

Качество реферата оценивается: по его структуре, полноте, новизне, количеству используемых источников, самостоятельности при его написании, степени оригинальности и инновационности предложенных решений, обобщений и выводов, а также уровень доклада (акцентированность, последовательность, убедительность, использование специальной терминологии) учитываются в системе балльно-рейтингового контроля.

Методические рекомендации по организации самостоятельной работы студентов

Самостоятельная работа - планируемая учебная, учебно-исследовательская, научно-исследовательская работа студента, выполняемая во внеаудиторное (аудиторное) время по заданию и при методическом руководстве преподавателя, но без его непосредственного участия (при частичном непосредственном участии преподавателя, оставляющем ведущую роль за работой студента).

Государственным стандартом предусматривается 50% часов из общей трудоемкости дисциплины на самостоятельную работу студентов (далее СРС).

Формы самостоятельной работы студента разнообразны. Они включают в себя:

- изучение и систематизацию официальных государственных документов - законов, постановлений, указов, нормативно-инструкционных и справочных материалов с использованием информационно-поисковых систем глобальной сети "Интернет";
- изучение учебной, научной и методической литературы, материалов периодических изданий с привлечением электронных средств официальной, статистической, периодической и научной информации;
- подготовку докладов и рефератов, написание курсовых и выпускных квалификационных работ;
- участие в работе студенческих конференций, комплексных научных исследованиях.

Самостоятельная работа приобщает студента к научному творчеству, поиску и решению актуальных современных проблем.

Цели и основные задачи СРС

Целью самостоятельной работы студента является овладение фундаментальными знаниями, профессиональными умениями и навыками деятельности по профилю, опытом творческой, исследовательской деятельности. Самостоятельная работа

студента способствует развитию его самостоятельности, ответственности и организованности, творческого подхода к решению проблем учебного и профессионального уровня.

Задачами СРС являются:

- систематизация и закрепление полученных теоретических знаний и практических умений студента;
- углубление и расширение теоретических знаний;
- формирование умений использовать нормативную, правовую, справочную документацию и специальную литературу;
- развитие познавательных способностей и активности студента: творческой инициативы, самостоятельности, ответственности и организованности;
- формирование самостоятельности мышления, способностей к саморазвитию, самосовершенствованию и самореализации;
- развитие исследовательских умений;
- использование материала, собранного и полученного в ходе самостоятельных занятий на семинарах, на практических и лабораторных занятиях, при написании выпускной квалификационной работы, для эффективной подготовки к итоговым зачетам и экзаменам.

Виды самостоятельной работы

В образовательном процессе выделяется два вида самостоятельной работы – аудиторная, под руководством преподавателя, и внеаудиторная.

Аудиторная самостоятельная работа по дисциплине выполняется на учебных занятиях под непосредственным руководством преподавателя и по его заданию.

Внеаудиторная самостоятельная работа выполняется студентом по заданию преподавателя, но без его непосредственного участия.

Основными видами самостоятельной работы студентов без участия преподавателей являются:

- формирование и усвоение содержания конспекта лекций на базе рекомендованной лектором учебной литературы, включая информационные образовательные ресурсы (электронные учебники, электронные библиотеки и др.);
- написание рефератов;
- подготовка к семинарам и лабораторным работам, их оформление;
- составление аннотированного списка статей из соответствующих журналов по отраслям знаний (педагогических, психологических, методических и др.);
- подготовка рецензий на статью, пособие;
- выполнение микроисследований;
- подготовка практических разработок;
- выполнение домашних заданий в виде индивидуальных работ по отдельным разделам содержания дисциплины и т.д.;
- текущий самоконтроль и контроль успеваемости на базе электронных обучающих и аттестующих тестов.

Основными видами самостоятельной работы студента с участием преподавателей являются:

- текущие консультации;
- прием и разбор индивидуальных заданий (в часы практических занятий);
- прием и защита лабораторных работ (во время проведения л/р);
- выполнение учебно-исследовательской работы (руководство, консультирование и защита УИРС).

Организация СРС

Процесс организации самостоятельной работы студентов включает в себя следующие этапы:

- подготовительный (определение целей, составление программы, подготовка методического обеспечения, подготовка оборудования);
- основной (реализация программы, использование приемов поиска информации, усвоения, переработки, применения, передачи знаний, фиксирование результатов, самоорганизация процесса работы);
- заключительный (оценка значимости и анализ результатов, их систематизация, оценка эффективности программы и приемов работы, выводы о направлениях оптимизации труда).

Организацию самостоятельной работы студента обеспечивают: факультет, кафедра, преподаватель, библиотека.

В процессе самостоятельной работы студент приобретает навыки самоорганизации, самоконтроля, самоуправления, саморефлексии и становится активным самостоятельным субъектом учебной деятельности.

Выполняя самостоятельную работу под контролем преподавателя студент должен:

- освоить минимум содержания, выносимый на самостоятельную работу студентов и предложенный преподавателем в соответствии с Федеральными Государственными образовательными стандартами высшего профессионального образования (ФГОС ВПО) по данной дисциплине.
- планировать самостоятельную работу в соответствии с графиком самостоятельной работы, предложенным преподавателем.
- самостоятельную работу студент должен осуществлять в организационных формах, предусмотренных учебным планом и рабочей программой преподавателя.
- выполнять самостоятельную работу и отчитываться по ее результатам в соответствии с графиком представления результатов, видами и сроками отчетности по самостоятельной работе студентов.

Студент может сверх предложенного преподавателем (при обосновании и согласовании с ним) и минимума обязательного содержания, определяемого ФГОС ВПО по данной дисциплине:

- самостоятельно определять уровень (глубину) проработки содержания материала;
- предлагать дополнительные темы и вопросы для самостоятельной проработки;
- в рамках общего графика выполнения самостоятельной работы предлагать обоснованный индивидуальный график выполнения и отчетности по результатам самостоятельной работы;
- предлагать свои варианты организационных форм самостоятельной работы;
- использовать для самостоятельной работы методические пособия, учебные пособия, разработки сверх предложенного преподавателем перечня;
- использовать не только контроль, но и самоконтроль результатов самостоятельной работы в соответствии с методами самоконтроля, предложенными преподавателем или выбранными самостоятельно.

Самостоятельная работа студента планируется студентом самостоятельно. Каждый студент самостоятельно определяет режим своей работы и меру труда, затрачиваемого на овладение учебным содержанием по каждой дисциплине. Он выполняет внеаудиторную работу по личному индивидуальному плану, в зависимости от его подготовки, времени и других условий.

Основной формой самостоятельной работы студента является изучение содержания конспектов лекций, их дополнение материалами рекомендованной литературы, активное участие на практических и семинарских занятиях.

Адекватная самооценка знаний, своих достоинств, недостатков - важная составляющая самоорганизации человека, без нее невозможна успешная работа по управлению своим поведением, деятельностью. Одна из основных особенностей обучения заключается в том, что постоянный внешний контроль заменяется самоконтролем,

активная роль в обучении принадлежит уже не столько преподавателю, сколько студенту.

Критерии оценивания знаний на зачёте

Критерии оценивания	Баллы
Полно раскрыто содержание материала в объеме программы; четко и правильно даны определения и раскрыто содержание понятий; установлены причинно-следственные связи; верно использованы научные термины; для доказательства использованы различные умения, выводы из наблюдений и опытов; ответ самостоятельный, использованы ранее приобретенные знания.	30
Раскрыто основное содержание материала; в основном правильно даны определения понятий и использованы научные термины; определения понятий неполные, допущены незначительные нарушения последовательности изложения, небольшие неточности при использовании научных терминов или в выводах и обобщениях из наблюдений и опытов, исправленные с помощью преподавателя.	20
Усвоено основное содержание учебного материала, но изложено фрагментарно, не всегда последовательно; определения понятий недостаточно четкие; не использованы в качестве доказательства выводы и обобщения из наблюдений и опытов или допущены ошибки при их изложении; допущены ошибки и неточности в использовании научной терминологии, определении понятий, исправленные с помощью преподавателя.	10
Основное содержание вопроса не раскрыто; допущены грубые ошибки в определении понятий, при использовании терминологии; дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа.	0

Итоговая шкала по дисциплине

Итоговая оценка по дисциплине выставляется по приведенной ниже шкале. При выставлении итоговой оценки преподавателем учитывается работа обучающегося в течение всего срока освоения дисциплины, а также оценка по промежуточной аттестации.

Баллы, полученные по текущему контролю и промежуточной аттестации	Оценка в традиционной системе
81-100	«Зачтено»
61-80	«Зачтено»
41-60	«Зачтено»
0-40	«Не зачтено»