

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

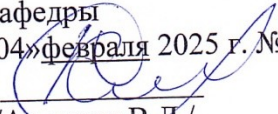
Кафедра хирургии

УТВЕРЖДЕН

на заседании кафедры

Протокол от «04» февраля 2025 г. №6

Зав. кафедрой


/Астахов В.Л./

**ФОНД
ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

по учебной дисциплине

Факультетская хирургия

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 6
4. Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций
106

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: общехирургический и специальный хирургический инструментарий. Уметь: выполнять базовые хирургические манипуляции (завязывание хирургического узла, наложение швов, накладывание лигатуры под зажимом и т.д.).	Тестирование, реферат, устный опрос	Шкала оценивания тестирования, Шкала оценивания реферата, Шкала оценивания устного опроса

	Продвинутой	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа	Знать: общехирургический и специальный хирургический инструментарий. Уметь: выполнять базовые хирургические манипуляции (завязывание хирургического узла, наложение швов, накладывание лигатуры под зажимом и т.д.). Владеть: навыками использования хирургического инструментария.	Тестирование, устный опрос, реферат, решение ситуационных задач, практическая подготовка Экзамен	Шкала оценивания тестирования, Шкала оценивания устного опроса, Шкала оценивания реферата, шкала оценивания ситуационных задач Шкала оценивания практической подготовки
ОПК-5	Пороговый	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.	Тестирование, реферат, устный опрос	Шкала оценивания тестирования, Шкала оценивания реферата, Шкала оценивания устного опроса

	Продвинутой	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 Экзамен	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: детальную схему топографической анатомии области интереса, алгоритмы выполнения основных оперативных вмешательств и показания для их выполнения. Уметь: определять показания и противопоказания для выполнения оперативных вмешательств.	Тестирование, реферат, устный опрос	Шкала оценивания тестирования, Шкала оценивания реферата, Шкала оценивания устного опроса

	Продвинутой	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа	Знать: детальную схему топографической анатомии области интереса, алгоритмы выполнения основных оперативных вмешательств и показания для их выполнения. Уметь: определять показания и противопоказания для выполнения оперативных вмешательств. Владеть: техникой выполнения основных общехирургических оперативных вмешательств.	Тестирование, устный опрос, реферат, решение ситуационных задач, практическая подготовка Экзамен	Шкала оценивания тестирования, Шкала оценивания устного опроса, Шкала оценивания реферата, шкала оценивания ситуационных задач Шкала оценивания практической подготовки
--	-------------	---	---	--	---

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: общехирургический и специальный хирургический инструментарий.

- 1) Современные методы лечения хронического калькулезного холецистита (лапароскопия, минилапаротомия);
- 2) Нарушения кислотно-щелочного и водно-электролитного обмена при язвенном стенозе
- 3) Классификация, клиника и диагностика рака желудка.
- 4) Острый тромбоз мезентериальных артерий.
- 5) Восходящий тромбофлебит большой подкожной вены.

Продвинутый уровень

Уметь: выполнять базовые хирургические манипуляции (завязывание хирургического узла, наложение швов, накладывание лигатуры под зажимом и т.д.).

- 1) Роль эндоскопии в диагностике и лечении язвенной болезни
- 2) Современные способы пластики передней брюшной стенки
- 3) Абсцессы брюшной полости
- 4) Предраковые заболевания ободочной кишки
- 5) Неспецифический язвенный колит

Владеть: навыками использования хирургического инструментария

1) У больной 58 лет 10 месяцев назад появилась дисфагия, которая постепенно нарастала. В настоящее время с трудом может проглотить глоток воды. При осмотре. Кожные покровы бледные, сухие. Больная резко истощена. При обследовании диагностирована опухоль кардиального отдела желудка с переходом на абдоминальный отдел пищевода, имеющая строение аденокарциномы. Над левой ключицей пальпируется плотное округлое опухолевидное образование до 3 см. Вопросы:

1. Какой диагноз Вы поставите?
2. О чем свидетельствует пальпируемое опухолевидное образование над левой ключицей?
3. Какие дополнительные методы следует применить для оценки распространенности процесса?
4. Чем в данном случае определяется лечебная тактика?
5. Какие варианты лечебных мероприятий можно применить в данном случае?

2) При поступлении в хирургическое отделение больной предъявлял жалобы на сильные опоясывающие боли в верхних отделах живота, многократную рвоту. Пациент в сознании, ориентирован в пространстве и времени. При осмотре: акроцианоз, частота дыхательных движений – 28 в 1 минуту, пульс 100 ударов в 1 минуту, АД = 110/70 мм. рт. ст. Отмечена высокая, до 1200 ЕД/л, амилаземия. Заподозрен панкреонекроз, который и был подтвержден при лапароскопии. Начато интенсивное консервативное лечение. Через двое суток выявлено снижение активности амилазы до нижних границ нормы, однако при этом состояние больного оставалось тяжелым, поведение неадекватное, на коже боковых отделов живота появились цианотичные пятна, увеличилась одышка, выросла тахикардия. Язык сухой, живот умеренно вздут, болезненный во всех отделах, перитонеальные симптомы отрицательные, перистальтические шумы ослабленные.

Вопросы:

1. Каково Ваше мнение о течение заболевания?
2. О чем может свидетельствовать снижение активности амилазы мочи?
3. Назовите эпонимные транскрипции симптомов, приведенных в ситуации.
4. Какие специальные методы исследования могут уточнить диагноз?
5. Возможные варианты лечебных действий.

3) При поступлении в хирургическое отделение больной предъявлял жалобы на сильные опоясывающие боли в верхних отделах живота, многократную рвоту. Пациент в сознании, ориентирован в пространстве и времени. При осмотре: акроцианоз, частота дыхательных движений – 28 в 1 минуту, пульс 100 ударов в 1 минуту, АД = 110/70 мм. рт. ст. Отмечена высокая, до 1200 ЕД/л, амилаземия. Заподозрен панкреонекроз, который и был подтвержден при лапароскопии. Начато интенсивное консервативное лечение. Через двое суток выявлено снижение активности амилазы до нижних границ нормы, однако при этом состояние больного оставалось тяжелым, поведение неадекватное, на коже боковых отделов живота появились цианотичные пятна, увеличилась одышка, выросла тахикардия. Язык сухой, живот умеренно вздут, болезненный во всех отделах, перитонеальные симптомы отрицательные, перистальтические шумы ослабленные.

Вопросы:

1. Каково Ваше мнение о течение заболевания?
2. О чем может свидетельствовать снижение активности амилазы мочи?
3. Назовите эпонимные транскрипции симптомов, приведенных в ситуации.
4. Какие специальные методы исследования могут уточнить диагноз?
5. Возможные варианты лечебных действий.

4) У больного 48 лет на третьи сутки после резекции желудка по поводу язвы двенадцатиперстной кишки, пенетрировавшей в поджелудочную железу, отмечено

ухудшение состояния. Появились сильные боли в верхних отделах живота с иррадиацией в спину, рвота. Пульс 116 ударов в мин. АД 100/60 мм рт. ст. Язык влажный. Живот не вздут, болезненный в верхних отделах. Перитонеальные симптомы отрицательные. Перистальтические шумы ослабленные. Газы отходят, был стул. Гемоглобин 112 г/л. Лейкоциты: $8,4 \times 10^9$ /л; б – 3%, п – 4%; с – 76%; м – 8%; л – 9%. Амилаза крови 86 мг/(ч мл).

Вопросы:

1. О каком осложнении послеоперационного периода можно думать?
2. Какие неинвазивные дополнительные методы исследования можно использовать для уточнения диагноза?
3. Назначьте консервативное лечение.
4. Ваши действия при неэффективности консервативной терапии и ухудшении состояния больного.
5. Что возможно было предпринять с целью профилактики подобного осложнения?
- 5) Женщина 40 лет поступила в клинику с жалобами на наличие болезненного воспалительного инфильтрата слева от заднего прохода. Отмечаются признаки общей интоксикации, температура при поступлении 39,30С. При осмотре в области заднего прохода имеется воспалительный инфильтрат 6Х5 см с участком размягчения в центре.

Вопросы:

1. Ваш диагноз.
2. Наиболее вероятная причина.
3. Необходимые методы исследования.
4. Какое лечение показано больному?
5. Что является основным этапом операции?

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) Аппендикулярный инфильтрат
- 2) Желчнокаменная болезнь
- 3) Тактика оперативного лечения при мезентериальном тромбозе.
- 4) Илиофеморальный венозный тромбоз.
- 5) Тромбоэмболия лёгочных артерий

Продвинутый уровень

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

- 1) Острая ишемия нижних конечностей
- 2) Водянка и эмпиема желчного пузыря
- 3) Предоперационная подготовка и ведение послеоперационного периода при ОКН
- 4) Принципы хирургического лечения перитонита
- 5) Послеоперационный перитонит

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

- 1) Больная 56 лет поступила в стационар с клинической картиной острого холецистита на 2 сутки от начала заболевания. Общее состояние больной средней тяжести. Температура 38,10С. Пульс 92 удара в 1 минуту. Живот болезненный только в правом подреберье, где определялось умеренно выраженное защитное мышечное напряжение, симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Остальные

отделы живота безболезненные. При ультразвуковом исследовании: желчный пузырь 12 x 6 см, стенка его утолщена до 0,5 см с двойным контуром, перивезикально выявляется ограниченное жидкостное скопление до 30,0 мл. Анализ крови: гемоглобин – 146 г/л, эритроциты – $4,9 \times 10^{12}$ /л, цветной показатель – 0,9, лейкоциты – $9,8 \times 10^9$ /л, панкреатическая амилаза – 30 ЕД/л. Больной назначена консервативная терапия (инфузионно-дезинтоксикационная, антибактериальная, симптоматическая). Через 10 часов внезапно состояние больного резко ухудшилось: появились сильные боли в животе, чувство страха, больная побледнела, появились одышка и рвота. Пульс 120 ударов в 1 минуту. Лейкоцитоз до $15,0 \times 10^9$ /л. При осмотре живот вздут, при пальпации определяется разлитая болезненность и положительный симптом Щеткина-Блюмберга по всей правой половине живота.

Вопросы:

1. Ваше мнение о правомерности начатого при поступлении консервативного лечения?
2. Соответствуют ли выявленные ультразвуковые данные воспалению желчного пузыря?
3. Развитие какого осложнения можно предположить?
4. Какие методы исследования возможно применить для уточнения диагноза?
5. Какие варианты лечебных мероприятий можно применить в данном случае?

2) Больной 28 лет, страдающий язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки в течение 4 лет, находящийся в настоящее время в стадии ремиссии, предъявляет жалобы на боли в правой подвздошной области живота первоначально возникшие эпигастральной области живота после погрешности в диете 9 часов назад, сопровождавшиеся тошнотой и однократной рвотой, не принесшей облегчения состояния, учащенное мочеиспускание. Т - 37,8о С.

Вопросы:

1. Какие симптомы из данной клинической ситуации характерны для аппендицита?
2. Как называется симптом перемещения болей из эпигастрия в правую подвздошную область живота?
3. Рвота, не приносящая облегчения при остром аппендиците характерна при?
4. Какие данные анамнеза могут быть использованы для подтверждения диагноза - острый аппендицит?
5. Какие методы исследования необходимо использовать в обследовании больного?

3) У больного, перенесшего 8 месяцев назад панкреонекроз, появились умеренные боли в верхних отделах живота. Тошноты, рвоты нет. Температура тела нормальная. Состояние больного удовлетворительное; кожные покровы обычной окраски; над легкими везикулярное дыхание, хрипов нет. Пульс 72 удара в 1 минуту, АД = 120-80 мм. рт. ст. Язык влажный, чистый; живот не вздут, мягкий, при пальпации в эпигастральной области пальпируется слегка болезненное с четкими контурами несмещаемое опухолевидное образование размером 10 x 10 см. Перитонеальные симптомы отрицательные, перистальтические шумы выслушиваются. В анализах крови и мочи существенных изменений не выявлено.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию?
3. Какие методы исследования помогут уточнить диагноз?
4. Ваша тактика лечения?
5. Возможные варианты оперативного вмешательства.

4) У больного 46 лет около суток назад появились сильные боли в верхних отделах живота, многократная рвота. Температура тела не повышалась. При осмотре отмечена желтушность склер. В крови выявлено повышение активности амилазы до 63 мг/(ч

мл) и билирубина до 52 мкмоль/л за счет его прямой фракции. При ультразвуковом исследовании установлен диагноз – хронический калькулезный холецистит, отечный панкреатит.

Вопросы: 1. Какой вид желтухи следует предположить?

2. Каковы наиболее вероятные причины желтухи?

3. Какой метод позволит точно установить причину желтухи?

4. Что возможно предпринять для ликвидации желтухи?

5. Укажите возможные нехирургические методы коррекции гипербилирубинемии.

5) Четыре месяца назад больному произведена операция по поводу острого парапроктита. Операция проводилась без предварительного введения в гнойную полость красящего препарата. В настоящее время имеется параректальный свищ с постоянным гнойным отделяемым.

Вопросы:

1. Ваш диагноз.

2. В чем состоит причина образования свища?

3. Необходимые методы исследования?

4. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?

5. Какое лечение показано.

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

Пороговый уровень:

Знать: детальную схему топографической анатомии области интереса, алгоритмы выполнения основных оперативных вмешательств и показания для их выполнения.

1) Послеоперационная вентральная грыжа

2) Рак прямой кишки. Заболеваемость. Классификация. Фоновые заболевания.

Клиника и диагностика. Дифференциальный диагноз. Методы лечения.

Радикальные и паллиативные операции

3) Варикозная болезнь нижних конечностей.

4) Классификация острой артериальной непроходимости.

5) Абсцесс и гангрена легких. Определение понятий. Классификация. Этиология и патогенез. Клиника, диагностика, лечение.

Продвинутый уровень:

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

1) Острый парапроктит

2) Консервативное и хирургическое лечение облитерирующих заболеваний нижних конечностей

3) Осложнения острого панкреатита

4) Спаечная болезнь брюшной полости

5) Патогенез острой кишечной непроходимости

Владеть навыками выполнения медицинских инвазивных манипуляций на основе имеющихся знаний.

1) Четыре месяца назад больному произведена операция по поводу острого парапроктита. Операция проводилась без предварительного введения в гнойную полость красящего препарата. В настоящее время имеется параректальный свищ с постоянным гнойным отделяемым.

Вопросы:

1. Ваш диагноз.

2. В чем состоит причина образования свища?

3. Необходимые методы исследования?

4. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?

5. Какое лечение показано.

2) При осмотре в поликлинике установлено, что больного беспокоят выделения крови и слизи при дефекации, боли в промежности до и после акта дефекации. При внешнем осмотре, а также при пальцевом исследовании прямой кишки никаких изменений не обнаружено.

Вопросы:

1. Какое исследование необходимо данному больному в первую очередь?
2. При установлении диагноза рака прямой кишки куда следует направить пациента?
3. Какой объем дообследования необходим для уточнения диагноза?
4. Назовите наиболее эффективный метод лечения при рецидиве рака прямой кишки?
5. Назовите пути лимфооттока для прямой кишки?

3) У больного геморрагическим панкреонекрозом на 12 сутки от начала заболевания усилились боли в животе и поясничной области слева, ухудшилось общее состояние, появилась гектическая температура с вечерними цифрами до 39,5°C. Состояние больного тяжелое, кожные покровы бледные, пульс 108 ударов в 1 минуту. Язык сухой, живот слегка вздут, при пальпации болезненный в эпигастральной области и в левом подреберье. Перитонеальные симптомы отрицательные, перистальтические шумы выслушиваются. Отмечается гиперемия кожи и отечность в поясничной области слева. Пальпация в левом реберно-позвоночном углу резко болезненная. Лейкоциты крови – 20×10^9 /л.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какие специальные методы исследования помогут уточнить диагноз?
3. Ваша тактика лечения?
4. Возможные варианты оперативного пособия?
5. Определите объем консервативной терапии при данном осложнении.

4) Больной поступил на третьи сутки от начала заболевания. Заболел остро, когда после погрешности в диете появились сильные боли в эпигастрии и левом подреберье, неукротимая рвота. При осмотре состояние больного тяжелое. Температура 37,0°C. Кожные покровы бледные, акроцианоз, фиолетовые пятна на лице и на боковых стенках живота. Пульс 130 ударов в мин. АД 90/50 мм рт. ст. Язык сухой. Живот вздут, при пальпации болезненный во всех отделах, больше в эпигастрии и левом подреберье, где определяется слабopоложительный симптом Щеткина – Блюмберга. Перистальтические шумы ослабленные. Больному была выполнена срочная лапароскопия, при которой в брюшной полости обнаружено до 1000 мл геморрагического выпота, кровоизлияния на париетальной брюшине, геморрагическая имбибиция забрюшинного пространства, на большом сальнике – бляшки жирового стеатонекроза, увеличенный напряженный желчный пузырь без признаков воспаления.

Вопросы:

1. Ваш диагноз.
2. Какие клинические проявления заболевания помогли бы установить данную форму заболевания до выполнения лапароскопии?
3. Какие лапароскопические манипуляции целесообразно выполнить в данном случае?
4. С помощью какого метода можно установить распространенность некроза в поджелудочной железе?
5. Какова должна быть тактика лечения?

5) Больной 61 года обратился к врачу с жалобами на боли в области заднего прохода, зуд в области промежности, выпадение из заднего прохода узлов во время акта дефекации, которые затем постепенно вправляются в прямую кишку.

Вопросы:

1. Ваш диагноз.

2. Стадия заболевания.
3. С каким фактором могут быть связаны боли.
4. Какие методы исследования необходимы для уточнения диагноза.
5. Какое лечение показано больному.

ТЕМАТИКА РЕФЕРАТОВ

1. Хроническая венозная недостаточность
2. Профилактика венозных тромбоэмболических осложнений в хирургии
3. Современные принципы лечения варикозной болезни
4. Острая ишемия нижних конечностей
5. Консервативное и хирургическое лечение облитерирующих заболеваний нижних конечностей
6. Острый тиреоидит
7. Хронические тиреоидиты
8. Дисгормональные заболевания молочной железы
9. Ущемленная грыжа
10. Послеоперационные грыжи
11. Современные способы пластики передней брюшной стенки
12. Патогенез и патологическая анатомия острого холецистита
13. Водянка и эмпиема желчного пузыря
14. Острый гнойный холангит
15. Атипичные формы острого аппендицита
16. Дифференциальная диагностика острого аппендицита
17. Особенности острого аппендицита у беременных, детей и лиц пожилого возраста
18. Дифференциальная диагностика желудочно-кишечного кровотечения
19. Современные аспекты лечения язвенной болезни желудка и ДПК
20. Роль эндоскопии в диагностике и лечении язвенной болезни
21. Предраковые заболевания желудка
22. Дифференциальная диагностика рака желудка
23. Патогенез острого панкреатита
24. Современные аспекты диагностики острого панкреатита
25. Осложнения острого панкреатита
26. Спаечная болезнь брюшной полости
27. Патогенез острой кишечной непроходимости
28. Предоперационная подготовка и ведение послеоперационного периода при ОКН
29. Принципы хирургического лечения перитонита
30. Послеоперационный перитонит
31. Абсцессы брюшной полости
32. Предраковые заболевания ободочной кишки
33. Неспецифический язвенный колит
34. Острый парапроктит
35. Хронический парапроктит
36. Роль анестезиологии и реанимации в современной хирургии
37. Оценка тяжести состояния больного
38. Тактика хирурга при остром аппендиците
39. Болезнь Рейно
40. Виды макрогематурии

ВОПРОСЫ ДЛЯ УСТНОГО ОПРОСА

1. Этиология и патогенез острого аппендицита, патологическая анатомия.
2. Клиника типичного острого аппендицита, особенности у беременных женщин, детей и стариков.

3. Принципы лечения острого аппендицита и его осложнения.
4. Классификация кишечной непроходимости.
5. Механическая кишечная непроходимость – обтурационная, странгуляционная, смешанная.
6. Динамическая непроходимость спастическая и паралитическая.
7. Рентгенологические и УЗИ признаки кишечной непроходимости.
8. Предоперационная подготовка и оперативное лечение кишечной непроходимости.
9. Аппендикулярный инфильтрат.
10. Осложнения острого аппендицита - пилефлебит.
11. Острый аппендицит у беременных второй половины беременности.
12. Особенности течения острого аппендицита у детей и стариков.
13. Особенности клинической картины острого аппендицита при тазовом расположении червеобразного отростка.
14. Желчнокаменная болезнь.
15. Механическая желтуха.
16. Современные методы лечения хронического калькулезного холецистита (лапароскопия, минилапаротомия)
17. Острый холецистит
18. Консервативное лечение острого панкреатита.
19. Национальные клинические рекомендации при остром панкреатите.
20. Особенности обследования больных с заболеваниями органов брюшной полости.
21. Диагностический алгоритм при острой патологии сосудов нижних конечностей.
22. Острая спаечная кишечная непроходимость.
23. Хроническая кишечная непроходимость.
24. Тактика лечения абсцессов брюшной полости.
25. Лапаротомия при распространенном перитоните.
26. Этиология, патогенез, клиника паховых грыж, показания и противопоказания к операции.
27. Послеоперационная вентральная грыжа.
28. Нарушения кислотно-щелочного и водно-электролитного обмена при язвенном стенозе.
29. Язвенные гастродуоденальные кровотечения.
30. Рак желудка.
31. Классификация, клиника и диагностика рака желудка.
32. Острый тромбоз мезентериальных артерий.
33. Тактика оперативного лечения при мезентериальном тромбозе.
34. Илийофemorальный венозный тромбоз.
35. Восходящий тромбофлебит большой подкожной вены.
36. Тромбоэмболия лёгочных артерий
37. Варикозная болезнь нижних конечностей.
38. Облитерирующий атеросклероз нижних конечностей.
39. Аневризма аорты.
40. Классификация острой артериальной непроходимости.
41. Абсцесс и гангрена легких. Определение понятий. Классификация. Этиология и патогенез. Клиника, диагностика, лечение.
42. Гангрена легкого. Причины развития, клиника, диагностика, принципы лечения.
43. Методы исследования прямой кишки. Этиология и патогенез геморроя. Классификация геморроя. Клиника и диагностика.
44. Осложнения геморроя – тромбоз, ущемление. Консервативные и оперативные способы лечения. Анальная трещина. Клиника, диагностика, лечение.

45. Рак прямой кишки. Заболеваемость. Классификация. Фоновые заболевания. Клиника и диагностика. Дифференциальный диагноз. Методы лечения. Радикальные и паллиативные операции.
46. Варикозная болезнь нижних конечностей. Этиология и патогенез. Клиника в зависимости от стадии процесса. Диагностика – оценка состояния клапанного аппарата. Осложнения варикозной болезни. Лечение – консервативное и оперативное.
47. Венозные тромбозы системы нижней полой вены. Этиология и патогенез. Клиника, диагностика, консервативное и оперативное лечение.
48. Посттромботическая болезнь нижних конечностей. Патогенез, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз. Принципы лечения, профилактика.
49. Расстройства мочеиспускания.
50. Виды анурии. Этиопатогенез.

ПРОМЕЖУТОЧНАЯ АТТЕСТАЦИЯ

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

Знать: общехирургический и специальный хирургический инструментарий.

Уметь: выполнять базовые хирургические манипуляции (завязывание хирургического узла, наложение швов, накладывание лигатуры под зажимом и т.д.).

Владеть: навыками использования хирургического инструментария.

- 1) Ущемленная грыжа. Хирургическая тактика при самопроизвольном вправлении ущемленной грыжи. Мнимое вправление ущемленной грыжи
- 2) Болезнь Гиршпрунга. Этиопатогенез. Клиника, диагностика, лечение
- 3) Спаечная болезнь брюшной полости
- 4) Прямая паховая грыжа, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, методы операций.
- 5) Диагностические (клинические, морфологические) критерии язвы - рак желудка

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) Виды ущемления грыж. Механизм ущемления. Патологические изменения в ущемленном органе.
- 2) Абсцесс дугласова пространства. Причины, клиника, диагностика, лечение
- 3) Современные аспекты диагностики острого панкреатита
- 4) Предоперационная подготовка и ведение послеоперационного периода при ОКН
- 5) Язвенная болезнь желудка, осложненная онкопроцессом, ранняя диагностика. Предраковые состояния.

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

Знать: детальную схему топографической анатомии области интереса, алгоритмы выполнения основных оперативных вмешательств и показания для их выполнения.

Уметь: определять показания и противопоказания для выполнения оперативных вмешательств.

Владеть: техникой выполнения основных общехирургических оперативных вмешательств.

- 1) Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки. Патогенез, клиника, причины неудач консервативного лечения. Группы риска.
- 2) Острый панкреатит. Показания к хирургическому лечению. Характероперативных вмешательств и их исходы. Видеолaparоскопические операции
- 3) Патогенез острой кишечной непроходимости
- 4) Косая паховая грыжа, клиника, диагностика. Методы операций.
- 5) Стеноз привратника. Причины, патогенез водно-электролитных и других нарушений, клиника, лечение.

ВОПРОСЫ ТЕСТИРОВАНИЯ

АППЕНДИЦИТ

1. Развитие патологического процесса при остром аппендиците начинается:

а) с серозного покрова червеобразного отростка; б) со слизистой червеобразного отростка; в) с мышечного слоя червеобразного отростка; г) с купола слепой кишки; д) с терминального отдела тонкой кишки.

2. Для аппендикулярного инфильтрата характерно:

- 1) субфебрильная температура;
- 2) длительность заболевания 4-5 дней;
- 3) профузные поносы;
- 4) повышение числа лейкоцитов крови;
- 5) наличие опухолевидного образования в правой подвздошной области.

Выберите правильную комбинацию ответов:

а) 1, 2; б) 1, 2, 3; в) 2, 3, 4; г) 2, 4, 5; д) 1, 2, 4, 5.

3. Противопоказанием к операции при остром аппендиците является:

а) беременность 35-36 недель; б) старческий возраст;
в) декомпенсированный порок сердца; г) недавно перенесенный инфаркт миокарда; д) все неверно.

4. При осложнении острого аппендицита аппендикулярным инфильтратом показано консервативное лечение, потому что:

- 1) возможно самоизлечение;
- 2) возможно рассасывание инфильтрата;
- 3) при попытке произвести аппендэктомию возможна перфорация тонкой кишки;
- 4) во время операции можно не обнаружить червеобразный отросток;
- 5) при попытке выделить червеобразный отросток из инфильтрата может развиваться перитонит.

Выберите правильную комбинацию ответов:

а) 1, 2, 3; б) 2, 4; в) 1, 3; г) 3, 5; д) 2, 3, 4, 5.

5. К вам поступил больной с аппендикулярным инфильтратом. Комплекс каких консервативных мероприятий наиболее целесообразен у данного больного в первые 3 дня?

- 1)холод на живот;
- 2)антибиотикотерапия;
- 3)местно – УВЧ или УФО;
- 4)тепло на правую подвздошную область;
- 5)парентеральное применение протеолитических ферментов.

Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 2; б) 2, 3; в) 4, 5; г) 1, 5; д) 1, 2, 3, 4, 5.

6. Для перфоративного аппендицита характерны следующие признаки:

- 1)наличие свободного газа в брюшной полости;
- 2)снижение объема циркулирующих эритроцитов;
- 3)внезапное усиление болей в животе;
- 4)напряжение мышц передней брюшной стенки;
- 5)положительный симптом Blumberg–Щеткина. Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 2, 3; б) 2, 4, 5; в) 3, 4, 5; г) 1, 4, 5; д) 1, 2, 3, 4, 5.

7. Вы должны оперировать больного с типичной картиной острого флегмонозного аппендицита. Каким оперативным доступом целесообразно произвести аппендэктомию в данном случае?

- а) нижнесрединная лапаротомия; б) разрез Волковича–Дьяконова;
- в) правосторонний параректальный доступ; г) поперечная лапаротомия над лоном; д) правосторонний трансректальный разрез.

8. Первично-гангренозный аппендицит развивается вследствие:

- а) массивного спаечного процесса в брюшной полости; б) ретроцекального расположения червеобразного отростка; в) нарушений реологических свойств крови; г) тромбоза артерии червеобразного отростка;
- д) снижения реактивности организма больного.

9. Во время операции по поводу острого аппендицита у больного обнаружен аппендикулярный инфильтрат. Какое тактическое решение нужно принять?

- а) произвести диагностическую пункцию инфильтрата; б) отказаться от дальнейших манипуляций и закрыть операционную рану наглухо; в) ограничить воспалительный инфильтрат марлевыми тампонами, ушить рану до тампонов; д) выделить червеобразный отросток из инфильтрата и произвести аппендэктомию.

10. Типичными осложнениями острого аппендицита являются:

- 1)аппендикулярный инфильтрат;
- 2)абсцесс сальниковой сумки;
- 3)пилефлебит;
- 4)абсцесс дугласова пространства;
- 5)пиелонефрит.

Выберите правильную комбинацию ответов:

а) 1, 2, 3; б) 1, 3, 4; в) 2, 4, 5; г) 1, 2, 4; д) 2, 3, 5.

11. Для диагностики острого аппендицита и его осложнений используют (найти неправильный ответ):

- а) лапароскопию; б) исследование крови;
- в) ректальное исследование; г) ирригоскопию; д) влагалищное исследование.

12. Какова хирургическая тактика при аппендикулярном инфильтрате?

- а) экстренная операция; б) отсроченная операция;
- в) консервативная терапия; г) дренирование инфильтрата;
- д) диагностическая лапаротомия.

13. Для типичного начала острого аппендицита характерно.

- а) головная боль; б) боль в проекции правого мочеточника;
- в) тошнота, рвота, диарея; г) внезапная острая боль в животе;
- д) боль в эпигастральной области, постепенно перемещающаяся в правую подвздошную область.

14. При обнаружении на операции неизмененного червеобразного отростка у больного с клинической картиной острого аппендицита следует:

- а) выполнить аппендэктомию; б) завершить операцию дренированием брюшной полости;
- в) завершить операцию тампонированием брюшной полости; г) ввести в брюшную полость антибиотик, ушить операционную рану; д) выполнить осмотр 1,5 метров терминального отдела тонкой кишки.

15. Больному 80 лет. При остром инфаркте миокарда и клинической картиной острого аппендицита следует.

- а) проводить консервативную терапию с использованием антибиотиков;
- б) выполнить экстренную аппендэктомию; в) оперировать через 2-3 дня при развитии перитонита;
- г) наблюдать за развитием клинической картины.

16. Какие из перечисленных симптомов встречаются при остром аппендиците?

- а) Волковича–Kocher;
- б) Murphy;
- в) Ortner–Грекова;
- г) Wahl;
- д) Mayo-Robson.

Ответы к тестам

1 – б; 2 – д; 3 – д; 4 – д; 5 – а; 6 – в; 7 – б; 8 – г; 9 – в; 10 – б; 11 – г; 12 – в; 13 – д; 14 – д; 15 – б; 16 – а.

Тема 2

БРЮШНЫЕ ГРЫЖИ

1. У 17-летнего школьника во время игры в футбол появились резкие боли в правой паховой области, в анамнезе – правосторонняя паховая грыжа с неоднократными ущемлениями. Больной пытался сам вправить грыжу, но неудачно. Определите тактику ведения больного:

- а) попытка нового вправления через 2-3 ч; б) спазмолитики и теплая ванна;
- в) антибиотики и строгий постельный режим; г) немедленная герниотомия;
- д) обзорная рентгеноскопия брюшной полости в положении стоя и лежа.

2. Эзофагогастродуоденоскопию больному с грыжей белой линии живота следует произвести для:

- а) определения характера органа в грыжевом мешке; б) выявления размеров грыжевых ворот;
- в) дифференциации с предбрюшинной липомой;
- г) выявления сопутствующей патологии желудка; д) это исследование излишне.

3. Факторы, способствующие возникновению брюшных грыж:

- 1) пожилой возраст;
- 2) прогрессирующее похудание;
- 3) особенности анатомического строения передней брюшной стенки в местах возникновения грыж;
- 4) заболевания, повышающие внутрибрюшное давление;
- 5) тяжелая физическая работа.

Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 2, 3, 4; б) 1, 3, 4, 5; в) 3, 4, 5; г) 1, 2, 3, 4, 5; д) 3, 4, 5.

4. Ранними признаками ущемления наружной грыжи брюшной стенки является:

- 1) резкая боль;
- 2) внезапная невосприимчивость грыжи;
- 3) болезненность и напряжение грыжевого выпячивания;
- 4) острое начало заболевания;
- 5) высокая температура.

Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 2, 5; б) 2, 4, 5; в) 1, 2, 3, 4; г) 3, 4, 5; д) 1, 4, 5.

5. Что такое рихтеровское ущемление?

- а) ущемление кишечника в области дуоденальнотощекишечного перехода;
- б) ущемление перекрученной сигмовидной кишки; в) ущемление желудка в диафрагмальной грыже; г) пристеночное ущемление кишки; д) ущемление Меккелева дивертикула.

6. Тактика при самопроизвольном вправлении ущемленной грыжи при отсутствии патологических симптомов со стороны живота:

- а) больного можно отпустить домой и оперировать затем в плановом порядке;
- б) показана экстренная операция – грыжесечение; в) показана экстренная операция – лапаротомия с ревизией кишечника; г) не оперировать больного, тщательно наблюдая за ним в условиях хирургического стационара; д) все из предложенного неверно.

7. Бедренные грыжи чаще встречаются у:

- а) мужчин; б) женщин; в) детей; г) стариков;
- д) пол и возраст не имеют значения

8. Наиболее часто встречающаяся грыжа:

- а) пупочная; б) косая паховая; в) бедренная;
- г) белой линии живота; д) прямая паховая.

9. Возникновению грыж белой линии живота способствуют:

- а) гастрические явления; б) прохождение через белую линию кровеносных сосудов и нервов; в) дефекты в белой линии живота;
- г) растяжение белой линии живота; д) повышение внутрибрюшного давления в верхнем этаже брюшной полости.

10. Грыжевой мешок врожденной паховой грыжи образует:

- а) париетальная брюшина; б) брыжейка кишки;
- в) влагалищный отросток брюшины; г) висцеральная брюшина; д) поперечная фасция.

11. Слабость какой стенки пахового канала характерна для прямой паховой грыжи?

- а) задней; б) верхней; в) передней; г) нижней;
- д) всех стенок.

12. Ущемленную бедренную грыжу необходимо дифференцировать с:

- 1) ущемленной паховой грыжей;
- 2) острым тромбофлебитом варикозного узла в области овальной ямки;
- 3) острым лимфаденитом;
- 4) грыжей запирающего канала;
- 5) липомой.

Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 2, 3; б) 1, 2, 4; в) 1, 2; г) 2, 3, 4; д) 3, 4, 5.

13. Невправимость грыжи зависит от:

- 1) спаек между вышедшими в грыжевой мешок органами и стенкой мешка;
- 2) спаек между вышедшими в грыжевой мешок петлями кишечника;
- 3) спаек между грыжевым мешком и окружающими его тканями;
- 4) несоответствия вышедших в грыжевой мешок органов размеру грыжевых ворот.

Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 2, 3; б) 1, 4; в) 1, 2; г) 3, 4; д) 1, 2, 3, 4.

14. Дифференцируя пахово-мошоночную грыжу с водянкой оболочек яичка, нужно прибегнуть к следующим диагностическим приемам:

- 1) пункции;
- 2) аускультации;
- 3) перкуссии;
- 4) трансиллюминации;
- 5) пальпации.

Выберите правильную комбинацию ответов:

а) 1, 2, 3; б) 4, 5; в) 2, 3, 4, 5; г) 1, 2, 3, 4, 5.

15. Какое мероприятие вы считаете первоочередным при ущемленной паховой грыже многочасовой давности?

а) теплая ванна; б) попытка вправления грыжи;

в) экстренная операция; г) спазмолитики для облегчения вправления грыжи;

д) анальгетики перед вправлением грыжи.

16. Почему при ущемлении грыжи показана экстренная операция?

1)из-за резкой болевой реакции;

2)из-за возможных рецидивов ущемления;

3)из-за возможного некроза ущемленного органа;

4)из-за возможного развития перитонита;

5)из-за возникновения острой кишечной непроходимости. Выберите правильную комбинацию ответов:

а) 1, 5; б) 1, 4, 5; в) 2, 3; г) 3, 4, 5; д) 1, 2, 3, 4, 5.

17. В клинику поступила больная, у которой вы предполагаете рихтеровское ущемление. Ваша тактика?

а) наблюдение до точного установления диагноза; б) консервативное лечение; в) вправление грыжи;

г) наблюдение в течение 6 час, при отсутствии эффекта – операция;

д) экстренная операция.

18. Что является критерием скользящей грыжи?

а) выраженный болевой синдром; б) симптом натянутой струны; в) наличие грыжевого содержимого;

г) участие в образовании мешка интраперитонеально расположенного органа;

д) ничто из названного.

19. При оценке жизнеспособности кишки при ущемленной грыже следует ориентироваться на следующие признаки:

1)цвет кишки;

2)наличие перистальтики;

3)пульсация сосудов брыжейки;

4)наличие выпота в грыжевом мешке;

5)вздутие ущемленной кишки.

Выберите правильную комбинацию ответов:

а) 1, 4; б) 2, 3, 5; в) 1, 2, 4; г) 3, 4, 5; д) 1, 2, 3.

20. Назовите факторы, способствующие образованию послеоперационных грыж:

1)нагноение раны;

2)парез кишечника в послеоперационном периоде;

- 3) тампонада раны;
- 4) нарушение иннервации брюшных мышц;
- 5) раннее вставание с постели после операции. Выберите правильную комбинацию ответов:
а) 1, 2; б) 1, 3; в) 3, 5; г) 1, 2, 3; д) 1, 2, 3, 4, 5.

21. У больного острый инфаркт миокарда и ущемленная грыжа. Ваша тактика:

- а) наблюдение, холод на живот; б) произвести вправление грыжи; в) наложить бандаж;
- г) ввести внутривенно спазмолитики; д) срочно оперировать в сочетании с интенсивной кардиальной терапией.

22. Выберите основной признак скользящей грыжи:

- а) проникает между мышцами и апоневрозом наружной косой мышцы живота;
- б) является врожденной грыжей; в) по выходе из наружного отверстия пахового канала уклоняется на бедро; г) одной из стенок грыжевого мешка является орган брюшной полости; д) все неверно.

23. Что служит показанием к экстренному оперативному вмешательству при самопроизвольном вправлении ущемленной грыжи?

- а) наличие грыжевого выпячивания; б) появление перитонеальных признаков; в) повышение температуры; г) дизурические явления; д) ничто из названного.

24. С помощью каких тестов можно отличить бедренную грыжу от варикозного узла в области овальной ямки?

- 1) восходящей функциональной флебографии;
- 2) аускультации (дующий шум при кашле);
- 3) пальпаторного определения обратной волны крови при кашле;
- 4) пункции узла;
- 5) термографии.

Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 2; б) 2, 3; в) 3, 4, 5; г) 3, 5; д) 1, 3, 5.

25. В ходе операции по поводу ущемленной грыжи по вскрытии грыжевого мешка обнаружены две петли тонкой кишки. О каком виде ущемления идет речь?

- а) ретроградном; б) пристеночном;
- в) узлообразовании в грыжевом мешке; г) ущемлении 2-х петель кишки; д) ни о чем из названного.

26. У больного 16 лет во время операции по поводу паховой грыжи в грыжевом мешке обнаружена петля тонкой кишки и яичко. Какой вид грыжи у больного?

- а) врожденная грыжа, б) скользящая грыжа.

27. Ранним признаком ущемления грыжи брюшной стенки является.

- а) невправимость грыжи; б) лейкоцитоз;
- в) болезненность грыжевого выпячивания; г) повышение температуры тела; д) гиперемия в области грыжи.

28. Тактика у пожилого больного с ущемленной грыжей недавно перенесшего инфаркт миокарда.

- а) проведение кардиальной терапии, не обращая внимания на грыжу;
- б) назначение спазмолитиков и анальгетиков; в) вправление грыжи;
- г) немедленная операция на фоне кардиальной терапии; д) назначение наркотиков.

Ответы к тестам:

1 – г; 2 – г; 3 – г; 4 – в; 5 – г; 6 – г; 7 – б; 8 – б; 9 – в; 10 – в; 11 – а; 12 – а; 13 – в; 14 – в; 15 – в; 16 – г; 17 – д; 18 – г; 19 – д; 20 – б; 21 – д; 22 – г; 23 – б; 24 – б; 25 – а; 26 – а; 27 – а; 28 – г.

Тема 3

ХОЛЕЦИСТИТ

1. Желчнокаменная болезнь осложняется развитием:

- а) острого панкреатита; б) механической желтухи;
- в) обтурационной тонкокишечной непроходимости; г) холангита; д) все ответы верны.

2. Для колики, вызванной холецистолитиазом, характерно;

- 1) интенсивная боль в правом подреберье;
- 2) иррадиация болей в правую лопатку;
- 3) симптом Щеткина – Blumberg в правом подреберье;
- 4) симптом Ortner–Грекова;
- 5) высокая температура.

Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 2, 4; б) 2, 3, 4; в) 4, 5; г) 3, 4; д) 2, 3, 5.

3. Для клиники острого холангита характерно:

- 1) высокая температура;
- 2) боли в правом подреберье;
- 3) желтуха;
- 4) опоясывающие боли;
- 5) неустойчивый жидкий стул.

Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 2, 4; б) 1, 2, 3; в) 3, 4, 5; г) 4, 5; д) 1, 4, 5.

4. Симптом Courvoisier характерен для следующих заболеваний:

- 1) хронического калькулезного холецистита;
- 2) рака головки поджелудочной железы;
- 3) острого панкреатита;
- 4) опухоли большого дуоденального сосочка;
- 5) цирроза печени.

Выберите правильную комбинацию ответов:

а) 1, 2, 5; б) 3, 5; в) 2, 5; г) 2, 3, 5; д) 2, 4.

5. Камнеобразованию в желчном пузыре способствуют:

- 1) инфекция;
- 2) застой желчи в пузыре;
- 3) обменные нарушения;
- 4) воспалительные процессы в желчном пузыре;
- 5) пол.

Выберите правильную комбинацию ответов:

а) 1, 2, 3, 4; б) 1, 2, 3, 5; в) 1, 2, 3, 4, 5; г) 2, 3, 4; д) 1, 3, 4, 5.

6. Оптимальным методом диагностики неосложненной желчнокаменной болезни будет:

- а) ретроградная холангиопанкреатикография; б) лапароскопия; в) ультрасонография;
- г) транспеченочная холангиография; д) дуоденальное зондирование.

7. Для уточнения характера желтухи и причины ее возникновения следует произвести:

- 1) рентгенографию подпеченочного пространства;
- 2) инфузионную холецистохолангиографию;
- 3) магнитно-резонансную томографию;
- 4) эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатикографию;
- 5) ультрасонографию.

Выберите правильную комбинацию ответов:

а) 1, 2, 4; б) 2, 3, 5; в) 2, 4; г) 3, 4, 5; д) 3, 4.

8. С целью подготовки больного с длительной желтухой желчнокаменного происхождения и явлениями печеночнопочечной недостаточности к операции наиболее целесообразно произвести:

- 1) лапароскопическую холецистостомию;
- 2) эндоскопическую папиллотомию;
- 3) чрескожное чреспеченочное дренирование печеночножелчного протока;
- 4) детоксикационную терапию;
- 5) эндоскопическую папиллотомию с литоэкстракцией и назобилиарным дренированием.

Выберите правильную комбинацию ответов:

а) 1, 4; б) 2, 4; в) 3, 4; г) 2, 3; д) 4, 5.

9. При поражении какого отдела гепатобилиарной системы может возникнуть синдром Courvoisier:

- 1) рак головки поджелудочной железы;
- 2) рак общего желчного протока;
- 3) рак общего печеночного протока;
- 4) рак большого дуоденального сосочка;
- 5) рак тела поджелудочной железы. Выберите лучшую комбинацию ответов:

а) 1, 3, 5; б) 1, 2, 5; в) 1, 4, 5; г) 1, 2, 4; д) 1, 2, 3, 4, 5.

10. Какое из осложнений желчнокаменной болезни требует экстренного оперативного вмешательства?

а) разлитой перитонит; б) рубцовая стриктура желчного протока; в) холедохолитиаз; г) кишечно-пузырный свищ; д) желтуха.

11. Какое осложнение возникает при перемещении камня из желчного пузыря в желчные протоки?

а) желчная колика; б) механическая желтуха; в) дуоденостаз; г) стенозирующий папиллит; д) портальная гипертензия.

12. Чем можно объяснить перемежающуюся желтуху?

а) вклиненным камнем терминального отдела холедоха; б) опухолью холедоха; в) камнем пузырного протока;

г) вентильным камнем холедоха; д) множественными камнями желчного пузыря.

13. Какие признаки характерны для механической желтухи?

- 1) повышение прямого билирубина сыворотки крови;
- 2) повышение непрямого билирубина сыворотки крови;
- 3) билирубинурия;
- 4) увеличение показателя ЩФ крови;
- 5) повышение стеркобилина в кале.

Выберите правильную комбинацию ответов:

а) 1, 3, 5; б) 1, 3, 4; в) 2, 3, 4; г) 2, 3, 4, 5; д) 2, 3.

14. Желчнокаменная болезнь опасна:

- 1) развитием цирроза печени;
 - 2) раковым перерождением желчного пузыря;
 - 3) вторичным панкреатитом;
 - 4) развитием деструктивного холецистита;
 - 5) возможной механической желтухой. Выберите правильную комбинацию ответов:
- а) 1, 2, 3, 4, 5; б) 3, 4, 5; в) 1, 5; г) 1, 3, 4, 5; д) 2, 3, 4, 5.

15. Фактором, определяющим тактику хирурга при остром флегмонозном холецистите, является:

а) повышение температуры; б) наличие симптомов перитонита; в) сопутствующие заболевания; г) возраст больного; д) квалификация хирурга.

16. Точный диагноз острого холецистита можно поставить на основании:

- 1) жалоб больного;
 - 2) анамнеза;
 - 3) ультразвукового сканирования желчного пузыря и поджелудочной железы;
 - 4) инфузионной холангиографии;
 - 5) ретроградной панкреатикохолангиографии.
- Выберите правильную комбинацию ответов:

а) 1, 2, 3; б) 2, 3, 4; в) 3, 4, 5; г) 2, 4, 5; д) 4, 5.

17. В чем заключается преимущество выполнения холецистэктомии от шейки?

- 1) создаются условия для бескровного удаления желчного пузыря;
- 2) прерывается путь поступления гнойной желчи в желчный проток;
- 3) удается избежать миграции камней из пузыря в желчный проток;
- 4) позволяет воздержаться от холедохотомии;
- 5) исключается необходимость в интраоперационной холангиографии.

Выберите правильную комбинацию ответов:

а) 1, 2, 4; б) 1, 3, 4; в) 2, 4, 5; г) 1, 2, 3; д) 1, 2, 5.

18. У больной, поступившей в клинику с флегмонозным холециститом, в последующие три дня появились ознобы, желтуха, гипертермия. Симптомов перитонита нет. Какое осложнение могло развиться у больной?

- а) стеноз большого дуоденального соска; б) эмпиема желчного пузыря; в) пиелонефрит; г) перфоративный холецистит; д) холангит.

19. Укажите наиболее тяжелое осложнение механической желтухи.

- а) нарушение всасывательной функции кишечника; б) снижение белково-синтезирующей функции печени; в) печеночно-почечная недостаточность; г) водянка желчного пузыря; д) отключенный желчный пузырь.

20. Какое из осложнений калькулезного холецистита требует экстренного оперативного вмешательства?

- а) окклюзия пузырного протока; б) холецистопанкреатит; в) миграция камней из желчного пузыря в желчный проток; г) механическая желтуха; д) перфорация желчного пузыря с развитием перитонита.

21. При остром флегмонозном обтурационном холецистите показано:

- а) активная антибиотикотерапия; б) экстренная холецистэктомия; в) эндоскопическая папиллосфинктеротомия; г) чрескожное дренирование желчного пузыря; д) все ответы неверны.

Ответы к тестам:

1 – д; 2 – а; 3 – б; 4 – д; 5 – в; 6 – в; 7 – г; 8 – д; 9 – г; 10 – а;
11 – б; 12 – г; 13 – б; 14 – д; 15 – б; 16 – а; 17 – г; 18 – д; 19 – в; 20 – д; 21 – б.

ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ

1. Какое дополнительное исследование вы проведете больному с клинической картиной острого панкреатита для уточнения диагноза?

- 1) обзорную рентгенографию брюшной полости;
- 2) лапароскопию;

- 3) УЗИ брюшной полости;
- 4) гастродуоденоскопию;
- 5) исследование амилазы в крови.

Выберите наиболее рациональную комбинацию ответов:

- а) 1, 2, 4, 5; б) 1, 3, 4, 5; в) 2, 4, 5; г) 1, 2, 5; д) 1, 2, 3, 4, 5.

2. Какие лапароскопические признаки наиболее вероятны при остром геморрагическом панкреатите?

- а) геморрагический выпот; б) кровь; в) гнойный экссудат;
- г) бляшки стеатонекроза; д) наложения фибрина на брюшине.

3. Какова тактика ведения больного острым геморрагическим панкреатитом?

- а) экстренная операция; б) строго консервативное лечение;
- в) консервативное лечение; при отсутствии эффекта – операция;
- г) все верно; д) все неверно.

4. При жировом панкреонекрозе могут наблюдаться:

- а) многократная рвота;
- б) инфильтрат в эпигастрии;
- в) симптом Mayo-Robson;
- г) симптом Воскресенского; д) все ответы верны.

5. Шок и коллапс при остром деструктивном панкреатите вызываются:

- а) отеком поджелудочной железы; б) сдавлением дистального отдела желчного протока; в) ферментной токсемией; г) билиарной гипертензией;
- д) динамической непроходимостью кишечника.

6. При геморрагическом панкреонекрозе могут наблюдаться:

- 1) симптом Mayo-Robson;
- 2) коллапс;
- 3) многократная рвота;
- 4) исчезновение печеночной тупости;
- 5) усиление перистальтики.

Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 2, 3, 4, 5; б) 1, 2, 3, 5; в) 1, 2, 3; г) 1, 3; д) 1, 2, 3, 4.

7. Какой метод исследования наиболее информативен в диагностике форм острого панкреатита?

- а) диагностический пневмоперитонеум; б) обзорная рентгеноскопия брюшной полости; в) лапароскопия; г) гастродуоденоскопия;
- д) определение амилазы крови и мочи.

8. У больного 26 лет, заболевшего 12 час назад, геморрагический панкреонекроз. Ему показана:

- 1) экстренная лапаротомия;
 - 2) лапароскопическое дренирование брюшной полости;
 - 3) введение назоинтестинального дренажа;
 - 4) чрескожная гепатохоледохостомия;
 - 5) массивная инфузионная терапия. Выберите правильную комбинацию ответов:
- а) 1, 3, 5; б) 2, 3, 5; в) 2, 3, 4; г) 1, 3, 4; д) 2, 4, 5.

9. У больного 30 лет с деструктивным панкреатитом на 14 день от поступления в клинику появились: гектическая температура, тахикардия, ознобы, сдвиг лейкоцитарной формулы крови влево, пальпируется инфильтрат в эпигастрии. Ваш диагноз:

- а) холангит; б) пневмония;
- в) киста поджелудочной железы; г) забрюшинная флегмона; д) абсцесс сальниковой сумки.

10. Какой должна быть тактика хирурга при образовании абсцесса сальниковой сумки при остром панкреатите?

- а) антибактериальная терапия; б) интенсивная инфузионная терапия; в) операция; г) наблюдение;
- д) дренирование под контролем УЗИ.

11. К постнекротическим осложнениям острого панкреатита относятся:

- 1) панкреатогенный шок;
 - 2) острая печеночная недостаточность;
 - 3) абсцесс сальниковой сумки;
 - 4) киста поджелудочной железы;
 - 5) панкреатогенный перитонит.
- Выберите правильную комбинацию ответов:
- а) 1, 3, 4, 5; б) 2, 3, 4; в) 3, 4; г) 2, 5; д) 1, 2, 3, 4, 5.

12. Основными направлениями патогенетического лечения острого панкреатита будут:

- 1) подавление экскреторной деятельности железы;
 - 2) ликвидация гиповолемии;
 - 3) инактивация панкреатических ферментов;
 - 4) назогастральная декомпрессия желудочно-кишечного тракта;
 - 5) введение цитостатиков.
- Выберите правильную комбинацию ответов:
- а) 1, 2, 3, 4; б) 1, 2, 3, 5; в) 1, 3, 4; г) 1, 2, 3, 4, 5.

13. Наиболее частый симптом острого панкреатита:

- а) тошнота и рвота; б) запоры; в) желтуха;
- г) вздутие живота; д) боли в эпигастрии и опоясывающие боли.

14. У больного, перенесшего месяц назад деструктивный панкреатит, в верхних отделах живота определяется объемное образование мягкой консистенции. Живот мягкий, без перитонеальных явлений. Температура и формула крови в пределах нормы. Ваш диагноз:

- а) опухоль поджелудочной железы; б) абсцесс сальниковой сумки;
- в) ложная киста поджелудочной железы; г) истинная киста поджелудочной железы; д) псевдотуморозный панкреатит.

15. У больного диагностирован жировой панкреонекроз. Ваша тактика?

- а) лапаротомия; дренирование брюшной полости; б) лапаротомия, рассечение капсулы железы;
- в) инфузионная терапия; антиферментные и цитостатические препараты;
- г) дистальная резекция поджелудочной железы; д) все верно.

16. Какое исследование окажется наиболее информативным в диагностике ложной кисты поджелудочной железы?

- а) эндоскопическая ретроградная панкреатикохолангиография;
- б) исследование пассажа бария по желудку и кишечнику; в) определение сахара крови; г) УЗИ брюшной полости; д) ничего из названного.

17. В комплекс лечения острого панкреатита входит:

- 1) использование назогастрального зонда с аспирацией содержимого желудка;
 - 2) назначение спазмолитиков;
 - 3) применение морфина и его производных;
 - 4) применение ингибиторов протеаз;
 - 5) применение препаратов кальция. Выберите правильную комбинацию ответов:
- а) 1, 2, 3; б) 1, 2, 4; в) 3, 4, 5; г) 1, 2, 4, 5; д) 1, 3, 5.

18. Назовите наиболее частые причины острого панкреатита:

- 1) алкоголизм;
 - 2) холедохолитиаз;
 - 3) язвенная болезнь желудка;
 - 4) рак желудка;
 - 5) хронический гастрит.
- Выберите лучшую комбинацию ответов:
- а) 1, 2; б) 2, 3; в) 3, 4, 5; г) только 5; д) 1, 2, 3, 4, 5.

19. Для купирования болевого приступа при остром панкреатите следует сделать (найти неправильный ответ):

- а) вагосимпатическую блокаду по Вишневскому; б) перидуральную анестезию; в) паранефральную блокаду;
- г) блокаду круглой связки печени; д) инъекции морфина.

20. Какой диагностический метод наиболее информативен в дифференциальной диагностике острого панкреатита?

а) диагностический пневмоперитонеум; б) обзорная рентгеноскопия брюшной полости; в) лапароскопия; г) гастроскопия;

д) УЗИ брюшной полости.

21. Обнаружив при лапаротомии геморрагический выпот в брюшной полости и бляшки жирового некроза на брюшине, вы в первую очередь подумаете:

а) о повреждении полого органа; б) о разрыве печени;
в) о смешанной форме панкреонекроза; г) о перфоративной язве желудка; д) о мезентериальном тромбозе.

22. Абсолютными показаниями к операции при остром панкреатите являются:

1) наличие перитонита;
2) развитие гнойных осложнений;
3) паралитическая кишечная непроходимость;
4) нарастание лейкоцитоза;
5) появление серозного выпота в левой плевральной полости. Выберите правильную комбинацию ответов:
а) 1, 2; б) 2, 3; в) 1, 3; г) 1, 2, 4, 5; д) только 3.

23. При обзорной рентгенографии грудной клетки у больного острым панкреатитом можно увидеть:

1) долевые ателектазы;
2) медиастинальную эмфизему;
3) ограничение подвижности диафрагмы;
4) левосторонний плеврит;
5) смещение средостения.
Выберите лучшую комбинацию ответов:
а) 1, 3, 4; б) 1, 4, 5; в) 2, 4, 5; г) 3, 4; д) 1, 2, 3, 4, 5.

24. Основными направлениями патогенетической терапии острого некротического панкреатита являются:

1) снижение экзокринной функции поджелудочной железы;
2) ликвидация гиповолемии;
3) борьба с инфекцией;
4) инактивация ферментов;
5) профилактика легочных осложнений;
6) кардиальная терапия.
Выберите правильную комбинацию ответов:
а) 1, 2, 3, 4; б) 1, 2, 3, 4, 5, 6; в) 1, 4, 5, 6; г) 1, 2, 4, 6; д) 1, 2, 3, 4, 6.

Ответы к тестам:

1 – д; 2 – а; 3 – в; 4 – д; 5 – в; 6 – в; 7 – в; 8 – б; 9 – д; 10 – д; 11 – в; 12 – г; 13 – д; 14 – в; 15 – в;
16 – г; 17 – г; 18 – а; 19 – д; 20 – в; 21 – в; 22 – а; 23 – г; 24 – б.

Тема 5

ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ

1. Рецидивирующий панкреатит развивается после:

- а) резекции желудка; б) перенесенного острого панкреатита; в) холецистэктомии;
- г) резекции поджелудочной железы.

2. Для рецидивирующего панкреатита характерно:

- а) периодическое возникновение болей в животе; б) частое появление болей в верхней половине живота опоясывающего характера; в) наличие постоянных болей в эпигастральной области;
- г) наличие постоянных болей в поясничной области.

3. Псевдотуморозная форма хронического панкреатита характеризуется:

- а) выраженными болями в эпигастральной области; б) развивающейся перемежающейся желтухой; в) похуданием больного; г) все верно.

4. Для псевдотуморозной формы хронического панкреатита характерно:

- а) значительное уплотнение головки поджелудочной железы; б) постепенное развитие желтухи; в) умеренные боли в эпигастральной области; г) все верно.

5. Склерозирующая форма хронического панкреатита развивается при:

- а) желчнокаменной болезни; б) заболевании большого дуоденального сосочка;

28

- в) хроническом алкоголизме; г) все верно; д) все неверно.

6. Для ложной кисты поджелудочной железы характерно:

- а) наличие капсулы, не имеющей эпителия внутри; б) наличие капсулы, имеющей эпителий внутри;
- в) развитие после возникновения острого воспаления в желчном пузыре;
- г) возникновение у больных с хроническим панкреатитом.

7. К этиологическим факторам хронического панкреатита относится (найти неверный ответ):

- а) алкоголизм; б) нарушение кровообращения в ткани поджелудочной железы; в) язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки;
- г) гиперпаратиреозидизм.

8. Для клинической картины хронического панкреатита характерно:

- а) похудание больного; б) наличие атрофии мышц в эпигастральной области;
- в) наличие стула водянистого характера; г) все неверно; д) все верно.

9. Для диагностики хронического панкреатита используют (найти неверный ответ):

- а) рентгенологическое исследование желудка; б) УЗИ брюшной полости; в) ангиографию; г) сцинтиграфию;
- д) компьютерную томографию; е) все используют.

10. Эндоскопическая панкреатикография позволяет определить

- а) размеры поджелудочной железы; б) форму поджелудочной железы;
- в) состояние протоковой системы поджелудочной железы; г) все верно.

11. УЗИ поджелудочной железы позволяет определить:

- а) размеры и форму поджелудочной железы; б) состояние протоковой системы поджелудочной железы; в) состояние ткани поджелудочной железы; г) все верно.

12. Хирургическое лечение больного с хроническим панкреатитом показано при (найти неверный ответ):

- а) образовании псевдокисты поджелудочной железы; б) периодически появляющихся и купирующихся болях в эпигастриальной области; в) возникающей желтухе;
- г) конкрементах в протоках поджелудочной железы.

13. Наилучшим методом лечения врожденной кисты поджелудочной железы является:

- а) медикаментозное лечение; б) марсупиализация;
- в) резекция тела поджелудочной железы; г) лучевая терапия; д) иссечение кисты.

14. В лечении кист поджелудочной железы применяют:

- а) цистогастростомию; б) цистоеюностомию с межкишечным анастомозом;
- в) цистоеюностомию на отключенной петле; г) возможно применение всех вариантов операции.

15. Осложнением после цистогастростомии может быть:

- а) эзофагит, вызванный попаданием трипсина; б) рецидив кисты; в) послеоперационное кровотечение; г) инфекция;
- д) злокачественное перерождение.

16. При хроническом панкреатите с умеренно выраженным болевым симптомом показано:

- а) операция Puestow;
- б) панкреатэктомия в объеме 95%; в) дистальная панкреатэктомия с интестинальным дренированием панкреатического протока; г) консервативное лечение;
- д) операция Du-Val.

17. Выберите наиболее подходящую операцию для лечения хронических ложных кист поджелудочной железы:

а) чрескожное дренирование кисты; б) формирование цистогастроанастомоза; в) панкреатэктомия; г) иссечение кисты;

д) резекция поджелудочной железы с кистой и наложение панкреатикоеюноанастомоза.

Ответы к тестам

1 – б; 2 – б; 3 – г; 4 – г; 5 – г; 6 – а; 7 – г; 8 – д; 9 – а; 10 – в; 11 – г; 12 – б; 13 – д; 14 – г; 15 – в; 16 – г; 17 – б.

Тема 6

ХИРУРГИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ

1. Спленомегалия, голова медузы и асцит проявляются при:

а) вирусном гепатите В; б) панцирном перикардите;
в) портальной гипертензии; г) хроническом панкреатите.

2. Постоянным симптомом внепеченочной портальной гипертензии является.

а) интермиттирующая лихорадка; б) общая слабость; в) спленомегалия;
г) кровоточивость слизистых оболочек носа; д) маточные кровотечения.

3. Укажите заболевания, которые, как правило, сопровождаются синдромом портальной гипертензии.

1) цирроз печени;
2) эхинококкоз;
3) опухоли ворот печени;
4) болезнь Budd-Chiari;
5) рак внепеченочных желчных протоков. Выберите правильную комбинацию ответов:
а) 1, 4, 5; б) 1, 3, 4; в) 1, 2, 5; г) 2, 3, 5; д) 3, 4, 5

4. Какие злокачественные опухоли встречаются в печени?

а) гепатоцеллюлярный рак; б) холангиоцеллюлярный рак; в) саркома печени; г) метастатические опухоли;
д) все ответы верны

5. К хирургическим заболеваниям печени относятся (выбрать неправильный ответ):

а) цирроз печени; б) абсцесс печени; в) острый гепатит; г) опухоль печени;
д) эхинококк печени.

6. К специальным методам исследования печени относятся (выбрать неправильный ответ):

а) компьютерная томография; б) спленопортография; в) ультразвуковая томография;
г) радиоизотопное сканирование; д) рентгеноскопия желудка.

7.Какие рентгеновские методы исследования применяются для диагностики заболеваний печени?

- а) пневмоперитонеография; б) трансумбиликальнаяпортогепатография; в) спленопортография; г) целиакография; д) все перечисленные.

8.Лапароскопия дает возможность:

- 1) определить характер патологического процесса в печени;
- 2) выявить признаки портальной гипертензии;
- 3) определить наличие опухоли, расположенной в глубине ткани печени;
- 4) определить наличие опухоли, расположенной на поверхности ткани печени;

Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 2; б) 1, 2, 3; в) 1, 2, 4; г) 1, 2, 3, 4.

9.Ультразвуковое исследование печени позволяет (выбрать неправильный ответ):

- а) обнаружить опухоль; б) выявить абсцесс; в) обнаружить кисту;
- г) определить структуру ткани печени; д) определить функцию печеночной клетки.

10.Портальная гипертензия возникает при (выбрать неправильный ответ):

- а) нарушении нормального тока крови в самой печени; б) нарушении кровотока в воротной вене; в) тромбозе печеночных вен; г) варикозном расширении вен пищевода.

11.При портальной гипертензии расширяются (выбрать неправильный ответ):

- а) вены желудка; б) вены пищевода;
- в) геморроидальные вены; г) пупочная вена;
- д) вены поджелудочной железы.

12.При портальной гипертензии чаще расширяются вены:

- а) нижней трети пищевода; б) верхней трети пищевода; в) средней трети пищевода.

13.Наиболее информативным методом диагностики варикозного расширения вен пищевода является:

- а) ультразвуковая томография; б) эзофагоскопия; в) рентгеноскопия пищевода;
- г) спленопортография.

14. При консервативном лечении больного с кровотечением из варикозных вен пищевода используют (выбрать неправильный ответ):

- а) зонд Blakemore;
- б) гемостатические препараты; в) антибиотики;
- г) препараты, улучшающие функцию печеночной клетки.

Ответы к тестам

1 – в; 2 – в; 3 – б; 4 – д; 5 – в; 6 – д; 7 – д; 8 – в; 9 – д; 10 – г; 11 – д; 12 – а; 13 – б; 14 – в.

Тема 7

ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ АРТЕРИЙ

1. Типично для эмболии магистральных артерий конечности:

- 1)бледность;
- 2)боли;
- 3)отеки;
- 4)парестезии;
- 5)исчезновение пульса.

Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 2, 4, 5; б) 4, 5; в) 2, 3; г) 1, 2, 3; д) 1, 2, 3, 4, 5.

2. При эмболии бедренной артерии, ишемии III В степени (контрактура конечности) методом выбора является:

- а) экстренная эмболэктомия; б) тромболитическая терапия; в) антикоагулянтная терапия; г) симптоматическая терапия;
- д) первичная ампутация конечности.

3. Для эмболии подколенной артерии характерны следующие признаки:

- 1)отсутствие пульсации бедренной артерии;
 - 2)отсутствие пульсации подколенной артерии;
 - 3)отсутствие пульсации артерий на стопе;
 - 4)усиление пульсации подколенной артерии;
 - 5)ослабление пульсации подколенной артерии. Выберите правильную комбинацию ответов:
- а) 1, 2, 3; б) 2, 3; в) 3, 4; г) 1, 5; д) 3, 5.

4. Для острой ишемии конечности I Б степени, развившейся на почве эмболии бедренной артерии, характерны признаки:

36

- 1)чувство онемения и похолодания конечности;
- 2)парестезии;
- 3)боли в покое;
- 4)ограничение активных движений в суставах конечности;
- 5)субфасциальный мышечный отек.

Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 2, 3, 4; б) 1, 2, 3; в) 3, 4, 5; г) 1, 3, 5; д) 1, 2, 3, 4, 5.

5. Для острой ишемии конечности III В степени, развившейся при эмболии бедренной артерии, характерны следующие признаки:

- 1)боль в конечности;
- 2)похолодание конечности;
- 3)отсутствие активных движений в суставах конечности;
- 4)резкая болезненность при попытке пассивных движений в суставах конечности;
- 5)тотальная мышечная контрактура.

Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 2, 3; б) 3, 4, 5; в) 1, 2, 4; г) 1, 2, 3, 4, 5.

6. При развитии острого тромбоза подколенной артерии, ишемии I А степени у больного с геморрагическим инсультом необходима:

- а) экстренная тромбэктомия; б) тромболитическая терапия; в) антикоагулянтная терапия; г) симптоматическая терапия;
- д) первичная ампутация конечности.

7. Для острой ишемии конечности II Б степени, развившейся вследствие эмболии бедренной артерии, характерно (выбрать неправильный ответ):

- а) наличие боли в конечности; б) появление «мраморного» рисунка кожных покровов; в) похолодание конечности;
- г) отсутствие активных движений в суставах конечности; д) возникновение мышечной контрактуры.

8. Хроническая артериальная ишемия нижних конечностей проявляется:

- 1)облысением конечности;
- 2)деформацией ногтей;
- 3)атрофией кожи;
- 4)пигментацией кожи.

Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 2, 3; б) 2, 3; в) 2, 3, 4; г) 3, 4; д) 1, 2, 3, 4.

9. При быстро прогрессирующей влажной гангрене стопы необходимо:

- а) произвести множественные разрезы кожи стопы; б) срочно произвести ампутацию бедра; в) произвести шунтирование артерий;
- г) продолжить мероприятия, направленные на перевод влажной гангрены в сухую;
- д) проводить массивную антибиотикотерапию.

10. Окклюзирующий атеросклероз артерий нижних конечностей характеризуется:

- а) летучими болями в суставах конечности; б) перемежающейся хромотой; в) молниеносным некрозом стопы;
- г) возникновением трофических язв в области коленных суставов;
- д) сопутствующим тромбофлебитом глубоких вен.

11. Симптом плантарной ишемии характерен для:

- 1)постфлебитического синдрома;
 - 2)болезни Raynaud;
 - 3)варикозного расширения поверхностных вен;
 - 4)облитерирующего эндартериита;
 - 5) облитерирующего атеросклероза. Выберите правильную комбинацию ответов:
- а) 2, 4; б) 1, 3; в) 2, 4, 5; г) 4, 5; д) 4.

12. Синдром Leriche – это:

- а) брахиоцефальный неспецифический артериит; б) атеросклеротическая окклюзия бифуркации брюшной аор-
- ты; в) капиллярпатия дистальных отделов конечности;

г) мигрирующий тромбангиит; д) окклюзия нижней полой вены.

13. При I стадии облитерирующего тромбангита методом выбора является:

- а) консервативное лечение; б) поясничная симпатэктомия;
в) периаартериальная симпатэктомия; г) восстановительная сосудистая операция; д) первичная ампутация.

14. В консервативном лечении облитерирующего тромбангита II стадии применяются следующие препараты:

- 1) реологически активные вещества;
- 2) кортикостероиды;
- 3) витамины группы В;
- 4) антиагреганты;
- 5) седативные препараты.

Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 3, 4; б) 1, 2, 3; в) 1, 4, 5; г) 4, 5; д) 1, 2, 3, 4, 5.

15. Для синдрома Leriche характерны следующие клинические признаки:

- 1) резкий отек обеих нижних конечностей;
- 2) отсутствие пульсации на обеих бедренных артериях;
- 3) варикозное расширение вен нижних конечностей;
- 4) «высокая» перемежающаяся хромота;
- 5) импотенция.

Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 2, 5; б) 1, 2, 3; в) 2, 4, 5; г) 3, 4, 5; д) 1, 2, 3, 4, 5.

16. Для хронической ишемии нижних конечностей на почве облитерирующего тромбангита характерными клиническими признаками являются:

- 1) перемежающаяся хромота;
- 2) значительный отек бедра и голени;
- 3) бледность кожных покровов;
- 4) повышение температуры кожных покровов;
- 5) атрофическое истончение кожи.

Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 2, 3; б) 1, 3, 5; в) 2, 3; г) 2, 5; д) 1, 2, 3, 4, 5.

17. При атеросклеротической окклюзии бедренной артерии с поражением также и подколенной и большеберцовых артерий у больного 83 лет с хронической ишемией IV стадии, гангреной стопы методом выбора является:

- а) консервативное лечение; б) поясничная симпатэктомия;
в) реконструктивная сосудистая операция; г) первичная ампутация;
д) микрохирургическая трансплантация большого сальника на голень.

18. При хирургическом лечении синдрома Leriche лучшим методом будет:

- а) поясничная симпатэктомия; б) периаартериальная симпатэктомия;

в) бифуркационное аорто-бедренное шунтирование; г) одностороннее аорто-бедренное шунтирование; д) тромбэктомия катетером Фогарти.

19. При облитерирующем атеросклерозе в первую очередь поражаются:

- 1) большеберцовые артерии;
- 2) подколенная артерия;
- 3) бедренная артерия;
- 4) подвздошные артерии;
- 5) бифуркация аорты.

Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 3; б) 1, 2; в) 2, 3; г) 4, 5; д) 1, 2, 3, 4, 5.

20. Заболеванию облитерирующим тромбангитом подвержены преимущественно:

- а) женщины в возрасте 18-35 лет; б) мужчины в возрасте 18-35 лет;
в) в равной степени мужчины и женщины до 40 лет; г) в равной степени мужчины и женщины в возрасте старше 40 лет; д) мужчины старше 40 лет.

Ответы к тестам

1 – а; 2 – д; 3 – в; 4 – б; 5 – г; 6 – в; 7 – б; 8 – а; 9 – б; 10 – б; 11 – в; 12 – б; 13 – а; 14 – а; 15 – в; 16 – д; 17 – г; 18 – в; 19 – г; 20 – в.

Тема 8

ЗАБОЛЕВАНИЯ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

1. Укажите наиболее опасное осложнение тромбоза глубоких вен нижних конечностей:

- а) трофическая язва голени; б) эмболия легочной артерии; в) флебит варикозных узлов; г) облитерация глубоких вен; д) слоновость.

2. Целью бинтования нижних конечностей эластическими бинтами в послеоперационном периоде является:

- 1) необходимость профилактики лимфостаза;
 - 2) профилактика тромбоза эмболии легочной артерии;
 - 3) ускорение кровотока по глубоким венам;
 - 4) профилактика трофических расстройств;
 - 5) необходимость воздействия на артериальный кровоток. Выберите правильную комбинацию ответов:
- а) 1, 2; б) 3, 4; в) 4, 5; г) 2, 3; д) 1, 2, 3, 4, 5.

3. Факторы, способствующие улучшению венозного кровотока в нижних конечностях в послеоперационном периоде (выбрать неверный ответ):

- а) раннего вставания; б) бинтования голени эластическими бинтами;
в) возвышенного положения конечностей; г) длительного и строгого постельного режима;

4. Чем опасны флеботромбозы нижних конечностей?

- 1) инфарктом почки;
- 2) инфарктной пневмонией;
- 3) тромбозом брыжеечных сосудов;
- 4) пилефлебитом;
- 5) тромбозом легочной артерии. Выберите правильную комбинацию ответов:
а) 1, 3, 5; б) 2, 5; в) 1, 2, 4, 5; г) 3, 4, 5; д) 1, 2, 3, 4, 5.

5. Выберите симптомы, характерные для острого тромбоза глубоких вен голени:

- 1) отек всей нижней конечности;
- 2) боли в икроножных мышцах;
- 3) небольшой отек стопы и нижней трети голени;
- 4) положительный симптом Нотмана;
- 5) положительный симптом перемежающейся хромоты. Выберите правильную комбинацию ответов:
а) 1, 2, 3; б) 2, 3, 4; в) 2, 4, 5; г) 2, 5; д) 3, 5.

6. Вы лечите больного 30 лет по поводу острого тромбоза глубоких вен правой голени 3-дневной давности в условиях хирургического стационара. С какими назначениями вы согласны?

- 1) компрессы с мазью Вишневского;
- 2) антикоагулянтная терапия;
- 3) антиагреганты;
- 4) антибиотики широкого спектра действия;
- 5) эластическое бинтование конечности. Выберите правильную комбинацию ответов:
а) 1, 2, 3; б) 1, 3, 5; в) 2, 3, 5; г) 2, 4, 5; д) 1, 2, 3, 4, 5.

7. При наличии каких из перечисленных факторов возможен процесс тромбообразования в венах?

- 1) повреждение стенки вены;
- 2) наличие врожденных артериовенозных шунтов;
- 3) повышение способности крови к тромбообразованию;
- 4) нарушение ритма сердечных сокращений;
- 5) замедление тока крови в венах.

Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 2, 4; б) 1, 3, 4; в) 1, 3, 5; г) 3, 4, 5; д) 1, 2, 3, 4, 5.

8. Мероприятия, направленные на профилактику острого тромбоза глубоких вен нижних конечностей в послеоперационном периоде:

- 1) длительный и строгий постельный режим;
- 2) эластическое бинтование нижних конечностей;
- 3) возвышенное положение нижних конечностей;
- 4) ранняя активизация больного;
- 5) введение аминокaproновой кислоты. Выберите правильную комбинацию ответов:
а) 1, 2, 3; б) 1, 3; в) 2, 3, 4; г) 2, 3, 5; д) 2, 5.

9. У больного с выраженным варикозным расширением поверхностных вен нижних конечностей проводят следующий тест: накладывают три жгута на конечность. Больной должен ходить. Заполнение варикозных узлов между жгутами говорит о несостоятельности клапанов перфорантных вен. О каком тесте идет речь?

- а) пробе Pratt;
- б) пробе Brodie–Троянова–Trendelenburg; в) пробе Delbet–Perthes;

10. Что можно рекомендовать при консервативном лечении варикозного расширения вен нижних конечностей?

- 1) регулярное плавание;
- 2) теплые термальные и плавательные бассейны;
- 3) использование экстрактов с тонизирующим и антиотечным действием;
- 4) ходьба в эластичных чулках.

Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 4; б) 3; в) 1, 2, 4; г) 1, 3, 4; д) 1, 2, 3, 4.

11. Варикозное расширение вен нижних конечностей проявляется:

- а) отеками; б) гиперпигментацией кожи голеней;
- в) образованием язв на голенях;
- г) дерматитом; д) всем названным.

12. Для лечения варикозного расширения вен нижних конечностей используют (выбрать неправильный ответ):

- а) склеротерапию; б) оперативную перевязку вен;
- в) эластическое бинтование конечности; г) отдых с приподнятыми нижними конечностями; д) все используют.

13. Каковы причины хронической венозной недостаточности нижних конечностей?

- 1) поражение сердца при левожелудочковой недостаточности;
 - 2) механическое затруднение оттока крови из конечности;
 - 3) незначительный присасывающий эффект сердца при правожелудочковой недостаточности;
 - 4) клапанная недостаточность большой подкожной и глубоких вен;
 - 5) клапанная недостаточность коммуникантных вен. Выберите правильную комбинацию ответов:
- а) 4; б) 1, 4; в) 2, 4, 5; г) 2, 3, 4, 5; д) 1, 2, 3, 4, 5.

14. Симптомы посттромбофлебитического синдрома нижних конечностей?

- 1) пигментация кожи;
 - 2) застойный дерматоз и склероз;
 - 3) атрофия кожи;
 - 4) бледная «мраморная» кожа;
 - 5) вторичный варикоз поверхностных вен. Выберите правильную комбинацию ответов:
- а) 2, 3; б) 4, 5; в) 1, 2, 4; г) 1, 2, 5; д) 2, 3, 4, 5.

15.К осложнению варикозного расширения вен нижних конечностей относится (выбрать неправильный ответ):

- а) гангрена конечности; б) тромбофлебит;
- в) хроническая венозная недостаточность; г) экзема и дерматит; д) трофическая язва.

16. Варикозное расширение вен нижних конечностей возникает при (выбрать неправильный ответ):

- а) врожденном нарушении клапанного аппарата; б) длительной ходьбе; в) непроходимости глубоких вен; г) беременности;

д) посттромбофлебитическом синдроме.

17.Какие оперативные вмешательства выполняются при варикозной болезни?

- 1) операция Троянова–Trendelenburg;
- 2) экстравазальная коррекция несостоятельных клапанов бедренной и подколенной вен каркасной спиралью;
- 3) операция Narath;

Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 2; б) 1, 3; в) 2, 3; г) 1, 2, 3.

18.Перечислите местные осложнения варикозной болезни нижних конечностей:

- 1) острый тромбофлебит;
- 2) кровотечение из варикозного узла;
- 3) трофическая язва голени;
- 4) эмболия легочной артерии;
- 5) слоновость.

Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 2, 3; б) 1, 2, 4; в) 1, 3, 4, 5; г) 2, 3, 5; д) 1, 2, 3, 4, 5.

19.Какая проба позволяет определить состояние клапанного аппарата коммуникантных вен нижних конечностей?

- а) проба Brodie–Троянова–Trendelenburg;
- б) проба Pratt;
- в) маршевая проба.

20.Проходимость глубокой венозной системы при варикозном расширении вен нижних конечностей определяют путем:

- 1) пальпации;
- 2) флебографии;
- 3) пробы Delbet–Perthes;
- 4) измерением температуры;
- 5) ультразвуковой флоуметрии.

Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 2, 3, 5; б) 1, 2, 5; в) 2, 4, 5; г) 1, 2, 3; д) 1, 2, 3, 4, 5.

21. При варикозном расширении вен нижних конечностей обнаруживают:

- а) отеки голени и стоп; б) гиперпигментацию кожи голени;
- в) образование язв на голени; г) дерматит; д) все названное.

22. При остром тромбозе большой подкожной вены с уровнем распространения процесса до средней трети бедра, диагностированном в поликлинике, показано:

- а) назначение противовоспалительных препаратов и компресса с мазью Вишневского;
- б) физиотерапия и антибиотикотерапия; в) строгий постельный режим, прием фенилина;
- г) экстренно госпитализировать в хирургическое отделение.

23. Назовите основные клинические симптомы посттромботической болезни нижних конечностей:

- 1) отек конечности;
- 2) отсутствие пульсации бедренной артерии;
- 3) трофические расстройства кожи голени;
- 4) варикозное расширение поверхностных вен;
- 5) перемежающаяся хромота.

Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 2, 3; б) 1, 3, 4; в) 1, 4, 5; г) 2, 4, 5; д) 1, 2, 3, 4, 5.

24. Назовите факторы, участвующие в развитии варикозной болезни нижних конечностей:

- 1) затруднение оттока крови из венозной системы нижних конечностей;
- 2) сброс крови из глубоких вен в поверхностные через перфоранты;
- 3) относительная клапанная недостаточность глубоких вен;
- 4) системная артериальная гипертензия;
- 5) несостоятельность остиальных клапанов. Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 2, 3, 5; б) 1, 2, 3; в) 2, 3, 4, 5; г) 1, 2, 3, 4, 5.

25. Что следует предпринять при обильном кровотечении из разорвавшегося варикозного узла на голени?

- 1) прижать бедренную артерию;
- 2) придать конечности возвышенное положение;
- 3) наложить давящую повязку;
- 4) внутримышечно ввести викасол;
- 5) внутривенно перелить фибринолизин. Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 2; б) 2, 3; в) 1, 2, 4; г) 2, 4, 5; д) 1, 2, 3, 4, 5.

26. Какую информацию можно получить посредством выполнения функциональных проб при варикозной болезни нижних конечностей?

- 1) выявление клапанной недостаточности поверхностных вен;
- 2) диагностика поверхностного тромбоза;
- 3) определение локализации несостоятельных перфорантных вен;

4)получение данных о наличии артериовенозного сброса крови; 5) оценка проходимости глубоких вен.

Выберите правильную комбинацию ответов:

а) 1, 2, 3, 5; б) 1, 2, 4, 5; в) 1, 3, 5; г) 1, 4, 5; д) 3, 4, 5.

27. Какие цели преследует оперативное вмешательство при варикозной болезни нижних конечностей?

1)устранение патологического сброса крови из глубоких вен вповерхностные;

2)удаление варикозных расширенных вен;

3)восстановление проходимости глубоких вен;

4)коррекция несостоятельности клапанов бедренной вены;

5)удаление трофически измененных тканей.

Выберите правильную комбинацию ответов:

а) 1, 2, 3; б) 1, 2, 4; в) 2, 3, 4; г) 3, 4, 5; д) 1, 2, 3, 4, 5.

28. Посттромботическая болезнь нижних конечностей является следствием:

а) тромбоза поверхностных вен; б) варикозного расширения поверхностных вен;

в) тромбоза глубоких вен голени и бедра; г) перевязки большой подкожной вены; д) тромбоза магистральных артерий.

29.Послеоперационные флеботромбозы нижних конечностей опасны тем, что:

а) могут быть причиной тромбоэмболии легочной артерии; б) приведут к варикозному расширению вен нижних конечностей; в) вызовут гангрену нижней конечности; г) могут быть причиной эмболии сосудов мозга; д) могут быть причиной послеоперационной пневмонии.

30.Какие из перечисленных симптомов свойственны тромбозу глубоких вен нижних конечностей:

1) отек;

2) отсутствие пульса на стопе;

3) распирающие боли;

4) болезненность по ходу сосудистого пучка; Выберите правильную комбинацию ответов:

а) 1, 2; б) 1, 3, 4; в) 2, 4; г) 1, 2, 3, 4.

31. Выберите 3 этиологических фактора в развитии варикозной болезни вен нижних конечностей:

1) наследственная или приобретенная недостаточность соединительно-тканного аппарата;

2) увеличение в крови уровня катехоламинов;

3) затруднение оттока крови из венозной системы нижних конечностей;

4) сброс крови из глубоких вен в поверхностные через систему коммуникантных вен;

5) окклюзия глубоких вен.

Выберите правильную комбинацию ответов:

а) 1, 2, 3; б) 1, 3, 4; в) 2, 4, 5; г) 3, 4, 5; д) 1, 4, 5.

32. Укажите 3 основных фактора возникновения острых венозных тромбозов:

- 1) возраст больного;
- 2) замедление кровотока;
- 3) вредные привычки;
- 4) поражение венозной стенки;
- 5) тромботическое состояние гемостаза. Выберите правильную комбинацию ответов:
а) 1, 2, 3; б) 2, 3, 4; в) 3, 4, 5; г) 2, 4, 5; д) 1, 3, 5.

33. Назовите 3 осложнения варикозной болезни нижних конечностей:

- 1) острый тромбофлебит;
 - 2) гангрена стопы;
 - 3) трофическая язва голени;
 - 4) кровотечение;
 - 5) гиперкератоз, выпадение волос голени.
- Выберите правильную комбинацию ответов:
а) 1, 2, 5; б) 1, 3, 4; в) 2, 4, 5; г) 3, 4, 5; д) 1, 4, 5.

Ответы к тестам:

1 — б; 2 — г; 3 — г; 4 — б; 5 — б; 6 — в; 7 — в; 8 — в; 9 — а; 10 — д; 11 — д; 12 — д; 13 — в; 14 — г;
15 — а; 16 — б; 17 — г;
18 — а; 19 — б; 20 — а; 21 — д; 22 — г; 23 — б; 24 — а; 25 — б; 26 — в; 27 — б; 28 — в; 29 — а;
30 — б; 31 — б; 32 — г; 33 — б.

Тема 9

**ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА
И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ**

1. Типичными осложнениями язвенной болезни двенадцатиперстной кишки являются:

- 1) перфорация;
 - 2) пенетрация;
 - 3) малигнизация;
 - 4) кровотечение;
 - 5) стеноз привратника.
- Выберите лучшую комбинацию ответов:
а) 2, 4; б) 1, 3, 4, 5; в) 1, 2, 4, 5; г) 2, 3, 4, 5; д) 1, 2, 3, 4, 5.

2. Показаниями к оперативному лечению дуоденальной язвы являются:

- 1) неуспех консервативной терапии и длительная потеря трудоспособности;
 - 2) профузное кровотечение;
 - 3) стеноз привратника;
 - 4) перфорация язвы.
- Выберите лучшую комбинацию ответов:

а) 2, 3; б) 1, 4; в) 3, 4; г) 1, 2; д) 1, 2, 3, 4.

3. Что вызывает исчезновение печеночной тупости при прободной язве желудка?

- а) вздутие кишечника; б) высокое стояние диафрагмы;
в) интерпозиция кишечных петель между печенью к брюшной стенкой;
г) наличие свободного газа в брюшной полости; д) наличие жидкости в брюшной полости.

4. Что определяет характер оперативного вмешательства при прободной язве желудка?

- а) возраст больного; б) локализация перфоративного отверстия;
в) степень выраженности явлений перитонита; г) срок с момента перфорации; д) все вышеперечисленное.

5. Объясните причину появления напряжения мышц в правой подвздошной области, возникающего при прободной язве двенадцатиперстной кишки:

- а) рефлекторные связи через спинномозговые нервы; б) скопление воздуха в брюшной полости;
в) затекание кислого желудочного содержимого по правому боковому каналу;
г) наличие разлитого перитонита; д) висцеро-висцеральные связи с червеобразным отростком.

6. У больного 60 лет диагностирована прободная язва желудка. Давность заболевания 14 часов. Ему нужно произвести операцию:

- а) резекцию желудка;
б) стволовую ваготомию с пилоропластикой по Finney; в) ушивание прободного отверстия;
г) селективную проксимальную ваготомию с ушиванием язвы;
д) стволовую ваготомию с ушиванием язвы и гастроэнтероанастомозом.

7. Декомпенсированный стеноз привратника язвенной этиологии характеризуется:

- 1) «шумом плеска» натошак;
2) резким похуданием больного;
3) рентгенологически – задержкой бария не более 12 часов;
4) нарушением волеического статуса;
5) часто возникающими рвотами пищей, съеденной накануне;
6) возможными приступами тетании.

Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 2, 3, 4; б) 2, 4, 5, 6; в) 1, 2, 4, 6; г) 1, 2, 3, 4, 5; д) 1, 2, 4, 5, 6.

8. Эндоскопическое исследование позволяет выявить (найти неправильный ответ):

- а) формы гастрита;
б) синдром Mallory-Weiss;
в) начальную форму рака;
г) синдром Zollinger-Ellison;
д) степень стеноза привратника.

9. Синдром Mallory-Weiss, это:

- а) стеноз привратника; б) наличие «целующихся язв»;

в) пенетрирующая в печень язва; г) разрыв слизистой кардиального отдела желудка с кровотечением; д) стойкий спазм кардиального сфинктера.

10. Стрессовая язва желудка проявляется чаще:

- а) перфорацией; б) кровотечением; в) пенетрацией; г) малигнизацией;
д) ничем из названного.

11. Больному, поступившему в клинику с желудочным кровотечением, в экстренном порядке показано проведение следующих мероприятий:

- 1) постоянная аспирация желудочного содержимого;
- 2) рентгеноскопия желудка;
- 3) гастродуоденоскопия;
- 4) лапароскопия;
- 5) определение гематокрита и объема циркулирующих эритроцитов.

Укажите наилучшую комбинацию ответов:

- а) 1, 2, 3, 4; б) 1, 3, 5; в) 3, 4, 5; г) 1, 3, 4, 5; д) 3, 4, 5.

12. Больным с декомпенсированным стенозом привратника с целью предоперационной подготовки показано:

- 1) переливание крови;
- 2) переливание концентрированных растворов глюкозы;
- 3) внутривенное введение раствора Рингера – Локка;
- 4) внутривенное введение ионов калия;
- 5) введение осмотических диуретиков.

Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 4, 5; б) 2, 3, 4; в) 1, 2, 3, 4; г) 1, 2, 3; д) 3, 4, 5.

13. При подозрении на перфоративную язву желудка основным методом диагностики является:

- а) рентгеноскопия желудка с бариевой взвесью; б) обзорная рентгеноскопия брюшной полости; в) экстренная гастродуоденоскопия; г) ангиография; д) лапароскопия.

14. Клиника декомпенсированного язвенного пилородуоденального стеноза характеризуется:

- 1) «шумом плеска» натошак;
- 2) снижением массы тела;
- 3) задержкой бария в желудке до 12 часов;
- 4) развитием гиповолемии;
- 5) неукротимой рвотой.

Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 2, 3, 4; б) 1, 2, 4; в) 1, 2, 3, 4, 5; г) 1, 2, 4, 5; д) 1, 2, 3.

15. Для какого осложнения язвенной болезни желудка характерно вынужденное положение больного с приведенными к животу ногами и доскообразное напряжение брюшных мышц?

- а) пенетрация язвы в малый сальник; б) прикрытая перфорация;
- в) перфорация в свободную брюшную полость; г) пенетрация в поджелудочную железу;
- д) декомпенсированный стеноз пилородуоденального отдела.

16. При установлении диагноза перфоративной язвы желудка показан один из следующих методов лечения:

- а) экстренная операция; б) лечение по Teylor;
- в) операция при неэффективности консервативного лечения; г) операция при нарастании явлений перитонита; д) лапароскопическое дренирование брюшной полости.

17. Установить, продолжается ли у больного желудочнокишечное кровотечение или оно остановилось, можно с помощью:

- 1) рентгеноскопии желудка;
- 2) лапароскопии;
- 3) назогастрального зонда;
- 4) анализа крови на содержание сывороточного железа;
- 5) гастродуоденоскопии.

Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 2, 3, 4; б) 3, 4, 5; в) 1, 2, 3; г) 4, 5; д) 3, 5.

18. Какие факторы обуславливают тяжесть состояния больных с язвенным пилородуоденальным стенозом?

- 1) гиперволемия;
- 2) гипокалиемия;
- 3) интоксикация;
- 4) гипонатриемия;
- 5) гиповолемия.

Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 2, 3; б) 2, 4, 5; в) 1, 3, 4; г) 1, 2, 3, 4, 5; д) 3, 4, 5.

19. Для какого осложнения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки характерно исчезновение болей и появление мелены:

- а) пилородуоденальный стеноз; б) перфорация язвы; в) малигнизация язвы; г) кровотечение;
- д) пенетрация в поджелудочную железу.

20. Какой из диагностических методов наиболее информативен при определении тактики лечения больного с желудочным кровотечением?

- а) рентгеноскопия желудка; б) обзорная рентгеноскопия брюшной полости; в) гастродуоденоскопия; г) лапароскопия;
- д) исследование желудочной секреции.

21. Укажите факторы, определяющие выбор операции при прободной язве желудка:

- 1) наличие перитонита;
- 2) время с момента прободения язвы;
- 3) квалификация хирурга;
- 4) общее состояние и возраст больного;

5)размер язвы.

Выберите правильную комбинацию ответов:

а) 1, 2, 3, 5; б) 1, 3, 4, 5; в) 1, 2, 4; г) 1, 2, 3, 4; д) 1, 2, 3, 4, 5.

22. Признаки, характерные для прободной язвы двенадцатиперстной кишки:

- 1)рвота кофейной гущей;
- 2)исчезновение печеночной тупости;
- 3)доскообразное напряжение мышц живота;
- 4)«кинжальная» боль в животе;
- 5)симптом «шума плеска»,

Выберите правильную комбинацию ответов:

а) 2, 3, 4; б) 3, 4, 5; в) 1, 3, 4; г) 2, 3, 5;д) 1,4,5.

23. При прободной язве в случае категорического отказа больного от операции показано:

- 1)промывание желудка холодной водой;
- 2)длительная назогастральная аспирация;
- 3)стимуляция кишечника;
- 4)антибиотикотерапия;
- 5)положение Trendelenburg;
- 6)инфузионная терапия.

Выберите правильную комбинацию ответов:

а) 2, 3, 4, 5; б) 2, 4, 6; в) 3,4, 5; г) 1, 3, 4, 5; д) 3, 5,6.

24. Оперативное лечение больному с дуоденальной язвой показано в тех случаях, когда:

- 1) часто возникают рецидивы заболеваний;
- 2) заболевание осложняется профузным кровотечением;
- 3)возникает пилородуоденальный стеноз;
- 4)возникает перфорация язвы;
- 5)язва пенетрирует в головку поджелудочной железы, давая частые обострения и явления панкреатита.

Выберите правильную комбинацию ответов:

а) 1, 2; б) 1, 4; в) 2, 3; г) 3, 4; д) 1, 2, 3, 4, 5.

25. При подозрении на кровотечение из язвы желудка с целью диагностики следует произвести:

- а) рентгеноскопию желудка с бариевой взвесью; б) экстренную гастродуоденоскопию; в) лапароскопию;
- г) обзорную рентгеноскопию брюшной полости; д) анализ крови на содержание сывороточного железа.

26. Больному 32 лет с прикрытой перфорацией язвы двенадцатиперстной кишки, поступившему через сутки от начала заболевания, показано:

58

- а) экстренная операция; б) строго консервативное лечение;
- в) операция при неэффективности консервативного лечения; г) лечение по методу Teylor;
- д) лапароскопическое дренирование брюшной полости.

27. Для кровоточащей язвы двенадцатиперстной кишки характерны следующие симптомы:

- 1) усиление болей в животе;
- 2) рвота «кофейной гущей»;
- 3) уменьшение болевого симптома;
- 4) симптом Щеткина – Blumberg;
- 5) мелена.

Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 3, 5; б) 1, 2, 5; в) 2, 3, 5; г) 2, 3, 4; д) 1, 2.

28. Выберите прямой признак язвенной болезни, выявляемый рентгенологически:

- а) изменение тонуса желудка; б) нарушение эвакуации из желудка; в) симптом «ниши»;
- г) конвергенция складок слизистой.

29. Классическая триада признаков, характерных для перфорации язвы:

- 1) тошнота;
- 2) рвота;
- 3) «кинжальная боль»;
- 4) кровотечение;
- 5) «доскообразное» напряжение мышц живота;
- 6) наличие язвенного анамнеза.

Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 2, 3; б) 2, 3, 4; в) 3, 4, 5; г) 3, 5, 6; д) 1, 2, 6.

30. При каком осложнении язвенной болезни желудка с помощью рентгенографии можно обнаружить свободный газ в брюшной полости?

- а) пилородуоденальном стенозе; б) кровотечении; в) перфорации язвы или опухоли; г) пенетрации язвы.

31. Какой из перечисленных методов является решающим в диагностике язвенного кровотечения.

- а) УЗИ; б) рентгенологический;
- в) эндоскопический; г) лабораторный.

32. В результате какого осложнения язвенной болезни может развиваться ахлоргидрическая тетания?

- а) пенетрация язвы; б) кровотечение;
- в) стеноз привратника; г) малигнизация язвы.

33. Для язвы, пенетрирующей в поджелудочную железу, характерны 3 симптома:

- 1) диастазурия; 2) боли в эпигастральной области, иррадиирующие в спину;
- 3) профузные кровотечения;

4) симптом Щеткина – Blumberg;

5) симптом Mayo-Robson.

Выберите лучшую комбинацию ответов:

а) 1, 2, 3; б) 2, 3, 4; в) 3, 4, 5; г) 1, 2, 5; д) 2, 4, 5.

Ответы к тестам

1 – в; 2 – д; 3 – г; 4 – д; 5 – в; 6 – в; 7 – д; 8 – г; 9 – г; 10 – б; 11 – б; 12 – б; 13 – б; 14 – б; 15 – в; 16 – а; 17 – д; 18 – б;

19 – г; 20 – в; 21 – г; 22 – а; 23 – б; 24 – д; 25 – б; 26 – а;

27 – в; 28 – в, г; 29 – г; 30 – в; 31 – в; 32 – в; 33 – г.

Тема 10

РАК ЖЕЛУДКА

1. Операцией выбора при раке дистального отдела желудка является:

- а) гастрэктомия с лимфаденэктомией; б) субтотальная резекция желудка; в) антрумэктомия;
г) резекция пораженного участка желудка; д) эзофагогастростомия.

2. Какая локализация рака желудка сопровождается наименьшей клинической симптоматикой?

- а) рак кардии с переходом на пищевод; б) рак субкардии; в) рак тела желудка;
г) рак пилорического канала; д) рак антрального отдела.

3. Гастрэктомия выполняется при:

- а) неоперабельном раке поджелудочной железы с дуоденальным стенозом;
б) раке желудка; в) синдроме приводящей петли;
г) язве двенадцатиперстной кишки; д) пептической язве анастомоза.

4. Формирование гастроэнтероанастомоза выполняется при:

- а) неоперабельном раке поджелудочной железы с дуоденальным стенозом;
б) раке культи желудка; в) синдроме приводящей петли;
г) язве двенадцатиперстной кишки;
д) пептической язве анастомоза.

5. Полип желудка наиболее вероятно является малигнизированным при диаметре полипа:

- а) 0,5 см;
б) 1 см;
в) 1,5 см;
г) 2 см; д) размер не имеет значения.

6. Назовите паллиативную операцию при раке антрального отдела желудка IV стадии заболевания:

а) впередиободочный гастроэнтероанастомоз; б) пилоропластика; в) эзофагогастроанастомоз; г) гастростомия;

д) позадиободочный гастроэнтероанастомоз.

7. Что называется метастазом Вирхова?

а) метастазы в печень; б) метастазы в яичники;

в) метастазы в лимфоузлы большого сальника; г) метастазы в лимфоузел надключичной области слева; д) метастазы в забрюшинные лимфоузлы.

8. Наиболее часто применяемый метод исследования для выявления метастазов рака желудка в печени?

а) клиническое обследование; б) лабораторные тесты;

в) радиоизотопное сканирование печени; г) лапароскопия с биопсией печени; д) ультразвуковая эхография.

9. С помощью какого метода можно наиболее рано диагностировать рак желудка?

а) обзорная эзофагогастроскопия;

б) поиск синдрома «малых признаков»; в) выявление раковой триады по А. В. Мельникову; г) рентгенография желудка; д) хромогастроскопия.

10. Какая локализация рака желудка наиболее поздно проявляется клинически:

1) тела желудка;

2) субкардиального отдела;

3) кардиального отдела;

4) антрального отдела;

5) пилорического канала.

Выберите лучшую комбинацию ответов:

а) 1, 2; б) 1, 3, 5; в) 3, 4; г) 1, 2, 5; д) 1, 5.

11. Выберите онкологически оправданную операцию при раке проксимального отдела желудка T₂N_xM₁P₂ с явлениями дисфагии:

а) гастростомия; б) гастроэнтеростомия; в) гастрэктомия;

г) проксимальная резекция желудка; д) гастрэктомия с лимфаденэктомией.

12. Каковы критерии раннего рака желудка?

а) низкая степень морфологической дифференциации опухоли;

б) глубина инвазии, ограниченная слизистой и подслизистым слоем;

в) глубина инвазии, ограниченная мышечным слоем желудочной стенки;

г) опухоли размером не менее 2 см; д) опухоли без регионарного метастазирования.

13. Какая операция является паллиативной при раке выходного отдела желудка?

а) антрумэктомия; б) гастроэнтероанастомоз;

в) дистальная субтотальная резекция желудка; г) проксимальная резекция желудка; д) гастрэктомия.

14. Абсолютными признаками неоперабельности рака желудка являются:

- 1) множественные метастазы в печень;
- 2) метастатическое поражение селезенки; 3) метастазы в большой сальник;
- 4) большие размеры опухоли;
- 5) асцит.

Выберите лучшую комбинацию ответов:

- а) 1, 2, 4; б) 1, 4; в) 2, 3, 4; г) 1, 5; д) 1, 3.

15. С помощью каких методов исследования можно выявить метастазы рака желудка в печень?

- 1) рентгенографии брюшной полости в условиях пневмоперитонеума;
- 2) лапароскопии;
- 3) эндоскопической ретроградной панкреатикохолангиографии;
- 4) ультразвукового исследования печени;
- 5) радиоизотопного сканирования печени.

Выберите лучшую комбинацию:

- а) 3, 5; б) 1, 2, 3; в) 2, 3, 4; г) 2, 4, 5; д) 4, 5.

16. Онкологически обоснованными операциями при раке кардиального отдела желудка (операбельном) являются:

- а) резекция кардии с эзофагогастроанастомозом; б) резекция 2/3 желудка по Billroth II;
- в) гастростомия; г) гастрэктомия с лимфаденэктомией;
- д) проксимальная резекция желудка.

17. Больному с операбельным раком выходного отдела желудка с явлениями стеноза показана операция:

- а) гастрэктомия с лимфаденэктомией; б) субтотальная дистальная резекция желудка; в) пилоропластика; г) гастростомия;

д) гастроэнтеростомия.

18. Больному с операбельным раком кардиального отдела желудка нужно выполнить:

- а) гастрэктомию с лимфаденэктомией; б) проксимальную резекцию желудка; в) дистальную резекцию желудка; г) гастростомию; д) гастроэнтероанастомоз.

19. К предраковым заболеваниям желудка относятся:

- 1) полипоз желудка;
- 2) синдром Zollinger-Ellison;
- 3) фиброполипоз;
- 4) хронический атрофический гастрит;
- 5) язвенная язва желудка.

Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 2; б) 1, 3; в) 2, 3, 5; г) 3, 4, 5; д) 1, 4, 5.

20. Больной 57 лет жалуется на общее недомогание, слабость, снижение аппетита, отрыжку, похудание. При обследовании в левой надключичной области выявлен плотный округлой формы узел диаметром до 2 см. Ваш предварительный диагноз:

- а) кардиоспазм; б) диафрагмальная грыжа;
в) язвенная болезнь желудка; г) рак желудка с метастазом; д) полипоз желудка.

21. В план обследования больного раком выходного отдела желудка с явлениями стеноза необходимо включить следующие исследования:

- 1)определение объема циркулирующей крови;
- 2)определение электролитного состава плазмы;
- 3)РН-метрию желудка;
- 4)дуоденальное зондирование;
- 5)измерение диуреза.

Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 2, 4; б) 1, 2, 5; в) 2, 3, 4; г) 1, 2, 3, 4, 5; д) 1, 4, 5.

22. Для рака кардиального отдела желудка характерно:

- 1)затруднение при глотании твердой пищи;
- 2)боли за грудиной;
- 3)гиперсаливация;
- 4)симптом «шума плеска»;
- 5)полиурия.

Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 2, 3; б) 4, 5; в) 1, 3, 5; г) 2, 3, 4; д) 3, 4.

23. Для рака тела желудка характерны следующие симптомы:

- 1)дисфагия;
- 2)анемия;
- 3)желудочный дискомфорт;
- 4)гиперсаливация;
- 5)похудание.

Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 2, 3; б) 2, 3, 5; в) 2, 4, 5; г) 2, 4; д) 1, 5.

24. Оперируя больного 50 лет по поводу рака тела желудка, вы обнаружили прорастание опухоли в левую долю печени. Отдаленных метастазов нет. Укажите оптимальный объем операции:

- а) резекция 2/3 желудка; б) субтотальная проксимальная резекция;
- в) субтотальная дистальная резекция;
- г) гастрэктомия в сочетании с атипичной резекцией левой доли печени;
- д) эксплоративная лапаротомия.

25. Какая форма рака желудка по микроскопическому строению является наиболее злокачественной:

- а) аденокарцинома; б) солидный рак; в) слизистый рак; г) фиброзный рак;
- д) недифференцированный рак.

26. Диагностические признаки рака желудка, выявляемые рентгенологически:

- 1) дефект «наполнения»;

- 2) нарушение эвакуации из желудка;
- 3) конвергенция складок слизистой;
- 4) сглаженность рельефа слизистой;
- 5) увеличение размеров полости желудка. Выберите правильную комбинацию ответов:
а) 1, 2, 3; б) 2, 3, 4; в) 1, 3, 4; г) 1, 4; д) 1, 2, 3, 4, 5.

27. Клиническая картина при раке желудка зависит от:

- 1) размеров опухоли;
 - 2) локализации опухоли;
 - 3) формы роста;
 - 4) гистологической структуры;
 - 5) возраста больного.
- Выберите правильную комбинацию ответов:
а) 1, 2; б) 2, 3, 4; в) 3, 4, 5; г) 1, 2, 5; д) 1, 2, 3, 4, 5.

28. Гастроэнтеростомия при иноперабельном раке желудка показана в случае:

- а) рака кардии; б) рака тела желудка;
- в) рака выходного отдела желудка.

29. Гастростомия при иноперабельном раке желудка показана в случае:

- а) рака кардии; б) рака выходного отдела желудка;
- в) рака малой кривизны; г) рака фундального отдела.

30. Какая макроскопическая форма роста рака желудка прогностически более благоприятна?

- а) экзофитный рост; б) инфильтративный рост.

31. Какой метод диагностики рака желудка является основным?

- а) рентгенография желудка; б) эзофагогастроскопия с биопсией измененных участков;
- в) УЗИ органов брюшной полости.

32. Какая операция выполняется при раке кардиальной части желудка при стадии N₂N₀M₀?

- а) субтотальная дистальная резекция желудка; б) гастрэктомия с лимфаденэктомией;
- в) проксимальная резекция желудка.

33. Какая операция выполняется при раке антрального желудка при стадии T₂N₀M₀?

- а) субтотальная дистальная резекция желудка; б) гастрэктомия с лимфаденэктомией;
- в) проксимальная резекция желудка.

34. Какая операция выполняется при нерезектабельном раке желудка, осложненном стенозом привратника?

- а) гастростомия; б) субтотальная резекция желудка;
- в) обходной гастроэнтероанастомоз.

Ответы к тестам

1 – а; 2 – в; 3 – б; 4 – а; 5 – д; 6 – а; 7 – г; 8 – д; 9 – а; 10 – а; 11 – а; 12 – б; 13 – б; 14 – г; 15 – г; 16 – г; 17 – а; 18 – а; 19 – д; 20 – г; 21 – б; 22 – а; 23 – б; 24 – г; 25 – д; 26 – г; 27 – а; 28 – в; 29 – а; 30 – а; 31 – б; 32 – б; 33 – б; 34 – в.

ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КИШЕЧНИКА

1. Наиболее достоверный метод диагностики полипов ободочной кишки:

- а) рентгеноконтрастное исследование путем дачи сульфата бария через рот;
- б) ирригоскопия; в) колоноскопия;
- г) исследование кала на скрытую кровь; д) пневмоколоноскопия.

2. К облигатным предракам ободочной кишки относят:

- а) ювенильные полипы; б) одиночный полип ободочной кишки; в) регионарный энтерит; г) терминальный илеит;
- д) диффузный семейный полипоз.

3. Определите консервативное лечение неспецифического язвенного колита:

- а) диетотерапия (исключение молока и молочных продуктов);
- б) витаминотерапия; в) лечение сульфаниламидными препаратами;
- г) десенсибилизирующая терапия; д) все названное.

4. Какие методы исследования позволяют подтвердить диагноз болезни Kohn?

- 1) ирригоскопия (гирляндобразное чередование расширенных и суженных участков);
 - 2) обзорная рентгеноскопия органов брюшной полости (чаши Kloiber);
 - 3) ирригоскопия (дефекты наполнения в подвздошной и слепой кишках);
 - 4) колоноскопия с биопсией;
 - 5) лапароскопия с биопсией лимфоузлов брыжейки. Выберите правильную комбинацию ответов:
- а) 1, 4; б) 2, 5; в) 4, 5; г) 3, 4; д) 1, 2, 3, 4, 5.

5. Какие полипы ободочной кишки имеют меньшую склонность к малигнизации:

- а) гиперпластические; б) ворсинчатые; в) аденоматозные;
- г) множественные аденоматозные;

6. Что позволяет подтвердить диагноз болезни Hirschprung?

- 1) ирригоскопия;
 - 2) колоноскопия;
 - 3) лапароскопия;
 - 4) ультразвуковое исследование;
 - 5) трансанальная биопсия слизистой прямой и сигмовидной кишок.
- Выберите правильную комбинацию ответов:
- а) 1, 2, 5; б) 1, 2, 3; в) 2, 5; г) 5; д) 1, 2, 3, 4, 5.

7. Назовите осложнения неспецифического язвенного колита:

- а) кровотечение; б) перфорация стенки кишки; в) стеноз кишки;
- г) дилатация ободочной кишки; д) все названное.

8. Назовите осложнение дивертикулеза ободочной кишки:

- а) кровотечение; б) псевдообструкция кишки; в) дивертикулит; г) перитонит; д) все названное.

9. Когда при неспецифическом язвенном колите показано оперативное лечение?

- а) при профузном кровотечении; б) перфорации кишки; в) токсической дилатации;
- г) при неэффективности консервативного лечения; д) при всем названном.

10. Определите симптоматику диффузного полипоза ободочной кишки:

- 1) боли без четкой локализации;
- 2) поносы с примесью крови и слизи;
- 3) нарастающие запоры;
- 4) анемия.

Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 4; б) 3, 4; в) 2, 3, 4; г) 1, 2, 4; д) 1, 2, 3, 4.

11. При ирригоскопии у больной выявлен воспалительный процесс в толстой кишке. Между участками поражения есть неизмененные зоны. Прямая кишка без поражений. Вероятный диагноз:

- а) ишемический колит; б) язвенный колит; в) амёбная дизентерия; г) болезнь Crohn;
- д) болезнь Hirschprung.

12. Лечение болезни Crohn включает:

- а) назначение стероидных гормонов и сульфасалазина; б) только назначение специальной диеты;
- в) опорожнение желудка через назогастральный зонд и парентеральное питание;
- г) назначение антибиотиков через рот.

13. Для болезни Crohn характерно:

- 1) поражение всех слоев стенки кишки;
 - 2) приобретение слизистой оболочкой вида «бульжной мостовой»;
 - 3) возникновение токсической дилатации толстой кишки;
 - 4) возникновение кишечных свищей;
 - 5) наличие риска развития рака ободочной кишки. Выберите правильную комбинацию ответов:
- а) 1, 2, 3; б) 2, 3, 4; в) 1, 2, 4, 5; г) 3, 4, 5; д) 1, 2, 3, 4, 5.

14. Для неспецифического язвенного колита характерен следующий гистологический признак:

- а) поражение всех слоев кишки; б) поражение слизистой оболочки кишки; в) поражение подслизистого слоя;
- г) поражение подслизистого и мышечного слоев кишки.

15. При колоноскопии у больного с неспецифическим язвенным колитом обнаруживают:

- 1) зернистость слизистой оболочки;
- 2) кровотечение из язв;
- 3) легкую ранимость слизистой оболочки при контакте;
- 4) обширное язвенное поражение слизистой оболочки и образование псевдополипов;
- 5) бледность слизистой оболочки.

Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 2, 4, 5; б) 3, 4, 5; в) 1, 2, 3, 4; г) 2, 4, 5; д) 1, 2, 3, 4, 5.

16. Основные рентгенологические признаки неспецифического язвенного колита:

- 1) равномерное сужение просвета кишки и ее укорочение;
 - 2) исчезновение гаустр;
 - 3) зазубренность и нечеткость контуров кишечной трубки, обусловленные наличием язв и псевдополипов;
 - 4) наличие уровней жидкости;
 - 5) дефекты наполнения в просвете кишки.
- Выберите правильную комбинацию ответов:
- а) 1, 2, 3; б) 1, 4, 5; в) 3, 4, 5; г) 2, 4, 5; д) 2, 3, 5.

Ответы к тестам

1 – в; 2 – д; 3 – д; 4 – а; 5 – а; 6 – а; 7 – д; 8 – д; 9 – д; 10 – г; 11 – г; 12 – а; 13 – в; 14 – б; 15 – в; 16 – а.

Тема 12

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ

1. Наиболее достоверный метод диагностики рака ободочной кишки:

- а) рентгеноконтрастное исследование путем дачи сульфата бария через рот;
- б) ирригоскопия; в) колоноскопия;
- г) исследование кала на скрытую кровь;

2. Назовите осложнения рака ободочной кишки:

- 1) перфорация опухоли;
- 2) периколит;
- 3) острая кишечная непроходимость;
- 4) кровотечение;
- 5) токсический панкреатит.

Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 3, 4; б) 2, 3, 5; в) 1, 2, 4; г) 1, 2, 3, 5; д) 1, 2, 3, 4.

3. К облигатным предракам ободочной кишки относят:

- а) ювенильные полипы; б) одиночный полип ободочной кишки; в) регионарный энтерит; г) терминальный илеит;
- д) диффузный семейный полипоз.

4.Какие полипы ободочной кишки имеют меньшую склонность к малигнизации:

- а) гиперпластические; б) ворсинчатые; в) аденоматозные;
- г) множественные аденоматозные.

5.Для опухолей какого отдела ободочной кишки характерным является раннее развитие общей слабости, недомогания и малокровия:

- а) слепой и восходящей ободочной кишки; б) поперечной ободочной; в) нисходящей ободочной; г) прямой и сигмовидной.

6.Каковы ранние клинические проявления рака правой половины толстой кишки?

- а) анемия; б) кишечная непроходимость; в) рвота.

7.Основные клинические проявления рака левой половины толстой кишки:

- 1) кровотечение;
- 2) тошнота;
- 3) запоры.
- 4) анемия;
- 5) рвота.

Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 2, 4; б) 2, 3, 4; в) 1, 3; г) 1, 2, 3; д) 3, 4, 5.

8. Каковы симптомы, выявляемые при ирригоскопии у больных раком толстой кишки?

- а) сужение просвета кишки; б) дефект наполнения кишки;
- в) наличие жидкости в кишечнике;

9. Наиболее частая локализация рака в толстой кишке:

- а) слепая кишка; б) поперечно-ободочная кишка;
- в) сигмовидная кишка.

10.Где чаще выявляются отдаленные метастазы рака толстой кишки?

- а) в печени; б) в легких; в) в скелете.

11.Какая радикальная операция выполняется при раке слепой кишки?

- а) резекция слепой кишки; б) правосторонняя гемиколэктомия; в) операция Hartmann.

Ответы к тестам:

1 – в; 2 – а; 3 – д; 4 – а; 5 – а; 6 – а; 7 – в; 8 – а, б; 9 – в; 10 – а;

11 – б.

Тема 13

ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ

1.При геморрое могут наблюдаться следующие симптомы:

- 1) запоры;
- 2) кровотечения;
- 3) тенезмы;
- 4) лентовидный кал;
- 5) зуд в области заднего прохода.

Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 2, 3, 4; б) 1, 2, 5; в) 1, 4, 5; г) 1, 2; д) 3, 4.

2. Типичные осложнения геморроя:

- 1) трещина анального канала;
- 2) кровотечение;
- 3) тромбоз геморроидальных узлов;
- 4) малигнизация;
- 5) выпадение узлов.

Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 2, 3; б) 2, 3; в) 2, 3, 5; г) 3, 4, 5; д) 1, 2, 3, 4, 5.

3. Какие заболевания анальной области являются показанием к операции:

- 1) параректальный свищ;
- 2) хроническая экзема анального канала;
- 3) острый парапроктит;
- 4) трещина анального канала;
- 5) полип анального канала.

Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 3, 4; б) 2, 3, 5; в) 1, 4, 5; г) 2, 3, 4; д) 1, 3, 4, 5.

4. У больного сильнейшие боли в анальной области после акта дефекации, кровотечение в виде 2-3 капель крови после стула, стул обильный, хронические запоры. Ваш предварительный диагноз:

- а) геморрой; б) рак прямой кишки;
в) острый парапроктит; г) трещина анального канала; д) параректальный свищ.

5. Больной жалуется на кровотечение после акта дефекации в виде струйки или брызг по унитазу, периодический зуд в области анального отверстия. Ваш предварительный диагноз:

- а) параректальный свищ; б) геморрой; в) рак прямой кишки;
г) полип прямой кишки; д) трещина анального канала.

6. Развитию геморроя способствуют:

- а) септические заболевания; б) трещины анального канала; в) полипы прямой кишки; г) хронические запоры; д) параректальные свищи.

7. Какой метод исследования достаточен для подтверждения диагноза «трещина анального канала»?

- а) аноскопия; б) пальцевое исследование прямой кишки;
в) колоноскопия; г) ректоскопия; д) ирригоскопия.

8. Противопоказаниями к оперативному лечению геморроя являются:

- а) хронический гепатит;
- б) язвенная болезнь желудка; в) хронический панкреатит; г) портальная гипертензия;
- д) хроническая интерстициальная пневмония.

9. Основные симптомы трещины анального канала:

- 1) резкие боли после акта дефекации;
- 2) стулобоязнь;
- 3) кровотечение в виде полоски крови на каловых массах;
- 4) тенезмы с выделением крови;
- 5) постоянные боли в анальном канале с иррадиацией в крестец.

Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 2, 3; б) 2, 4, 5; в) 2, 5; г) 2, 3, 5; д) правильной комбинации нет.

10. Вилезные полипы прямой кишки, расположенные выше 15 см от анального отверстия, лечат:

- 1) колотомией, полипэктомией;
- 2) передней резекцией прямой кишки;
- 3) электроэксцизией полипа через ректоскоп;
- 4) сегментарной резекцией прямой кишки с последующим облучением;
- 5) брюшно-промежностной экстирпацией прямой кишки. Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 2, 3; б) 4, 5; в) 3; г) 1, 3; д) 2, 3, 5.

11. Для выявления типичных отдаленных метастазов рака прямой кишки следует использовать:

- 1) ультразвуковую томографию;
- 2) компьютерную томографию;
- 3) лапароскопию;
- 4) ректороманоскопию;
- 5) ирригоскопию.

Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 3, 5; б) 2, 3, 4; в) 1, 2, 3; г) 3, 4, 5; д) 2, 4, 5.

12. Наиболее частые симптомы рака прямой кишки:

- 1) кровянистые выделения из прямой кишки;
- 2) рвота;
- 3) профузные поносы;
- 4) упорные запоры;
- 5) неприятные ощущения в области прямой кишки. Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 2, 3; б) 3, 4, 5; в) 1, 5; г) 1, 4; д) 1, 4, 5.

13. При раке анального канала в качестве паллиативного вмешательства применяют:

- а) операцию Hartmann;

- б) экстирпацию прямой кишки; в) наложение обходного анастомоза;
- г) наложение противоестественного заднего прохода; д) цекостомию.

14. Наиболее частые осложнения геморроя:

- 1) острый тромбоз геморроидальных узлов;
- 2) трещина заднего прохода;
- 3) острый парапроктит;
- 4) выпадение геморроидальных узлов,
- 5) кровотечение.

Выберите наиболее правильную комбинацию ответа:

- а) 1, 2, 3; б) 2, 3, 4; в) 3, 4, 5; г) 1, 4, 5; д) 2, 4, 5.

15. Методы исследования, используемые при ущемлении геморроидальных узлов:

- а) осмотр; б) пальцевое исследование;
- в) аноскопия; г) ректороманоскопия.

16. Какие 3 лечебных мероприятия необходимо выполнить больному с острым тромбозом геморроидальных узлов?

- 1) назначение противовоспалительных препаратов;
 - 2) вправление узлов;
 - 3) холод местно;
 - 4) тепло местно;
 - 5) перианальная новокаиновая блокада. Выберите правильную комбинацию ответа:
- а) 1, 3, 5; б) 1, 2, 3; в) 2, 4, 5; г) 1, 4, 5; д) 1, 2, 4.

17. Кровотечение при геморрое характеризуется следующими признаками:

- 1) выделяются сгустки крови;
- 2) кровь темного цвета;
- 3) кровь имеет алый цвет;
- 4) появляется в начале акта дефекации;
- 5) появляется в конце акта дефекации;
- 6) следы крови на поверхности кала;
- 7) кровь смешана с калом.

Выберите правильную комбинацию ответа:

- а) 1, 3, 4; б) 3, 5, 6; в) 1, 3, 7; г) 3, 4, 7; д) 2, 4, 6.

18. Какая операция при геморрое признается в настоящее время наиболее радикальной и патогенетически обоснованной?

- а) операция Hartmann;
- б) операция Milligan-Morgan;
- в) лигатурный метод.

19. Для второй стадии геморроя характерно:

- а) выпадение геморроидальных узлов при акте дефекации или выраженной физической нагрузке, невозможность их самостоятельного вправления;
- б) выпадение узлов при акте дефекации и самостоятельное их вправление;

в) выпадение геморроидальных узлов при малейшей физической нагрузке или при дефекации без их самостоятельного вправления.

20. При раке анального канала выполняется радикальная операция:

- а) передняя резекция прямой кишки; б) правосторонняя гемиколэктомия; в) левосторонняя гемиколэктомия;
г) брюшно-анальная резекция прямой кишки; д) брюшно-анальная экстирпация прямой кишки.

21. Наиболее частая локализация трещины анального канала.

- а) на 7, 11 и 3 часах циферблата; б) передняя комиссура; в) задняя комиссура.

Ответы к тестам:

1 – б; 2 – в; 3 – д; 4 – г; 5 – б; 6 – г; 7 – а; 8 – г; 9 – а; 10 – а; 11 – в; 12 – д; 13 – г; 14 – г; 15 – а; 16 – а; 17 – б; 18 – б; 19 – а; 20 – д; 21 – в.

Тема 14

КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ

1. Назовите факторы, способствующие развитию странгуляционной кишечной непроходимости:

- 1) длинная узкая брыжейка;
2) наличие спаек;
3) повышение внутрибрюшного давления;
4) прием алкоголя;
5) прием жирной пищи.
Выберите правильную комбинацию ответов:
а) 1, 4, 5; б) 2, 3, 4; в) 1, 2, 3; г) 3, 4, 5; д) 1, 3, 5.

2. Какие симптомы характерны для острой кишечной непроходимости?

- 1) постоянные боли в животе;
2) схваткообразные боли в животе;
3) рвота цвета кофейной гущей;
4) вздутие живота;
5) доскообразный живот.
Выберите правильную комбинацию ответов:
а) 1, 4; б) 1, 3, 5; в) 2, 4; г) 2, 3, 5; д) 2, 3, 4, 5.

3. Назовите решающие методы исследования в постановке диагноза «острая спаечная кишечная непроходимость»:

- 1) обзорная рентгеноскопия брюшной полости;
2) исследование пассажа бария по кишечнику;
3) эзофагогастродуоденоскопия;
4) лапароскопия;

5) биохимический анализ крови.

Выберите правильную комбинацию ответов:

а) 1, 2, 3; б) 2, 4, 5; в) 1, 2; г) 2, 3; д) 1, 4, 5.

4. При каком виде кишечной непроходимости могут быть кровянистые выделения из заднего прохода?

- а) паралитической; б) спастической; в) инвагинационной;
- г) завороте тонкой кишки; д) желчекаменном илеусе.

5. При выборе лечебной тактики при острой кишечной непроходимости ориентируются на:

- 1) вид непроходимости;
- 2) локализацию уровня непроходимости;
- 3) наличие перитонеальных симптомов;
- 4) интенсивность перистальтики;
- 5) интенсивность болей.

Выберите правильную комбинацию ответов:

а) 1, 4; б) 2, 5; в) 3, 4; г) 4, 5; д) 1, 2, 3.

6. Паралитическая кишечная непроходимость может развиться при:

- 1) перитоните;
 - 2) свинцовом отравлении;
 - 3) остром панкреатите;
 - 4) забрюшинной гематоме;
 - 5) нарушении мезентерального кровообращения. Выберите правильную комбинацию ответов:
- а) 1, 2, 3, 4; б) 2, 3, 4, 5; в) 1, 3, 4, 5; г) 1, 2, 3, 4, 5.

7. Появление «шума плеска» при острой кишечной непроходимости объясняется:

- а) наличием выпота в брюшной полости; б) скоплением жидкости и газа в приводящей петле кишечника;
- в) скоплением жидкости и газа в отводящей петле кишечника;
- г) наличием свободного газа в брюшной полости;
- д) все перечисленное неверно.

8. Для паралитической кишечной непроходимости характерно:

- 1) асимметрия живота;
- 2) задержка стула и газов;
- 3) схваткообразные боли в животе;
- 4) резкое равномерное вздутие живота;
- 5) симптом Цеге-Мантейфеля.

Выберите правильную комбинацию ответов:

а) 1, 2, 3; б) 2, 3, 4; в) 3, 4, 5; г) 1, 4; д) 2, 4.

9. Характерными признаками острой механической кишечной непроходимости являются:

- 1) постоянные боли в животе;

- 2)однократная рвота;
- 3)положительный симптом «шум плеска»;
- 4)схваткообразные боли в животе;
- 5)многократная рвота.

Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 2; б) 2, 3, 5; в) 2, 3, 4; г) 1, 4, 5; д) 3, 4, 5.

10. Для острой кишечной непроходимости характерны следующие рентгенологические признаки:

- 1)чаши Kloiber;
- 2)свободный газ под правым куполом диафрагмы;
- 3)симптом перистости;
- 4)симптом Wahl;
- 5)симптом Цеге-Мантейфеля.

Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 2, 3; б) 1, 3; в) 1, 4; г) 1, 5; д) 2, 4.

11. К лечебным мероприятиям при obturационной кишечной непроходимости относятся:

- 1)введение спазмолитиков;
- 2)использование сифонной клизмы;
- 3)введение зонда в начальный отдел тонкой кишки;
- 4)введение промедола;
- 5)введение препаратов, усиливающих моторику кишечника. Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 2, 3; б) 2, 3, 4; в) 1, 3, 5; г) 1, 2, 4; д) 2, 3, 5.

12. При определении жизнеспособности strangулированной кишки необходимо ориентироваться на:

- 1)цвет кишки;
- 2)наличие перистальтики;
- 3)пульсацию сосудов брыжейки;
- 4)наличие выпота в брюшной полости;
- 5)наличие strangуляционных борозд. Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 1,2, 3; б) 1,2, 5; в) 2, 3, 5; г) 2, 4, 5; д) 3, 4, 5.

13. Клиническая картина острой obturационной толстокишечной непроходимости характеризуется:

- 1)схваткообразными болями в животе;
- 2)вздутием живота;
- 3)«ладьевидным животом»;
- 4)постоянными болями в животе;
- 5)задержкой стула и газов.

Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 3, 5; б) 1, 2, 5; в) 1, 3; г) 2, 4, 5; д) 4, 5.

14. Для высокой тонкокишечной непроходимости характерно:

- 1) схваткообразные боли в верхней половине живота;
- 2) «шум плеска» (симптом Склярова);
- 3) многократная рвота;
- 4) симптом Цеге-Мантейфеля;
- 5) чаши Kloiber на обзорной рентгенограмме брюшной полости.

Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 2; б) 1, 2, 3, 4; в) 1, 2, 3; г) 2, 3, 4; д) 3, 4, 5.

15. Для кишечной непроходимости на почве тонкотолстокишечной инвагинации характерно:

- 1) кровянистые выделения из прямой кишки;
- 2) «овечий» кал;
- 3) пальпируемое опухолевидное образование в правой подвздошной области;
- 4) схваткообразные боли в животе;
- 5) атония сфинктера прямой кишки.

Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 3, 4; б) 2, 3, 4; в) 3, 4, 5; г) 2, 4, 5; д) 1, 4, 5.

16. Какие диагностические мероприятия проводятся в первую очередь при подозрении на острую кишечную непроходимость?

- 1) ангиография чревной артерии;
- 2) гастродуоденоскопия;
- 3) аускультация живота;
- 4) обзорная рентгеноскопия брюшной полости;
- 5) пальпация живота, пальцевое исследование прямой кишки.

Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 2, 3; б) 2, 3, 4; в) 3, 4, 5; г) 1, 4, 5; д) 2, 4, 5.

17. Толстокишечная obturационная непроходимость чаще всего вызывается:

- а) инородными телами; б) желчными камнями;
- в) злокачественными опухолями кишечника; г) спайками брюшной полости; д) гельминтами.

18. Заворот тонкой кишки относится к одному из следующих видов кишечной непроходимости:

- а) obturационной; б) странгуляционной;

89

- в) смешанной; г) спастической;
- д) динамической.

19. Для какого вида кишечной непроходимости характерно наличие симптомов Цеге-Мантейфеля и Обуховской больницы?

- а) илиоцекальной инвагинации; б) obturации опухолью восходящей кишки; в) заворота тонкой кишки; г) заворота сигмовидной кишки; д) для всех видов.

20. При каком виде непроходимости быстро развивается некроз кишки?

- 1) обтурации просвета подвздошной кишки опухолью;
- 2) завороте тонкой кишки;
- 3) обтурации просвета тощей кишки желчным камнем;
- 4) узлообразовании;
- 5) ущемлении кишки в грыжевых воротах.

Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 2, 3; б) 2, 3, 4; в) 3, 4, 5; г) 1, 4, 5; д) 2, 4, 5.

21. При завороте сигмовидной кишки операция показана в тех случаях, когда:

- а) больной моложе 80 лет; б) имеются явления перитонита;
- в) отсутствует эффект от проведенной консервативной терапии;
- г) срок заболевания более суток; д) во всех случаях.

22. При операции у больного с кишечной непроходимостью необходимо:

- 1) восстановить проходимость кишечной трубки;
- 2) произвести новокаиновую блокаду корня брыжейки тонкой кишки;
- 3) удалить выпот из брюшной полости;
- 4) оценить жизнеспособность измененного отдела кишечника;
- 5) выполнить назоинтестинальную интубацию.

Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 3; б) 2, 4; в) 1, 2; г) 1, 2, 3, 4, 5.

23. Какие из перечисленных видов непроходимости относят к странгуляционной?

- 1) заворот;
- 2) обтурация желчным камнем;
- 3) узлообразование;
- 4) сдавление опухолью извне;
- 5) ущемление.

Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 2; б) 2, 3, 4; в) 3, 4, 5; г) 1, 4; д) 1, 3, 5.

24. Схваткообразные боли в животе наблюдаются при:

- 1) обтурации толстой кишки опухолью;
- 2) завороте тонкой кишки;
- 3) паралитической кишечной непроходимости;
- 4) узлообразовании;
- 5) спаечной непроходимости.

Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 3, 5; б) 3, 4; в) 3, 5; г) 2, 3, 4; д) 1, 2, 4, 5.

25. При низкой обтурационной кишечной непроходимости наблюдается:

- 1) ранняя многократная рвота;

- 2)задержка стула и газов;
- 3)симптом Wahl;
- 4)выраженное вздутие живота;
- 5)симптом Цеге-Мантейфеля.

Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 2, 3; б) 2, 4, 5; в) 3, 4, 5; г) 1, 4, 5; д) 2, 3, 4.

26. Методом диагностики острой кишечной непроходимости является:

- а) обзорная рентгеноскопия брюшной полости; б) лапароскопия; в) ангиография; г) гастроскопия; д) колоноскопия.

27. Об эффективности проводимой консервативной терапии при острой кишечной непроходимости говорит:

- 1)удлинение интервалов между приступами болей;
- 2)обильное отхождение кала и газов;
- 3)уменьшение вздутия живота;
- 4)ослабление перистальтики;
- 5)исчезновение боли.

Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 3, 5; б) 2, 3, 5; в) 1, 3, 4; г) 3, 4, 5; д) 1,4,5.

28. Лечение динамической кишечной непроходимости:

- а) только консервативное; б) только оперативное;
в) лапароскопическое дренирование брюшной полости;

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

- а) стеноза привратника; б) инвагинации; в) фитобезоара;
г) дивертикула Meckel; д) аппендицита.

30. Методом выбора при лечении острого заворота сигмовидной кишки являются:

- а) колостомия; б) резекция с первичным анастомозом;

92

- в) обструктивная резекция; г) деторзия сигмы и мезосигмопликация; д) ликвидация заворота.

31. Звучные перистальтические шумы в раннем периоде заболевания характерны для:

- а) паралитической кишечной непроходимости; б) перфоративной язвы желудка; в) механической кишечной непроходимости; г) гангренозного холецистита;
д) тромбоза мезентеральных сосудов.

32. Укажите формы динамической кишечной непроходимости:

- 1) паралитическая;
- 2) обтурационная;

- 3) странгуляционная;
- 4) спастическая;
- 5) смешанная.

Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 2, 3; б) 2, 3, 4; в) 3, 4, 5; г) 2, 3; д) 1, 4.

33. Укажите формы механической кишечной непроходимости:

- 1) паралитическая;
- 2) обтурационная;
- 3) странгуляционная;
- 4) спастическая;
- 5) смешанная.

Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 2, 3; б) 2, 3, 4; в) 3, 4, 5; г) 2, 3, 5; д) 1, 4, 5.

34. Кишечная непроходимость на фоне разлитого гнойнофибринозного перитонита, при перфоративном аппендиците относится к виду:

- а) спастической;

93

- б) паралитической; в) обтурационной; г) странгуляционной; д) смешанной.

35. Классическим примером смешанной формы кишечной непроходимости является:

- а) закрытие просвета кишки опухолью; б) заворот кишки; в) инвагинация;

- г) болезнь Crohn с поражением подвздошной кишки.

Ответы к тестам:

1 – в; 2 – в; 3 – в; 4 – в; 5 – д; 6 – в; 7 – б; 8 – д; 9 – д; 10 – б; 11 – а; 12 – а; 13 – б; 14 – в; 15 – а; 16 – в; 17 – в; 18 – б; 19 – г; 20 – д; 21 – д; 22 – г; 23 – д; 24 – д; 25 – б; 26 – а; 27 – б; 28 – а; 29 – б; 30 – г; 31 – в; 32 – д; 33 – г; 34 – б;

35 – в;

Тема 15

ОСТРЫЙ ПЕРИТОНИТ

1.Главный симптом «острого живота» это:

- а) рвота; б) боли в животе;
- в) кровавый стул; г) задержка кала и газов;
- д) напряжение мышц брюшной стенки.

2.Острый перитонит может развиваться при (найти неправильный ответ):

- а) перфорации дивертикула Меккел; б) болезни Крона;

в) стенозе большого дуоденального сосочка; г) рихтеровском ущемлении грыжи; д) острой кишечной непроходимости.

3. При каком виде перитонита можно ожидать фибриновые наложения на висцеральной и париетальной брюшине:

- 1) при серозном перитоните;
- 2) при фибринозном перитоните;
- 3) при гнойном перитоните;
- 4) при гнилостном перитоните;
- 5) при каловом перитоните.

Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 2; б) 2; в) 1, 2, 3; г) 2, 3, 4, 5; д) 1, 2, 3, 4, 5.

4. Комплекс лечебных мероприятий при диффузном гнойном перитоните аппендикулярного происхождения включает:

- 1) аппендэктомию;
- 2) санацию брюшной полости;
- 3) коррекцию водно-электролитных нарушений;
- 4) антибактериальную терапию;
- 5) полное парентеральное питание после операции. Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 2, 3; б) 1, 3, 4; в) 1, 2, 4; г) 1, 2, 3, 4; д) 1, 2, 3, 4, 5.

5. Перфорация полого органа в свободную брюшную полость проявляется (найди неправильный ответ):

- а) острым началом; б) доскообразным напряжением мышц брюшной стенки;
в) развитием коллапса; г) возникновением полиурии; д) тахикардией.

6. Для поздней стадии перитонита характерно (найди неправильный ответ):

- а) выраженное вздутие живота; б) резкое обезвоживание;
в) исчезновение кишечных шумов; г) гипопроотеинемия;
д) появление усиленной перистальтики.

7. Какие симптомы относятся к начальной фазе перитонита?

- 1) болезненность тазовой брюшины при ректальном исследовании;
- 2) тенденция к тахикардии;
- 3) резкие электролитные сдвиги;
- 4) напряжение мышц брюшной стенки;
- 5) тенденция к нарастанию лейкоцитоза.

Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 2, 3; б) 2, 4, 5; в) 3, 4, 5; г) 1, 4; д) 4, 5.

8. Патогномоничным симптомом перфорации полого органа в свободную брюшную полость является:

- а) высокий лейкоцитоз; б) отсутствие перистальтических шумов;

- в) свободный газ под куполом диафрагмы; г) положительные симптомы раздражения брюшины;
д) притупление перкуторного звука в отлогих местах брюшной полости.

9. При поддиафрагмальном абсцессе можно ожидать:

- 1) снижение дыхательной экскурсии легких;
 - 2) высокое стояние купола диафрагмы;
 - 3) базальные ателектазы легких;
 - 4) содружественный выпот в плевральной полости;
 - 5) боли, иррадиирующие в надключичную область. Выберите правильную комбинацию ответов:
- а) 1, 2, 3; б) 3, 4, 5; в) 4, 5; г) 2, 3, 5; д) 1, 2, 3, 4, 5.

10. Способ исследования, используемый для диагностики абсцесса пространства Douglas:

- а) ректороманоскопия; б) лапароскопия;
в) перкуссия и пальпация брюшной полости; г) пальцевое ректальное исследование; д) рентгеноскопия брюшной полости.

11. Выберите оптимальный вариант лечения поддиафрагмального абсцесса:

- а) массивная антибиотикотерапия; б) дренирование гнойника под контролем УЗИ;
в) лапаротомия, вскрытие и тампонада полости абсцесса; г) пункция гнойника толстой иглой, аспирация гноя, промывание антисептиками.

12. Какой метод лечения используют при абсцессе пространства Douglas?

- а) лапаротомия, вскрытие и дренирование гнойника; б) вскрытие и дренирование гнойника через прямую кишку; в) антибиотикотерапия;
г) пункция гнойника через прямую кишку, аспирация гноя, промывание полости антибиотиками;
д) вскрытие гнойника через промежность.

13. Абсцесс пространства Douglas локализуется в:

- а) подпеченочном пространстве; б) левом поддиафрагмальном пространстве; в) области слепой кишки; г) маточно-прямокишечной ямке;
д) межкишечных промежутках.

14. Клиническая картина абсцесса пространства Douglas характеризуется:

- а) гипертермией, болями в области прямой кишки; б) гипертермией, болями в правом подреберье; в) диареей; г) явлениями левостороннего плеврита;
д) не имеет четкой клинической симптоматики.

15. Гнойный перитонит развивается быстрее после:

а) перфорации стенки червеобразного отростка; б) перфорации стенки двенадцатиперстной кишки; в) повреждения селезенки.

16. При осмотре больного с разлитым фибринозным перитонитом выявляются следующие клинические признаки:

- 1) напряжение мышц живота; 2) резкая болезненность при пальпации живота во всех отделах; 3) симптом «нависание ампулы прямой кишки» без признаков болезненности стенки кишки; 4) резкое усиление перистальтики кишечника;
- 5) положительный симптом «Ваньки-встаньки». Выберите правильную комбинацию ответов:
а) 1, 2; б) 1, 3, 4; в) 2, 5; г) 1, 4, 5; д) 2, 4, 5.

17. Причины формирования послеоперационных абсцессов брюшной полости:

- 1) неполная ликвидация очага воспаления;
2) недостаточная санация брюшной полости;
3) неадекватное дренирование брюшной полости;
4) длительный постельный режим;
5) ишемия органов брюшной полости; Выберите правильную комбинацию ответов:
а) 1, 2, 3, 4, 5; б) 1, 2, 3; в) 1, 4, 5; г) 2, 4, 5; д) 3, 4, 5.

18. Послеоперационные абсцессы брюшной полости могут быть причиной:

- а) разлитого перитонита; б) кишечной непроходимости;
в) образования наружных свищей; г) образования внутренних свищей; д) всего перечисленного.

19. Причины послеоперационного перитонита:

- а) несостоятельность швов анастомозов; б) инфицирование брюшной полости во время операции;
в) кровотечение в брюшную полость при недостаточном гемостазе;
г) нарушение кровообращения стенки кишки; д) все перечисленное.

Ответы к тестам:

1 – д; 2 – в; 3 – г; 4 – д; 5 – г; 6 – д; 7 – б; 8 – в; 9 – д; 10 – г; 11 – б; 12 – б; 13 – г; 14 – а; 15 – а; 16 – а; 17 – а; 18 – д; 19 – д.

Тема 16

ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

1. Лимфоузлы Sorgius расположены в:

- а) подмышечной впадине; б) задне-подмышечном коллекторе;
в) во II и III межреберьях по передне-подмышечной линии; г) ретростеральном пространстве;
д) подключичном пространстве.

2. Какие из нижеперечисленных лимфоузлов являются региональными для молочной железы?

- 1) подмышечные;

- 2) парастернальные;
- 3) подключичные;
- 4) транспекторальные;
- 5) лимфоузлы противоположной стороны. Выберите правильную комбинацию ответов:
а) 1, 3, 5; б) 1, 3; в) 1, 2, 3, 4; г) 1, 2, 4; д) 1, 2, 3, 4, 5.

3. Какие факторы имеют значение в возникновении мастопатии?

- 1) нарушение менструального цикла;
 - 2) болезни эндокринных органов;
 - 3) нервно-психические нарушения;
 - 4) ранее перенесенные маститы;
 - 5) тип конституции.
- Выберите правильную комбинацию ответов:
а) 1, 2, 3; б) 1, 2, 3, 5; в) 3, 4, 5; г) 2, 3, 5; д) 1, 2, 3, 4, 5.

4. У больной 45 лет вы заподозрили двустороннюю фиброзно-кистозную диффузную мастопатию. Выделений из сосков нет. Какие исследования вы предпримете для подтверждения диагноза?

- 1) УЗИ грудной железы;
- 2) определение эстрогенов в суточной моче;
- 3) контрастную маммографию;
- 4) пункцию с цитологическим исследованием;
- 5) рентгеноскопию грудной клетки. Выберите правильную комбинацию ответов:
а) 1, 3, 4; б) 1, 2, 4; в) 1, 4; г) 1, 2, 3; д) 1, 2, 3, 4, 5.

5. Какие этиологические факторы обуславливают развитие дисгормональных опухолей молочной железы?

- 1) гиперэстрогемия;
 - 2) нарушение лактации;
 - 3) заболевание щитовидной железы;
 - 4) частые аборты;
 - 5) дисфункция яичников.
- Выберите правильную комбинацию ответов:
а) 1, 2, 4; б) 1, 3, 5; в) 2, 4, 5; г) 1, 3, 4; д) 1, 2, 3, 4, 5.

6. Больной с фиброаденомой молочной железы показана операция:

- а) простая мастэктомия; б) радикальная мастэктомия;
- в) секторальная резекция молочной железы; г) вылуцивание фиброаденомы.

7. Рак молочной железы метастазирует по лимфатическим путям в:

- 1) апикальные подмышечные лимфатические узлы;
- 2) внутренние грудные и коллатеральные лимфатические узлы;
- 3) брюшные лимфатические узлы;
- 4) подключичные лимфатические узлы;

5) ретростернальные лимфатические узлы.

Выберите правильную комбинацию ответов:

а) 1, 2, 3; б) 1, 2, 4, 5; в) 1, 3, 4; г) 1, 3, 5; д) 1, 2, 3, 4, 5.

8. У женщины пальпируется небольшое образование в молочной железе, кровянистые выделения из соска. Для какого патологического процесса это характерно?

а) рака Рeget;

б) внутрипротоковой папилломы; в) галактоцеле; г) фиброзно-кистозной мастопатии; д) мастодинии.

9. Как лечить рак молочной железы T₁N₀M₀ в первой половине беременности?

а) радикальная мастэктомия, сохранение беременности, б) радикальная мастэктомия, прерывание беременности,

в) радикальная мастэктомия, облучение, прерывание беременности,

г) радикальная мастэктомия, облучение, сохранение беременности,

д) радикальная мастэктомия, химиотерапия, прерывание беременности.

10. Какие симптомы являются противопоказанием к радикальному оперативному лечению рака молочной железы?

1) пальпируются надключичные лимфоузлы;

2) отек руки на пораженной стороне;

3) массивный плевральный выпот (канцероматозный плеврит);

4) на лимфограмме доказано увеличение лимфоузлов по ходу внутренней грудной артерии во II-III межреберьях;

5) деструкция в теле позвонка.

Выберите правильную комбинацию ответов:

а) 3, 4; б) 2, 3, 5; в) 2, 3, 4, 5; г) 1, 2, 5; д) 1, 2, 3, 4, 5.

11. Чаще всего рак молочной железы метастазирует в:

а) позвоночник; б) легкие; в) кожу;

г) печень; д) надпочечники.

12. Маммография показана при:

1) массовом обследовании;

2) наблюдении за оставшейся железой у перенесших мастэктомию;

3) множественных кистах в железе;

4) больной железе, которую трудно пальпировать;

5) сецернирующей молочной железе.

Выберите правильную комбинацию ответов:

а) 1, 3; б) 1, 2, 4; в) 1, 5; г) 1, 2, 5; д) 1, 2, 3, 4, 5.

13. Какой симптом может быть ранним при раке молочной железы?

а) симптом «лимонной корочки» над подозреваемой опухолью;

б) ретракция соска; в) пальпируемый узел в молочной железе; г) мокнущий сосок;

д) плоское уплотнение кожи над молочной железой.

14. Для рака T₂N₁M₀ молочной железы характерно:

- 1) опухоль диаметром до 5 см;
- 2) наличие отдаленных метастазов;
- 3) поражение подмышечных, подключичных и надключичных лимфоузлов;
- 4) изъязвление в зоне опухоли;
- 5) поражение подмышечных лимфоузлов.

Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 3, 4; б) 1, 4; в) 1, 5; г) 3, 4; д) 1, 2.

15. Какое лечение показано больной раком T₂N₀M₀ молочной железы?

- 1) секторальная резекция;
- 2) радикальная мастэктомия;
- 3) предоперационная лучевая терапия;
- 4) послеоперационная лучевая терапия;
- 5) химиотерапия.

Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 3; б) 2, 4; в) только 2; г) только 5; д) 1, 5.

16. Радикальная операция при раке молочной железы противопоказана больным:

- 1) с метастазами опухоли в надключичные лимфоузлы;
- 2) с метастазами опухоли в надключичные и подключичные лимфоузлы;
- 3) с наличием плеврального выпота;
- 4) с метастазами опухоли в лимфоузлы Sorigius;
- 5) с метастазами опухоли в печень.

Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 3; б) 1, 4; в) 2, 5; г) 3, 5; д) 1, 2, 3, 4, 5.

17. Какой из перечисленных методов имеет наибольшее значение в диагностике рака молочной железы?

- а) определение эстрогенов в суточной моче; б) определение катехоламинов в крови; г) эксцизионная биопсия; д) бесконтрастная маммография и УЗИ; е) пункционная биопсия.

18. Укажите показание к паллиативной операции ампутации молочной железы при раке:

- а) узловатая форма рака T₁N₀M₀;
б) диффузная форма рака, T₃N₁M₀; в) рак сосочка T₁N₀M₀;
г) рак T₅N₁M₁, изъязвление опухоли и кровотечение из нее; д) узловатая форма рака T₃N₁M₀.

19. Какое лечение показано больной 43 лет раком T₂N₀M₀ молочной железы?

- 1) секторальная резекция;
- 2) радикальная мастэктомия;
- 3) предоперационная лучевая терапия;
- 4) химиотерапия;
- 5) гормонотерапия.

Выберите правильную комбинацию ответов: а) 1, 3; б) 2, 4; в) 2, 5; г) только 5; д) только 2.

20. Какое лечение показано больной 38 лет раком T₃N₁M₀ молочной железы?

- 1)ампутация молочной железы;
- 2)радикальная мастэктомия;
- 3)предоперационная лучевая терапия;
- 4)послеоперационная лучевая терапия;
- 5)гормонотерапия.

Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 3, 4; б) 1, 4, 5; в) 2, 3, 4; г) 2, 4, 5; д) 2, 3, 4, 5.

21. Что подлежит удалению при радикальной мастэктомии по Halsted?

- 1)грудные мышцы вместе с молочной железой;
- 2)парастернальные лимфоузлы;
- 3)подключичные лимфоузлы;
- 4)подмышечные лимфоузлы;
- 5)подлопаточные лимфоузлы.

Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 2, 4; б) 2, 3, 4; в) 1, 3, 4, 5; г) 2, 3, 5; д) 1, 2, 3, 4, 5.

22. К поздним симптомам рака молочной железы относят:

- а) симптом «лимонной корочки»; б) ретракцию соска;
- в) ограничение подвижности опухоли при сокращении большой грудной мышцы,
- г) ничто из названного; д) все вышеперечисленное.

23. Какой из видов мастопатии обладает большей склонностью к малигнизации?

- а) диффузная мастопатия; б) тиреотоксическая мастопатия; в) мастодиния;
- г) ретенционные кисты молочной железы; д) болезнь Минца.

24. В какое время менструального цикла нужно производить обследование молочных желез?

- а) во время месячных; б) накануне месячных;
- в) в середине менструального цикла; г) в любое время,

25.Рак молочной железы лимфогенным путем метастазирует в:

- а) апикальные и центральные подмышечные лимфатические узлы;
- б) внутренние грудные и контрлатеральные; в) узлы брюшной полости; г) подключичные и пекторальные; д) во все, вышеперечисленные.

26.Маммография показана, когда имеет место:

- 1)ретракция соска при непальпируемой опухоли;
- 2)увеличение подмышечных лимфоузлов без пальпируемой опухоли в молочной железе;
- 3)сецернирующая молочная железа;
- 4)рецидивирующая узловатая мастопатия.

Выберите правильную комбинацию ответов:

а) 1, 2, 4; б) 2, 3; в) 3, 4; г) 2, 3, 4; д) 1, 2, 3, 4.

27. Характерными признаками злокачественной опухоли молочной железы являются:

- 1) связь опухоли с окружающими тканями;
- 2) опухоль мягкой консистенции;
- 3) четкие границы опухоли;
- 4) наличие «лимонной корочки»;
- 5) втяжение соска.

Выберите правильную комбинацию ответов:

а) 1, 3, 5; б) 2, 3, 5; в) 2, 4, 5; г) 1, 4, 5; д) 1, 2, 3, 4, 5.

28. Что является противопоказанием к радикальной операции при раке молочной железы?

- а) доказанные отдаленные метастазы; б) наличие выпота в плевральной полости на стороне поражения; в) плотная фиксация опухоли к грудной стенке;
- г) фиксированные увеличенные лимфатические подмышечные узлы;
- д) все перечисленное.

29. В этиологии рака молочной железы имеют значение:

- 1) наследственное генетическое предрасположение;
- 2) гормональный дисбаланс;
- 3) недостаточность репродуктивной и лактационной функций;
- 4) органические заболевания половых и эндокринных органов;
- 5) изменения со стороны нервной системы.

Выберите правильную комбинацию ответов:

а) 1, 2, 4; б) 2, 3, 4; в) 1, 2, 5; г) 1, 2, 3, 4; д) 1, 2, 3, 4, 5.

30. К диффузным формам рака молочной железы относят:

- а) отечно-инфильтративную; б) маститоподобную; в) рожеподобную; г) панцирный рак;
- д) все перечисленное.

31. Рак Peget – это:

- а) изъязвление раковой опухоли на коже молочных желез; б) внутрипротоковое поражение мелких протоков; в) рак эпителия устьев молочных протоков; г) поражение обоих молочных протоков;
- д) рак молочных желез с поражением яичников.

32. Кожные симптомы, характерные для рака молочной железы:

- 1) втянутый сосок;
- 2) очаг гиперемии;
- 3) участок гиперпигментации;

4) вид «лимонной корочки»;

5) инфильтрация тканей.

Выберите правильную комбинацию ответов:

а) 1, 2, 3; б) 2, 3, 4; в) 1, 3, 5; г) 3, 4, 5; д) 1, 3, 4.

33. Являются ли гормональные нарушения факторами риска при раке молочной железы?

а) да; б) нет.

34. Основной путь метастазирования при раке молочной железы:

а) гематогенный; б) лимфогенный;

в) имплантационный.

35. Какая группа лимфоузлов чаще всего поражается при раке молочной железы, локализуемся в наружных квадрантах молочной железы?

а) надключичных; б) парастернальных; в) подмышечных.

36. Какая гистологическая структура характерна для рака молочной железы?

а) аденокарцинома; б) плоскоклеточный рак;

в) неэпителиальная опухоль.

37. Какое лечение показано больным раком молочной железы при стадии T₁N₀M₀?

а) хирургическое; б) комплексное; в) химиотерапия.

38. Какое лечение показано больным раком молочной железы при стадии T₃N₁M₀?

а) хирургическое; б) комплексное; в) химиотерапия.

Ответы к тестам:

1 – в; 2 – д; 3 – д; 4 – а; 5 – д; 6 – в; 7 – б; 8 – б; 9 – б; 10 – в; 11 – а; 12 – д; 13 – в; 14 – в; 15 – в; 16 – г; 17 – г; 18 – г; 19 – д; 20 – в; 21 – в; 22 – д; 23 – д; 24 – в; 25 – д; 26 – д; 27 – г; 28 – д; 29 – д; 30 – д; 31 – в; 32 – д; 33 – а; 34 – б; 35 – в; 36 – а; 37 – а; 38 – б.

Тема 17

ЗАБОЛЕВАНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

1. Показанием к операции при узловом зобе является (выбрать неправильный ответ):

а) сдавление трахеи и пищевода; б) развитие тиреотоксикоза; в) риск развития тиреоидита; г) возможность малигнизации; д) косметический дефект.

2. Появление зоба у значительного числа лиц, живущих в одной биогеохимической области, будет определено вами как:

а) эпидемический зоб; б) спорадический зоб; в) острый струмит; г) эндемический зоб; д) массовый тиреотоксикоз.

3. Определите оптимальный вариант лечения узлового зоба:

а) консервативное лечение тироксином; б) иссечение узла со срочным гистологическим исследованием; в) выполнить энуклеацию;

г) произвести субтотальную струмэктомию; д) показана гемиструмэктомия с резекцией перешейки щитовидной железы.

4. Клиническим признаком загрудинного зоба является:

а) девиация трахеи на рентгенограмме; б) расширение вен шеи; в) одышка; г) одутловатость лица; д) все названное.

5. При операциях на щитовидной железе может возникнуть (выбрать неправильный ответ):

а) кровотечение; б) воздушная эмболия; в) жировая эмболия; г) повреждение трахеи.

6. К развитию зоба может привести (выбрать неправильный ответ):

а) дефицит йода в пище; б) повышенная секреция тиреостимулирующего гормона; в) стимулирующее действие надпочечников; г) применение антигипертензивных препаратов; д) физические и психические нагрузки.

7. Наиболее частым осложнением операции субтотальной струмэктомии является:

а) повреждение возвратного нерва; б) рецидив тиреотоксикоза; в) тетания; г) гипотиреоз; д) прогрессирующий экзофтальм.

8. Определите показания к хирургическому лечению заболеваний щитовидной железы:

1) кахектическая стадия тиреотоксического зоба;
2) узловой эутиреоидный зоб;
3) висцеропатическая стадия тиреотоксического зоба;
4) диффузный эутиреоидный зоб IV степени;
5) невротическая стадия диффузного тиреотоксического зоба.

Выберите правильную комбинацию ответов:

а) 1, 3, 5; б) 1, 2, 3; в) 1, 2, 3, 4; г) 1, 2; д) 1, 2, 3, 4, 5.

9. К симптомам злокачественного экзофтальма, сочетающегося с тиреотоксикозом, относятся:

а) нарушение режима сна; б) патологическая мышечная слабость; в) светобоязнь; г) патологическая жажда; д) несахарное мочеизнурение.

10. Болезнь Basedow характеризуется наличием:

1) зоба;

- 2) тахикардии;
- 3) экзофтальма;
- 4) брадикардии;
- 5) диастолического шума на верхушке сердца. Выберите правильную комбинацию ответов:
а) 1, 2, 5; б) 1, 3, 4; в) 1, 2, 3; г) 2, 3, 5; д) 1, 2, 3, 4, 5.

11. У больной после операции струмэктомии возникли судороги, симптом Chvostek, симптом Trousseau. Какое осложнение у больной?

- а) гипотиреоз; б) тиреотоксический криз;
- в) травма гортанных нервов; г) гипопаратиреоз;
- д) остаточные явления тиреотоксикоза.

12. Висцеропатическая стадия тиреотоксического зоба характеризуется:

- 1) вегетоневрозом;
 - 2) миокардиодистрофией;
 - 3) микседемой;
 - 4) гипокортицизмом;
 - 5) гиперхолестеринемией.
- Выберите правильную комбинацию ответов:
а) 1, 2, 4; б) 2, 3, 4; в) 3, 4, 5; г) 1, 4, 5; д) 1, 2, 3, 4, 5.

13. Признаки тиреотоксического сердца:

- 1) тахикардия, аритмия;
 - 2) расширение границ сердца;
 - 3) высокое систолическое давление;
 - 4) диастолический шум на верхушке сердца;
 - 5) лимфоцитоз.
- Выберите правильную комбинацию ответов:
а) 1, 2; б) 1, 2, 3; в) 1, 4, 5; г) 1, 2, 4; д) 1, 2, 5.

14. Для тиреотоксического криза характерно (выбрать неправильный ответ):

- а) тахикардии; б) снижения пульсового артериального давления;
- в) потери сознания; г) возбуждения; д) гипертермии.

15. К симптомам тиреотоксикоза относятся:

- а) симптомы Graefe и Moebius;
- б) тахикардия; в) экзофтальм;
- г) тремор конечностей; д) все указанные симптомы.

16. При развитии паратиреоидной тетании после струмэктомии больной показано:

- 1) гемотрансфузия;
- 2) гипотермия;
- 3) оксигенотерапия;
- 4) мясная диета;
- 5) микродозы йода.

Выберите правильную комбинацию ответов:

а) 1,4; б) 2, 3; в) 3, 4; г) 1, 2, 3, 4, 5; д) ничто из перечисленного не показано.

17. Послеоперационные осложнения при операциях на щитовидной железе:

а) тиреотоксический криз; б) парез возвратного нерва; в) гипокальциемия; г) гипотиреоз; д) все названное.

18. При тиреотоксическом кризе появляется (выбрать неправильный ответ):

- а) нервнопсихические расстройства;
- б) симптом Chvostek;
- в) гипертермия; г) тахикардия;
- д) потеря сознания.

19. Цель операции при хроническом тиреоидите:

- а) устранение причины аутоиммунной реакции; б) устранение болей в области шеи; в) предотвращение малигнизации;
- г) устранение компрессии трахеи и пищевода; д) ликвидация тиреотоксикоза.

20. При диффузно-токсическом зобе на первый план выступают следующие симптомы:

- 1) похудание;
- 2) раздражительность;
- 3) желтушность кожных покровов;
- 4) сердцебиение;
- 5) одышка.

Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) 1, 3, 5; б) 1, 2, 4; в) 2, 3, 4; г) 3, 4, 5; д) 1, 4, 5.

21. Идеальным лечением одиночного "холодного" узла в щитовидной железе при его росте является:

- а) назначение терапии нормализующей функцию щитовидной железы и наблюдение за ростом узла;
- б) назначение антигипертиреозной терапии; в) гемитиреоидэктомия;
- г) клиновидная резекция щитовидной железы; д) экстирпация щитовидной железы.

Ответы к тестам:

- 1 – д; 2 – г; 3 – д; 4 – д; 5 – в; 6 – в; 7 – г; 8 – в; 9 – в; 10 – в; 11 – г; 12 – д; 13 – б; 14 – в; 15 – д; 16 – д; 17 – д; 18 – б; 19 – г; 20 – б; 21 – в.

ВОПРОСЫ К ЭКЗАМЕНУ

- 1. Методика обследования хирургического больного. Роль лапароскопических технологий в диагностическом и лечебном процессе на современном этапе.
- 2. Острый аппендицит. Этиология, патогенез, классификация, клиника, лечение.
- 3. Клиника острого аппендицита в зависимости от расположения червеобразного отростка. Видеолапароскопическая диагностика острого аппендицита.
- 4. Острый аппендицит. Дифференциальный диагноз с заболеваниями органов мочеполовой системы.

5. Острый аппендицит. Дифференциальный диагноз с заболеваниями органов пищеварительной системы.
6. Острый аппендицит. Дифференциальный диагноз с заболеваниями органов дыхательной и сердечно-сосудистой систем.
7. Острый аппендицит. Лечение. Подготовка к операции. Послеоперационное ведение больных. Пути снижения летальности.
8. Обезболивание при аппендэктомии, техника операции, показания к дренированию и тампонаде брюшной полости. Лапароскопическая аппендэктомия.
9. Операционные осложнения у больных острым аппендицитом. Послеоперационные осложнения у больных острым аппендицитом, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
10. Осложнения острого аппендицита. Классификация, причины, диагностика, лечение, профилактика.
11. Аппендикулярный инфильтрат. Причины, клиника, дифференциальный диагноз, лечение.
12. Аппендикулярный абсцесс. Причины, клиника, диагностика, лечение, профилактика. Пилефлебит.
13. Особенности острого аппендицита в пожилом и старческом возрасте. Диагностика, лечение.
14. Особенности острого аппендицита у детей. Диагностика, лечение.
15. Особенности острого аппендицита у беременных, дифференциальный диагноз, диагностика, лечение.
16. Хронический аппендицит. Классификация, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение.
17. Паховые грыжи. Анатомия пахового канала. Этиопатогенез, классификация, диагностика, дифференциальный диагноз.
18. Косая паховая грыжа, клиника, диагностика. Методы операций.
19. Прямая паховая грыжа, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, методы операций.
20. Принципы пластики пахового канала при косой и прямой паховых грыж.
21. Грыжа врожденная и приобретенная. Особенности операции при врожденной паховой грыжи.
22. Бедренная грыжа. Анатомия бедренного канала. Диагностика, дифференциальный диагноз.
23. Анатомические и клинические особенности скользящих грыж, диагностика, особенности операции.
24. Грыжи белой линии живота, клиника, диагностика, лечение.
25. Пупочная грыжа, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз.
26. Послеоперационные вентральные грыжи. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.
27. Невправимые грыжи. Причины, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение.
28. Осложнения грыж. Клиника ущемленной грыжи, дифференциальный диагноз, диагностика, лечение. Ложное ущемление.
29. Ущемленная грыжа. Хирургическая тактика при самопроизвольном вправлении ущемленной грыжи. Мнимое вправление ущемленной грыжи.
30. Осложнения при самопроизвольном вправлении ущемленной грыжи.
31. Ущемленная паховая грыжа, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, особенности операции.

32. Ущемленная бедренная грыжа, диагностика, дифференциальный диагноз, особенности операции.
33. Виды ущемления грыж. Механизм ущемления. Патологические изменения в ущемленном органе.
34. Оперативное вмешательство при ущемленной грыже, особенности. Признаки нежизнеспособности ущемленного органа.
35. Флегмона грыжевого мешка, диагностика, характер оперативного вмешательства.
36. Анатомо-физиологические сведения о желудке и 12-перстной кишке.
37. Методы обследования больных с заболеваниями желудка и 12-перстной кишки. Эндоскопическая картина язв желудка и 12-перстной кишки. Морфологические признаки доброкачественной язвы.
38. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки. Патогенез, клиника, причины неудач консервативного лечения. Группы риска.
39. Показания к хирургическому лечению язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки. Показания к хирургической терапии по С.С.Юдину.
40. Предоперационная подготовка больных с заболеваниями желудка, возможные противопоказания к операции.
41. Методы оперативных вмешательств при язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки. Виды желудочно-кишечных анастомозов при резекции желудка. Видеолапароскопическая резекция желудка.
42. Послеоперационное ведение больных после операций на желудке, возможные осложнения и их профилактика.
43. Ранние послеоперационные осложнения при резекции желудка. Их профилактика и лечение.
44. Поздние осложнения после операции на желудке. Синдром приводящей петли. Их клиника, причины, профилактика, лечение.
45. Болезни оперированного желудка, классификация, лечение.
46. Гастродуоденальные кровотечения (язвенная болезнь, эрозивный гастрит, синдром Маллори-Вейса, варикозное расширение вен пищевода, опухоли), клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение.
47. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, осложненная кровотечением, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз. Показания к консервативному и оперативному лечению.
48. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, осложненная перфорацией. Клиника, Клиника, диагностика, эндоскопическая и видеолапароскопическая картина, дифференциальный диагноз, лечение. Виды операций.
49. Прикрытая перфоративная язва. Клиника, эндоскопическая и видеолапароскопическая картина, особенности лечения.
50. Стеноз привратника. Причины, патогенез водно-электролитных и других нарушений, клиника, лечение.
51. Язвенная болезнь желудка, осложненная онкопроцессом, ранняя диагностика. Предраковые состояния.
52. Диагностические (клинические, морфологические) критерии язвы - рак желудка.

53. Методы обследования больных с заболеваниями желчного пузыря и желчных протоков.
54. Желчно-каменная болезнь. Патогенез камнеобразования, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение.
55. Острый холецистит, классификация, клиника различных форм, диагностика, дифференциальный диагноз. Консервативное лечение острого холецистита.
56. Хирургическое лечение острого холецистита. Показания к оперативному вмешательству, предоперационная подготовка, типы операций. Показания и противопоказания к лапароскопической холецистэктомии.
57. Желчно-каменная болезнь: осложнения (холедохолитиаз, свищи желчевыводящих путей, синдром Миризи, стриктура фатерова сосочка и др.), диагностика, лечение, профилактика.
58. Холедохолитиаз. Клиника, диагностика. Показания и виды дренирования желчных путей.
59. Механическая желтуха. Причины, патогенез расстройств, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз.
60. Механическая желтуха. Предоперационная подготовка и послеоперационное ведение больных желтухой. Особенности оперативных вмешательств и профилактика осложнений.
61. Холангиты. Причины, клиника, диагностика, лечение.
62. Хронический холецистит. Патанатомия. Клиническое течение, диагностика, показания к операции. Показания и противопоказания к лапароскопической холецистэктомии.
63. Анатомо-физиологические сведения о поджелудочной железе. Современное представление об этиологии и патогенезе острого и хронического панкреатита. Классификация.
64. Острый панкреатит, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лапароскопическая картина.
65. Острый панкреатит. Консервативное лечение. Методы неспецифической детоксикации (форсированный диурез, лимфосорбция и др.). Профилактика рецидивов (диета, режим, санаторно-курортное лечение, трудовая реабилитация).
66. Острый панкреатит. Показания к хирургическому лечению. Характерооперативных вмешательств и их исходы. Видеолапароскопические операции.
67. Острый панкреатит. Осложнения, клиника, диагностика, лечение.
68. Панкреонекроз: жировой, геморрагический, смешанный. Клиника, диагностика, лечение. Роль видеолапароскопии в диагностике панкреонекроза.
69. Хронический панкреатит (свищи, кисты, опухоли). Этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз.
70. Хронический панкреатит. Показания к оперативному лечению, виды операций.
71. Кишечная непроходимость, классификация, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз.
72. Динамическая кишечная непроходимость. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальный диагноз, лечение.
73. Обтурационная кишечная непроходимость. Причины, патогенез, особенности нарушений водно-электролитного баланса и кислотно-щелочного состояния, дифференциальный диагноз, диагностика.
74. Странгуляционная кишечная непроходимость, этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение.
75. Инвагинация. Причины, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение.
76. Заворот тонкой кишки. Причины, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
77. Узлообразование. Причины, патогенез, клиника, диагностика, лечение.

- 78.Заворот сигмовидной кишки. Причины, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
- 79.Заворот слепой кишки. Причины, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
- 80.Спаечная кишечная непроходимость. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальный диагноз, лечение. Роль видеолапароскопии в диагностике и лечении.
- 81.Предоперационная подготовка и послеоперационное ведение больных острой кишечной непроходимостью.
- 82.Хирургическая тактика при острой кишечной непроходимости. Виды операций. Показания к резекции кишки.
- 83.Острый перитонит. Классификация. Анатомо-физиологические сведения о брюшине. Этиология. Пути распространения инфекции. Роль защитных механизмов.
- 84.Острый перитонит. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз.
- 85.Современные принципы комплексного лечения больных острым перитонитом. Пути снижения летальности.
- 86.Предоперационная подготовка и послеоперационное ведение больных перитонитом. Борьба с нарушениями гемодинамики, интоксикацией, парезом кишечника.
- 87.Острый разлитой гнойный перитонит. Особенности оперативных вмешательств. Показания к дренированию брюшной полости. Показания к программным санированиям брюшной полости.
- 88.Туберкулезный перитонит. Клинические формы, диагностика, лечение.
- 89.Поддиафрагмальный абсцесс. Причины, клиника, диагностика, лечение.
- 90.Межкишечный абсцесс. Причина, клиника, диагностика, лечение.
- 91.Абсцесс дугласова пространства. Причины, клиника, диагностика, лечение.
- 92.Анатомо-физиологические сведения о толстой кишке. Методы исследования. Неспецифический язвенный колит. Этиопатогенез. Клиника, диагностика, лечение.
93. Неспецифический язвенный колит. Осложнения. Клиника, диагностика, лечение.
- 94.Дивертикулез толстой кишки. Этиопатогенез. Клиника, диагностика, осложнения, лечение.
- 95.Полип и полипоз толстой кишки. Этиопатогенез. Клиника, диагностика, лечение.
- 96.Болезнь Гиршпрунга. Этиопатогенез. Клиника, диагностика, лечение.
- 97.Кишечные свищи. Классификация. Этиопатогенез. Клиника, диагностика, лечение.
- 98.Анатомо-физиологические сведения о пищеводе. Методы исследования. Врожденные аномалии развития пищевода. Лечение.
- 99.Повреждения пищевода. Этиопатогенез. Клиника, диагностика, лечение.
- 100.Эзофагит. Классификация. Этиопатогенез. Клиника, диагностика, лечение.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ (ЗАДАЧИ К ЭКЗАМЕНУ)

Задача 1.

Больной 58 лет, в течение 10 лет страдавший язвенной болезнью желудка, во время очередного обострения поступил в стационар. За последнее время похудел, что связывает с боязнью принимать пищу из-за возникающих после еды болей. Аппетит остается хорошим. Анализ крови и мочи без особенностей. При анализе желудочного сока установлено умеренное повышение общей кислотности и связанной соляной кислоты. При рентгенологическом исследовании обнаружено ограничение подвижности желудка по малой кривизне, где определяется ниша диаметром около 2 см; стенка желудка вокруг ниши ригидна, складки слизистой оболочки не выражены. Вопросы:

1. Какой диагноз Вы поставите?
2. С каким заболеванием необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. Какие рентгенологические признаки не характерны для язвы?
4. Определите необходимые дополнительные методы обследования.

5. Чем в данном случае определяется лечебная тактика?

Задача 2.

У больного 40 лет, более 10 лет страдающего язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, в течение 2 недель отмечались боли в эпигастриальной области, возникающие через 1 – 1,5 часа после приема пищи. Лечился самостоятельно – принимал альмагель перед едой. Последние 2 дня боли стали менее интенсивными, но появились слабость и головокружение. Сегодня утром, поднявшись с постели, он на несколько секунд потерял сознание. Тошноты, рвоты не было. Стул был накануне, кал – обычной окраски. При осмотре. Кожные покровы бледные. Пульс 96 ударов в 1 минуту. АД 90 – 60 мм рт. ст. Язык влажный, умеренно обложен белым налетом. При пальпации в эпигастриальной области определяется умеренная болезненность. Симптомов раздражения брюшины нет. Анализ крови: гемоглобин – 96 г/л, гематокрит - 38%, эритроциты – $3,2 \times 10^{12}/л$, цветной показатель – 0,8.

Вопросы:

1. Какое осложнение язвенной болезни Вы заподозрили?
2. Каковы действия врача поликлиники в данной ситуации?
3. Какие исследования необходимо применить для подтверждения диагноза?
4. Определите показания к гемотрансфузии.
5. Чем в данном случае определяется лечебная тактика?

Задача 3.

У больной 58 лет 10 месяцев назад появилась дисфагия, которая постепенно нарастала. В настоящее время с трудом может проглотить глоток воды. При осмотре. Кожные покровы бледные, сухие. Больная резко истощена. При обследовании диагностирована опухоль кардиального отдела желудка с переходом на абдоминальный отдел пищевода, имеющая строение аденокарциномы. Над левой ключицей пальпируется плотное округлое опухолевидное образование до 3 см.

Вопросы:

1. Какой диагноз Вы поставите?
2. О чем свидетельствует пальпируемое опухолевидное образование над левой ключицей?
3. Какие дополнительные методы следует применить для оценки распространенности процесса?
4. Чем в данном случае определяется лечебная тактика?
5. Какие варианты лечебных мероприятий можно применить в данном случае?

Задача 4.

Больной 32 лет обратился с жалобами на боли в правой подвздошной области, появившиеся 5 дня назад. Изначально боли локализовались в эпигастриальной области, была однократная рвота, температура 37,90С. Затем боли мигрировали в правую подвздошную область и постепенно стихли, но совсем не прошли. Нарушения стула и мочеиспускания не было. При осмотре: язык влажный, температура 37,00С. При пальпации отмечается небольшая болезненность в правой подвздошной области, где определяется плотное малоподвижное опухолевидное образование около 10 см в диаметре. Напряжения мышц нет, симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Анализ крови: гемоглобин – 126 г/л, гематокрит - 38%, эритроциты – $4,2 \times 10^{12}/л$, лейкоциты – $9,2 \times 10^9 /л$.

Вопросы:

1. Какой диагноз наиболее вероятен?
2. Какой симптом, характерный для данного заболевания, выявляется при сборе анамнеза?
3. С каким заболеванием необходимо проводить дифференциальный диагноз?
4. Какие методы исследования возможно применить для уточнения диагноза?
5. Какова в данном случае должна быть лечебная тактика?

Задача 5.

В приемное отделение поступила больная 52 лет. Накануне обильно поужинала. Утром появились сильные боли в эпигастральной области опоясывающего характера, затрудненное дыхание, многократная рвота, не дающая облегчения, слабость. Доставлена через 4 часа от начала заболевания. Температура 36,80С. Расстройств мочеиспускания нет. Задержка стула, газы отходят. Раньше подобного не отмечалось. При осмотре состояние тяжелое, кожные покровы бледные, покрыты холодным потом, акроцианоз. Пульс 120 ударов в 1 мин. АД=100-60 мм рт.ст. Язык сухой, покрыт белым налетом. Живот участвует в акте дыхания. Перистальтические шумы вялые. Печеночная тупость сохранена. Свободная жидкость в брюшной полости не определяется. Симптомов раздражения брюшины нет. Резкая болезненность в эпигастральной области. Симптомы Воскресенского и Керте положительные. Анализ крови: гемоглобин – 156 г/л, эритроциты – $4,9 \times 10^{12}/л$, цветной показатель – 0,9, лейкоциты – $12,8 \times 10^9 /л$, панкреатическая амилаза – 750 ЕД/л.

Вопросы:

1. Какой диагноз наиболее вероятен?
2. Опишите симптомы, приведенные в задаче, и раскройте механизм их действия.
3. С каким заболеванием необходимо проводить дифференциальный диагноз?
4. Какие методы исследования возможно применить для уточнения диагноза?
5. Определите объем лечебных манипуляций в условиях приемного отделения.

Задача 6.

Больная 56 лет поступила в стационар с клинической картиной острого холецистита на 2 сутки от начала заболевания. Общее состояние больной средней тяжести. Температура 38,10С. Пульс 92 удара в 1 минуту. Живот болезненный только в правом подреберье, где определялось умеренно выраженное защитное мышечное напряжение, симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Остальные отделы живота безболезненные. При ультразвуковом исследовании: желчный пузырь 12 x 6 см, стенка его утолщена до 0,5 см с двойным контуром, перивезикально выявляется ограниченное жидкостное скопление до 30,0 мл. Анализ крови: гемоглобин – 146 г/л, эритроциты – $4,9 \times 10^{12}/л$, цветной показатель – 0,9, лейкоциты – $9,8 \times 10^9 /л$, панкреатическая амилаза – 30 ЕД/л. Больной назначена консервативная терапия (инфузионно-дезинтоксикационная, антибактериальная, симптоматическая). Через 10 часов внезапно состояние больной резко ухудшилось: появились сильные боли в животе, чувство страха, больная побледнела, появились одышка и рвота. Пульс 120 ударов в 1 минуту. Лейкоцитоз до $15,0 \times 10^9 /л$. При осмотре живот вздут, при пальпации определяется разлитая болезненность и положительный симптом Щеткина-Блюмберга по всей правой половине живота.

Вопросы:

1. Ваше мнение о правомерности начатого при поступлении консервативного лечения?
2. Соответствуют ли выявленные ультразвуковые данные воспалению желчного пузыря?
3. Развитие какого осложнения можно предположить?
4. Какие методы исследования возможно применить для уточнения диагноза?
5. Какие варианты лечебных мероприятий можно применить в данном случае?

Задача 7.

У больного жировым панкреонекрозом на 5-е сутки от начала заболевания при пальпации в эпигастральной области стал определяться умеренно болезненный плотный инфильтрат без четких границ. На фоне проводимой консервативной терапии (инфузионной и антисекреторной) он несколько уменьшился в размерах, однако к третьей неделе заболевания боли усилились, ухудшилось самочувствие, появилась гектическая температура, выросла тахикардия. При осмотре состояние

больного тяжелое; кожные покровы бледные; над легкими выслушивается везикулярное дыхание без хрипов; пульс 96 ударов в 1 минуту, АД = 120 - 80 мм. рт. ст. Язык сухой, живот не вздут, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастриальной области, где определяется болезненное опухолевидное образование до 10 см в диаметре; перитонеальные симптомы отрицательные, перистальтические шумы обычные. Нб – 105 г/л, лейкоциты крови – 18×10^9 /л, э – 3, ю – 1, п – 29, с – 52, л – 8, СОЭ – 48 мм/час.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Назовите этапы развития заболевания.
3. Какие дополнительные исследования помогут уточнить диагноз?
4. Назначение каких препаратов на этапе консервативного лечения могло бы избежать развития подобной ситуации?
5. Ваша тактика лечения?

Задача 8.

У больного геморрагическим панкреонекрозом на 12 сутки от начала заболевания усилились боли в животе и поясничной области слева, ухудшилось общее состояние, появилась гектическая температура с вечерними цифрами до 39,5°C. Состояние больного тяжелое, кожные покровы бледные, пульс 108 ударов в 1 минуту. Язык сухой, живот слегка вздут, при пальпации болезненный в эпигастриальной области и в левом подреберье. Перитонеальные симптомы отрицательные, перистальтические шумы выслушиваются. Отмечается гиперемия кожи и отечность в поясничной области слева. Пальпация в левом реберно-позвоночном углу резко болезненная. Лейкоциты крови – 20×10^9 /л.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какие специальные методы исследования помогут уточнить диагноз?
3. Ваша тактика лечения?
4. Возможные варианты оперативного пособия?
5. Определите объем консервативной терапии при данном осложнении.

Задача 9.

У больного, перенесшего 8 месяцев назад панкреонекроз, появились умеренные боли в верхних отделах живота. Тошноты, рвоты нет. Температура тела нормальная. Состояние больного удовлетворительное; кожные покровы обычной окраски; над легкими везикулярное дыхание, хрипов нет. Пульс 72 удара в 1 минуту, АД = 120-80 мм. рт. ст. Язык влажный, чистый; живот не вздут, мягкий, при пальпации в эпигастриальной области пальпируется слегка болезненное с четкими контурами несмещаемое опухолевидное образование размером 10 x 10 см. Перитонеальные симптомы отрицательные, перистальтические шумы выслушиваются. В анализах крови и мочи существенных изменений не выявлено.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию?
3. Какие методы исследования помогут уточнить диагноз?
4. Ваша тактика лечения?
5. Возможные варианты оперативного вмешательства.

Задача 10.

При поступлении в хирургическое отделение больной предъявлял жалобы на сильные опоясывающие боли в верхних отделах живота, многократную рвоту. Пациент в сознании, ориентирован в пространстве и времени. При осмотре: акроцианоз, частота дыхательных движений – 28 в 1 минуту, пульс 100 ударов в 1 минуту, АД = 110-70 мм. рт. ст. Отмечена высокая, до 1200 ЕД/л, амилаземия. Заподозрен панкреонекроз,

который и был подтвержден при лапароскопии. Начато интенсивное консервативное лечение. Через двое суток выявлено снижение активности амилазы до нижних границ нормы, однако при этом состояние больного оставалось тяжелым, поведение неадекватное, на коже боковых отделов живота появились цианотичные пятна, увеличилась одышка, выросла тахикардия. Язык сухой, живот умеренно вздут, болезненный во всех отделах, перитонеальные симптомы отрицательные, перистальтические шумы ослабленные.

Вопросы:

1. Каково Ваше мнение о течение заболевания?
2. О чем может свидетельствовать снижение активности амилазы мочи?
3. Назовите эпонимные транскрипции симптомов, приведенных в ситуации.
4. Какие специальные методы исследования могут уточнить диагноз?
5. Возможные варианты лечебных действий.

Задача 11.

При поступлении в отделение больной 42 лет предъявлял жалобы на периодические боли в животе (больше в верхних его отделах) схваткообразного характера, многократную рвоту. Боли появились остро за 4 часа до госпитализации после приема жирной и острой пищи. Через 1 час после появления болей началась рвота, рвотные массы носили «дуоденальный» характер. Из анамнеза известно, что 2 года назад больному произведена холецистэктомия по поводу желчнокаменной болезни. Год назад находился на обследовании с подозрением на холедохолитиаз, хронический панкреатит – результаты обследования неизвестны. При осмотре в отделении состояние больного средней тяжести. Кожные покровы обычной окраски. Температура тела 36,8°C. Частота дыхательных движений 20 в 1 минуту. Пульс 92 удара в 1 минуту. АД = 120 – 80 мм. рт. ст. Язык влажный. Отмечается умеренное вздутие верхних отделов живота. При пальпации живот мягкий, болезненный в эпигастрии и подреберьях. Перитонеальные симптомы отрицательные. Перистальтические шумы выслушиваются отчетливо. Шума плеска нет. Печеночная тупость сохранена. Анализы: гемоглобин – 138 г/л, лейкоциты – 8,8x10⁹ /л, амилаза мочи – 156 мг/чмл.

Вопросы:

1. Какие заболевания следует дифференцировать между собой при такой клинической картине?
2. Укажите на патологические изменения в анализах.
3. Различна ли тактика лечения при этих заболеваниях?
4. Какие неинвазивные методы исследования следует применить при проведении дифференциальной диагностики?
5. Что позволит окончательно установить диагноз?

Задача 12.

Вы, врач выездной бригады “скорой помощи”, осматриваете больную 48 лет, которая предъявляет жалобы на сильные боли в верхних отделах живота опоясывающего характера с иррадиацией в спину, многократную неукротимую рвоту, практически не приносящую облегчения. Подобное состояние впервые. Из анамнеза известно, что больная страдает желчнокаменной болезнью. При осмотре состояние больной средней тяжести. Кожные покровы обычной окраски. Температура – 36,7°C. Пульс 110 ударов в 1 минуту. АД = 100-60 мм. рт. ст. Язык влажный. Живот умеренно вздут, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области и левом подреберье. Перитонеальные симптомы отрицательные. Пульсация аорты в эпигастральной области не определяется, на артериях нижних конечностей – отчетливая. Нарушений стула и мочеиспускания не отмечалось. Вопросы: 1. Ваш предположительный диагноз? 2. Назовите эпонимные транскрипции симптомов, приведенных в ситуации. 3. Каков объем Ваших лечебных манипуляций на месте? 4. Возможно ли введение

наркотических анальгетиков с целью обезболивания? 5. Какова Ваша дальнейшая тактика? Задача 13. Пациент 58 лет был оперирован по поводу эмболии левой бедренной артерии с хорошим результатом. Через 1 месяц вновь госпитализирован по поводу эмболии правой бедренной артерии, был оперирован. Через 1,5 месяца при ультразвуковом исследовании выявлено мешотчатое расширение брюшного отдела аорты с пристеночными тромботическими массами.

Вопросы:

1. Какова причина имевших место эмболических окклюзий артерий?
2. Какие заболевания являются наиболее частой причиной эмболических осложнений по большому кругу кровообращения?
3. Насколько вероятно развитие эмболии артерий верхних конечностей у данного больного?
4. Что не было сделано в первую госпитализацию?
5. Что нужно сделать для предотвращения повторных эмболий?

Задача 14

Больной при поступлении предъявляет жалобы на сильные боли в верхних отделах живота опоясывающего характера, многократную рвоту. Болен около суток. Заболевание началось внезапно. При осмотре состояние больного средней тяжести. Кожные покровы обычной окраски. Пульс 96 ударов в 1 мин. АД 110/70 мм рт. ст. Язык влажный. Живот не вздут, при пальпации мягкий, болезненный в верхних отделах. Где определяется поперечная резистентность мышц. Симптом Щеткина – Блюмберга отрицательный. Пульсация аорты в эпигастриальной области не определяется. При пальпации в левом реберно – позвоночном углу отмечается болезненность. Перистальтические шумы выслушиваются, ослабленные.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Какие симптомы, описанные у больного, помогли Вам поставить правильный диагноз?
3. Какие лабораторные и инструментальные методы исследования следует применить на первом этапе для подтверждения диагноза?
4. Какие методы исследования следует применить для выявления причины заболевания?
5. Какие методы исследования следует применить для определения клинико – анатомической формы заболевания?

Задача 15.

Больной поступил на третьи сутки от начала заболевания. Заболел остро, когда после погрешности в диете появились сильные боли в эпигастрии и левом подреберье, неукротимая рвота. При осмотре состояние больного тяжелое. Температура 37,0°C. Кожные покровы бледные, акроцианоз, фиолетовые пятна на лице и на боковых стенках живота. Пульс 130 ударов в мин. АД 90/50 мм рт. ст. Язык сухой. Живот вздут, при пальпации болезненный во всех отделах, больше в эпигастрии и левом подреберье, где определяется слабopоложительный симптом Щеткина – Блюмберга. Перистальтические шумы ослабленные. Больному была выполнена срочная лапароскопия, при которой в брюшной полости обнаружено до 1000 мл геморрагического выпота, кровоизлияния на париетальной брюшине, геморрагическая имбибция забрюшинного пространства, на большом сальнике – бляшки жирового стеатонекроза, увеличенный напряженный желчный пузырь без признаков воспаления.

Вопросы:

1. Ваш диагноз.
2. Какие клинические проявления заболевания помогли бы установить данную форму заболевания до выполнения лапароскопии?

3. Какие лапароскопические манипуляции целесообразно выполнить в данном случае?
4. С помощью какого метода можно установить распространенность некроза в поджелудочной железе?
5. Какова должна быть тактика лечения?

Задача 16.

У больного 46 лет около суток назад появились сильные боли в верхних отделах живота, многократная рвота. Температура тела не повышалась. При осмотре отмечена желтушность склер. В крови выявлено повышение активности амилазы до 63 мг/(ч мл) и билирубина до 52 мкмоль/л за счет его прямой фракции. При ультразвуковом исследовании установлен диагноз – хронический калькулезный холецистит, отечный панкреатит.

Вопросы: 1. Какой вид желтухи следует предположить?

2. Каковы наиболее вероятные причины желтухи?

3. Какой метод позволит точно установить причину желтухи?

4. Что возможно предпринять для ликвидации желтухи?

5. Укажите возможные нехирургические методы коррекции гипербилирубинемии.

Задача 17.

У больного 48 лет на третьи сутки после резекции желудка по поводу язвы двенадцатиперстной кишки, пенетрировавшей в поджелудочную железу, отмечено ухудшение состояния. Появились сильные боли в верхних отделах живота с иррадиацией в спину, рвота. Пульс 116 ударов в мин. АД 100/60 мм рт. ст. Язык влажный. Живот не вздут, болезненный в верхних отделах. Перитонеальные симптомы отрицательные. Перистальтические шумы ослабленные. Газы отходят, был стул. Гемоглобин 112 г/л. Лейкоциты: $8,4 \times 10^9$ /л; б – 3%, п – 4%; с – 76%; м – 8%; л – 9%. Амилаза крови 86 мг/(ч мл).

Вопросы:

1. О каком осложнении послеоперационного периода можно думать?

2. Какие неинвазивные дополнительные методы исследования можно использовать для уточнения диагноза?

3. Назначьте консервативное лечение.

4. Ваши действия при неэффективности консервативной терапии и ухудшении состояния больного.

5. Что возможно было предпринять с целью профилактики подобного осложнения?

Задача 18.

Больной 52 лет оперирован по поводу перитонита неясной этиологии. На операции обнаружено, что в брюшной полости около 1,2 л серозного выпота, на малом и большом сальнике пятна стеатонекроза. После вскрытия желудочно–ободочной связки установлено, что поджелудочная железа резко отечна, дольчатый рисунок железы отсутствует. Желчный пузырь резко напряжен, при надавливании плохо опорожняется, конкрементов не содержит, серозный покров его не изменен.

Вопросы:

1. С каким заболеванием встретился хирург?

2. О какой форме заболевания свидетельствуют выявленные бляшки стеатонекроза и характер выпота?

3. Каковы причины изменений, выявленных при осмотре желчного пузыря?

4. Что должен предпринять хирург?

5. Назначьте комплекс консервативной послеоперационной терапии.

Задача 19.

Больной 54 лет, поступившей с клинической картиной перитонита неясной этиологии, с диагностической целью выполнена лапароскопия, при которой в брюшной полости обнаружен геморрагический выпот, на сальнике - пятна стеатонекроза, имбибиция кровью брыжейки поперечно-ободочной кишки.

Вопросы:

1. Ваш диагноз
2. Что можно предпринять во время лапароскопии для уточнения диагноза?
3. Чем надо завершить лапароскопию?
4. Какие дополнительные методы исследования позволят уточнить локализацию и распространенность процесса в пораженном органе?
5. Назначьте консервативное лечение.

Задача 20.

У больной 66 лет через 1,5 часа после приема жирной пищи появились сильные боли в верхних отделах живота с иррадиацией в спину. Несколько раз была рвота дуоденальным содержимым. При осмотре в отделении через 6 час от начала заболевания состояние больной средней тяжести. Температура 36,90С. Больная стонет от болей в животе. Пульс 96 ударов в 1 мин. АД 115 – 70 мм рт. ст. Язык влажный. Живот умеренно вздут, при пальпации определяется выраженная болезненность в эпигастральной области и левом подреберье. Симптом Щеткина – Блюмберга отрицательный. Перистальтические шумы выслушиваются. Положительный симптом Мейо – Робсона. Лейкоциты крови $8,8 \times 10^9$ /л.

Вопросы:

1. Какое заболевание следует заподозрить?
2. Опишите симптом Мейо – Робсона и укажите причину его появления.
3. Какими лабораторными исследованиями крови и мочи можно подтвердить диагноз?
4. Какие неинвазивные методы исследования помогут уточнить диагноз?
5. Что можно предпринять с целью обезболивания у этой больной?

Задача 21.

Больной 54 лет оперирован в экстренном порядке по поводу острого флегмонозного калькулезного холецистита. На операции помимо острого флегмонозного калькулезного холецистита отмечено наличие бляшек стеатонекроза по большому и малому сальнику, поджелудочная железа отечная, увеличена, дольчатость ее не выражена. Была выполнена холецистэктомия, операция закончена дренированием подпеченочного пространства. На пятые сутки после операции состояние больного ухудшилось, развилась механическая желтуха.

Вопросы:

1. С каким заболеванием встретился хирург на операции?
2. Насколько полон, с Вашей точки зрения, объем хирургического вмешательства?
3. Каковы вероятные причины развития механической желтухи?
4. С помощью какого исследования можно уточнить причину желтухи?
5. Что возможно выполнить для разрешения желтухи?

Задача № 22.

Больной 28 лет, страдающий язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки в течение 4 лет, находящейся в настоящее время в стадии ремиссии, предъявляет жалобы на боли в правой подвздошной области живота первоначально возникшие эпигастральной области живота после погрешности в диете 9 часов назад, сопровождавшиеся тошнотой и однократной рвотой, не принесшей облегчения состояния, учащенное мочеиспускание. Т - 37,8о С.

Вопросы:

1. Какие симптомы из данной клинической ситуации характерны для аппендицита?
2. Как называется симптом перемещения болей из эпигастрия в правую подвздошную область живота?
3. Рвота, не приносящая облегчения при остром аппендиците характерна при?
4. Какие данные анамнеза могут быть использованы для подтверждения диагноза - острый аппендицит?

5. Какие методы исследования необходимо использовать в обследовании больного?

Задача № 23

Больной 28 лет, страдающий язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки в стадии ремиссии, предъявляет жалобы на боли в правой подвздошной области живота, первоначально возникшие эпигастральной области живота после погрешности в диете 9 часов назад, сопровождавшиеся тошнотой и однократной рвотой, не принесшей облегчения состояния, учащенное мочеиспускание. Т - 37,8о С. При объективном исследовании больного выявлены симптомы Кохера-Волковича, Ситковского, Бартомье- Михельсона, Образцова, Блюмберга. При исследовании per rectum выявлена болезненность и нависание передней стенки rectum с симптомом флюктуации.

Вопросы:

1. Какие симптомы характерны в данной ситуации для острого аппендицита?
2. Как называется симптом болезненности и флюктуации в области передней стенки прямой кишки?
3. Объясните патогенетическую сущность болезненности и нависания передней стенки rectum с симптомом флюктуации.
4. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его.
5. Перечислите заболевания, с которыми необходимо провести дифференциальную диагностику в данной ситуации.

Задача № 24.

Больной 28 лет, страдающий язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки в стадии ремиссии, предъявляет жалобы на боли в правой подвздошной области живота, первоначально возникшие эпигастральной области живота после погрешности в диете 9 часов назад, сопровождавшиеся тошнотой и однократной рвотой, не принесшей облегчения состояния, учащенное мочеиспускание. Т - 37,8о С. При объективном исследовании больного выявлены симптомы Кохера-Волковича, Ситковского, Бартомье-Михельсона, Образцова, Блюмберга. При мануальном исследовании per rectum выявлена болезненность и нависание передней стенки rectum с симптомом флюктуации.

Вопросы:

1. Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
2. Какие изменения могут быть выявлены при анализе крови?
3. Какие изменения могут быть выявлены при анализе мочи?
4. Какие симптомы могут быть выявлены при лапароскопии?
5. Какие изменения могут быть выявлены при ультразвуковом исследовании органов брюшной полости?

Задача 25.

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 ч после акта дефекации. Периодически отмечает прожилки алой крови на каловых массах. В возрасте 28 лет перенесла дизентерию.

Вопросы:

1. Какому заболеванию в большей степени соответствует указанная клиническая картина?
2. С каким заболеванием, прежде всего, следует дифференцировать данное заболевание?
3. Какой метод исследования с целью уточнения диагноза следует провести в первую очередь?
4. Показана ли данной больной фиброколоноскопия?
5. Какой фактор лежит в основе данного заболевания?

Задача 26

. Больной 61 года обратился к врачу с жалобами на боли в области заднего прохода, зуд в области промежности, выпадение из заднего прохода узлов во время акта дефекации, которые затем постепенно вправляются в прямую кишку.

Вопросы:

1. Ваш диагноз.
2. Стадия заболевания.
3. С каким фактором могут быть связаны боли.
4. Какие методы исследования необходимы для уточнения диагноза.
5. Какое лечение показано больному.

Задача 27.

Четыре месяца назад больному произведена операция по поводу острого парапроктита. Операция проводилась без предварительного введения в гнойную полость красящего препарата. В настоящее время имеется параректальный свищ с постоянным гнойным отделяемым.

Вопросы:

1. Ваш диагноз.
2. В чем состоит причина образования свища?
3. Необходимые методы исследования?
4. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
5. Какое лечение показано.

Задача 28.

Женщина 40 лет поступила в клинику с жалобами на наличие болезненного воспалительного инфильтрата слева от заднего прохода. Отмечаются признаки общей интоксикации, температура при поступлении 39,30С. При осмотре в области заднего прохода имеется воспалительный инфильтрат 6Х5 см с участком размягчения в центре.

Вопросы:

1. Ваш диагноз.
2. Наиболее вероятная причина.
3. Необходимые методы исследования.
4. Какое лечение показано больному?
5. Что является основным этапом операции?

Задача 29.

У больного 48 лет имеется выпадение всех слоев прямой кишки, которая самостоятельно вправляется после дефекации. Длина выпадающего участка около 15 см. Имеются анамнестические указания на перенесенный неспецифический язвенный колит.

Вопросы:

1. Ваш диагноз.
2. С каким заболеванием следует дифференцировать данное заболевание?
3. Какие методы дополнительного исследования необходимы?
4. Какое значение имеет анамнез заболевания?
5. Какое лечение показано больному?

Задача 30. 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, отмечаются явления воспаления и отека в области выпавших узлов. Температура тела повысилась до 38,10С.

Вопросы:

1. Ваш диагноз.
2. С каким заболеванием следует проводить дифференциальный диагноз?

3. Почему заболевание обострилось после погрешности в диете?
4. Какие методы инструментального обследования показаны больному?
5. В каком лечении нуждается данный больной?

Задача 31. Мужчина 72 лет жалуется на слабость, потерю аппетита, похудание на 12 кг за последние два года, частые ложные позывы на стул.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. С каким заболеванием следует проводить дифференциальный диагноз?
3. От каких факторов зависит выбор радикального метода лечения?
4. Какой метод является основным в постановке диагноза?
5. Какие методы дополнительного исследования необходимы?

Задача 32. При осмотре врачом выездной бригады «скорой помощи» у пациентки 96 лет в области пупка определяется округлое выпячивание диаметром до 8 см, резко болезненное при пальпации, плотно-эластическое, не вправляемое в брюшную полость, кожа над ним слегка гиперемирована. Симптом кашлевого толчка отрицательный. Давность заболевания - 1 час.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимы для уточнения диагноза?
3. Каковы должны быть действия врача?
4. Применение каких обезболивающих препаратов допустимо при этой патологии?
5. Возможно ли, учитывая старческий возраст пациентки и небольшую давность заболевания, попытаться «вправить» это образование в брюшную полость?

Задача 33. У пациента 65 лет в течение 5 лет имела место правосторонняя паховая грыжа, свободно вправляющаяся в брюшную полость. Последние 2 месяца грыжа перестала вправляться в брюшную полость. Болевого синдрома не было. При осмотре в правой паховой области определяется грыжевидное выпячивание 7 x 8 см, мягко-эластическое, не вправляемое в брюшную полость, симптом кашлевого толчка положительный.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. О чем свидетельствует положительный симптом кашлевого толчка?
3. Необходимо ли вправить грыжу в брюшную полость?
4. Ваши рекомендации по лечению.
5. Ваше отношение к использованию грыжевого бандажа в данной ситуации.

Задача 34.

У пациента 63 лет, находящегося в кардиологическом отделении по поводу острого инфаркта миокарда, развилось ущемление левосторонней бедренной грыжи. Состояние пациента тяжелое, кожные покровы бледные, пульс - 100 ударов в 1 минуту, АД = 90 - 55 мм рт. ст. Язык влажный. Живот мягкий, безболезненный.

Вопросы:

1. Какие специальные методы исследования следует применить для подтверждения диагноза ущемленной бедренной грыжи?
2. Возможно ли, учитывая наличие острого инфаркта миокарда и тяжесть состояния больного, попытаться вправить ущемленную грыжу в брюшную полость?
3. Назовите методы консервативного лечения ущемленной бедренной грыжи.
4. Какова должна быть лечебная тактика?
5. Какой вид обезболивания целесообразно применить в случае оперативного лечения?

Задача 35.

Больная 63 лет, предъявляет жалобы на схваткообразные боли в животе, возникшие 6 часов назад, многократную рвоту, не приносящую облегчения (сначала съеденной

пищей, а затем слизью). Стула не было, газы отходят скудно. Из анамнеза известно, что больная длительное время страдает хроническим рецидивирующим калькулезным холециститом. В желчном пузыре диагностировано наличие конкремента диаметром до 4 см (по данным УЗИ). Последнее обострение холецистита, которое отмечено больной 6 дней назад, характеризовалось выраженным болевым синдромом, повышением температуры и интоксикацией. Состояние больной средней тяжести. Кожные покровы обычной окраски. Пульс 104 удара в минуту, слабого наполнения, ритмичен. АД - 160/100 мм. рт. ст. Живот вздут неравномерно, асимметричен. Временами видна видимая перистальтика, во время которой больная стонет от боли. В области правого подреберья отмечается дефанс и нечеткие симптомы раздражения брюшины. Кроме этого, в брюшной полости определяется инфильтрат размером 20 x 15 см малоподвижный и болезненный.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Составьте план дополнительного исследования больного.
3. Назовите заболевания, с которыми необходимо дифференцировать патологическое состояние больной.
4. Назовите эпонимные транскрипции симптомов, приведенных в ситуации.
5. Составьте план лечения.

Задача 36.

Мужчина 41 года голодал в течение суток, а затем очень плотно пообедал. Через 30 минут появились сильные боли в животе, постоянного характера, сопровождающиеся многократной рвотой. Госпитализирован через 6 часов от начала заболевания. Состояние при поступлении тяжелое. Черты лица заострены, кожные покровы цианотичные. Пульс – 112 ударов в 1 минуту слабого наполнения и напряжения, АД – 85 - 60 мм. рт. ст., температура тела - 37,0С, лейкоциты крови - 21х10⁹ /л. Стула нет, газы не отходят, язык сухой. Живот асимметрично вздут в правой половине. В отлогих местах живота определяется притупление перкуторного. Симптомы раздражения брюшины положительные. Определяется шум плеска. При мануальном ректальном исследовании ампула прямой кишки пуста, сфинктер зияет.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план дополнительного исследования.
3. Назовите эпонимные транскрипции описанных в ситуации симптомов.
4. Составьте план лечения больного.
5. Опишите действия во время операции.

Задача 37. Больная поступила в хирургическое отделение с жалобами на периодические схваткообразные боли в животе, тошноту, рвоту, задержку стула и газов. Больна более суток. Из анамнеза известно, что ранее оперирована по поводу спаечной кишечной непроходимости. Состояние средней тяжести, язык суховат. Пульс - 100 ударов в минуту, ритмичный. АД 100/70 мм рт. ст. Живот вздут, перистальтика вялая, газы не отходят. Перитонеальные симптомы отрицательные.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. Какие методы исследования помогут уточнить диагноз?
4. Определите тактику лечения больной.
5. Какой вид оперативного вмешательства, при необходимости такового, предпочтителен в данном случае, и почему?

Задача 38.

У больного 58 лет, перенесшего 4 дня назад субтотальную резекцию желудка в модификации Бильрот – 2 по поводу рака желудка, внезапно появились резкие боли в

животе схваткообразного характера, сопровождающиеся рвотой «застойным» содержимым. Состояние средней тяжести, живот вздут неравномерно, перистальтические шумы ослабленные, газы не отходят, хотя до этого наблюдалось отхождение газов и был скудный стул. Амбула прямой кишки расширена, пуста, тонус анального сфинктера снижен. Температура - 37,8°C, лейкоциты крови – 14х10⁹ /л.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Назовите эпонимные транскрипции симптомов, приведенных в ситуации.
3. Укажите необходимые лабораторные исследования.
4. Перечислите дополнительные неинвазивные методы исследования, необходимые для уточнения диагноза.
5. Что позволит не только уточнить диагноз, но в ряде случаев выполнить необходимые вмешательства в полном объеме без повторного чревосечения.

Задача 39.

Больная 32 лет предъявляет жалобы на появляющиеся к концу дня ощущение тяжести и полноты в левой ноге, пастозность в области голеностопного сустава и стопы, а также боли по ходу расширенных вен. Все эти проявления исчезают после ночного отдыха. Начальные признаки заболевания появились 6 лет назад во время беременности и постепенно нарастают. При осмотре в положении стоя отмечается варикозное расширение вен в системе большой подкожной вены в нижней трети левого бедра и голени по магистральному типу. В горизонтальном положении вены спадаются. Трофические изменения со стороны кожи отсутствуют.

Вопросы:

1. Каким по происхождению является варикозное расширение вен у этой больной?
2. Каким является данное расширение вен по направлению?
3. Ваш предварительный диагноз?
4. Укажите степень (стадию) хронической венозной недостаточности и назовите проявления характерные для этой степени.
5. Достаточно ли имеющейся информации для постановки окончательного диагноза и определения лечебной тактики? Если нет, то какую дополнительную информацию Вы хотели бы иметь?

Задача 40.

Больная 32 лет предъявляет жалобы на появляющиеся к концу дня ощущение тяжести и полноты в левой ноге, пастозность в области голеностопного сустава и стопы, а также боли по ходу расширенных вен. Все эти проявления исчезают после ночного отдыха. Начальные признаки заболевания появились 6 лет назад во время беременности и постепенно нарастают. При осмотре в положении стоя отмечается варикозное расширение вен в системе большой подкожной вены в нижней трети левого бедра и голени по магистральному типу. В горизонтальном положении вены спадаются. Трофические изменения со стороны кожи отсутствуют. Диагноз при поступлении: варикозная болезнь левой нижней конечности. I стадия хронической венозной недостаточности.

Вопросы:

1. Какие вопросы необходимо решить, прежде всего, для определения лечебной тактики?
2. Назовите основные методы исследования венозной системы нижних конечностей при варикозной болезни?
3. Назовите функциональные пробы, используемые при исследовании поверхностных вен.
4. Назовите пробы, используемые для определения проходимости глубоких вен.

5. Какие пробы используются для оценки функционального состояния перфорантных вен?

Задача 41. Больная 32 лет предъявляет жалобы на появляющиеся к концу дня ощущение тяжести и полноты в левой ноге, пастозность в области голеностопного сустава и стопы, а также боли по ходу расширенных вен. Все эти проявления исчезают после ночного отдыха. Начальные признаки заболевания появились 6 лет назад во время беременности и постепенно нарастают. При осмотре в положении стоя отмечается варикозное расширение вен в системе большой подкожной вены в нижней трети левого бедра и голени по магистральному типу. В горизонтальном положении вены спадаются. Трофические изменения со стороны кожи отсутствуют. Диагноз при поступлении: варикозная болезнь левой нижней конечности, I стадия хронической венозной недостаточности. По данным проведенного исследования имеет место несостоятельность остиального и нижележащих клапанов большой подкожной вены, глубокие вены проходимы, перфорантные состоятельны. Больной предложено операция – типичная флебэктомия, на которую она дала согласие.

Вопросы:

1. Назовите основные виды операций, применяемых в повседневной практике при (магистральном типе) варикозной болезни в ситуациях, подобных нашей.
2. Назовите основные проксимальные притоки большой подкожной вены.
3. Чем отличается операция Троянова-Тренделенбурга-Дитерихса от операции Троянова-Тренделенбурга?
4. Есть ли альтернатива операции Бебкокка?
5. Есть ли альтернативы операции Нарата?

Задача 42

Больная 32 лет предъявляет жалобы на появляющиеся к концу дня ощущение тяжести и полноты в левой ноге, пастозность в области голеностопного сустава и стопы, а также боли по ходу расширенных вен. Все эти проявления исчезают после ночного отдыха. Начальные признаки заболевания появились 6 лет назад во время беременности и постепенно нарастают. При осмотре в положении стоя отмечается варикозное расширение вен в системе большой подкожной вены в нижней трети левого бедра и голени по магистральному типу. В горизонтальном положении вены спадаются. Трофические изменения со стороны кожи отсутствуют. Диагноз при поступлении: варикозная болезнь левой нижней конечности, I стадия хронической венозной недостаточности. По данным проведенного исследования имеет место несостоятельность остиального и нижележащих клапанов большой подкожной вены, глубокие вены проходимы, перфорантные состоятельны. Больной предложено операция – типичная флебэктомия, на которую она дала согласие.

Вопросы:

1. С какой операции обычно начинается типичная флебэктомия при варикозной болезни и какое основное назначение этой операции?
2. Что необходимо сделать при проведении этой операции, чтобы она выполнила свое назначение?
3. Назовите наиболее опасные осложнения, наблюдаемые при проведении этой операции.
4. Назовите возможные осложнения раннего и отдаленного послеоперационного периода этой операции.
5. Какое осложнение очень часто наблюдается в раннем послеоперационном периоде после операции Бебкокка и какова причина его развития?

Задача 43

Больная 32 лет предъявляет жалобы на появляющиеся к концу дня ощущение тяжести и полноты в левой ноге, пастозность в области голеностопного сустава и стопы, а также боли по ходу расширенных вен. Все эти проявления исчезают после ночного

отдыха. Начальные признаки заболевания появились 6 лет назад во время беременности и постепенно нарастают. При осмотре в положении стоя отмечается варикозное расширение вен в системе большой подкожной вены в нижней трети левого бедра и голени по магистральному типу. В горизонтальном положении вены спадаются. Трофические изменения со стороны кожи отсутствуют. Диагноз при поступлении: варикозная болезнь левой нижней конечности, I стадия хронической венозной недостаточности. По данным проведенного исследования имеет место несостоятельность остиального и нижележащих клапанов большой подкожной вены, глубокие вены проходимы, перфорантные состоятельны. Больной предложено операция – типичная флебэктомия, от которой больная отказалась.

Вопросы:

1. Назовите возможные альтернативы типичной флебэктомии и хирургическому лечению варикозной болезни вообще.
2. В чем смысл склерохирургического метода лечения варикозной болезни?
3. Что включается в понятие «комплексная консервативная терапия» варикозной болезни и чем определяется ее объем?
4. Что является основным компонентом консервативного лечения варикозной болезни?
5. Назовите наиболее эффективные и безопасные флебосклерозирующие препараты, используемые в настоящее время.

Задача 44.

Больной 30 лет доставлен в приемное отделение с жалобами на сильные постоянные боли в животе. Заболел около двух часов назад, когда вскоре после ужина внезапно почувствовал острую резкую боль в эпигастральной области. Была однократная рвота съеденной накануне пищей. В прошлом ничем, кроме детских инфекций, не болел. Объективно: положение больного вынужденное на правом боку с согнутыми в коленных и тазобедренных суставах ногами. Перемена положения резко усиливает боли. Пульс 70 в минуту, ритмичный, АД 100/60. Со стороны сердца и легких отклонений от нормы не выявлено. Живот втянут, в акте дыхания не участвует. При пальпации резко напряжен и болезненный, больше справа. Симптом Щеткина-Блюмберга резко положительный. Перкуторно – нечеткая сглаженность печеночной тупости.

Вопросы:

1. Сформулируйте Ваш предварительный и по возможности более полный (развернутый) диагноз.
2. Назовите метод диагностики, который обычно используется первым в подобных ситуациях. Из какого принципа Вы исходите, определяя последовательность применения специальных методов диагностики?
3. Какие методы исследования должны быть следующими, исходя из Вашего принципа определения последовательности их применения, если первый не подтвердит Вашего диагноза?
4. Какой метод диагностики может быть использован, если ни одним из применяемых в современной клинике Вы не располагаете?
5. Назовите последний метод диагностики, который используют хирурги при клинике острого живота.

Задача 45. Больной 30 лет доставлен в приемное отделение с жалобами на сильные, постоянные боли в животе. Заболел около двух часов назад, когда вскоре после ужина внезапно почувствовал острую резкую боль в эпигастральной области. Была однократная рвота съеденной накануне пищей. В прошлом ничем, кроме детских инфекций, не болел. Объективно: положение больного вынужденное на правом боку с согнутыми в коленных и тазобедренных суставах ногами. Перемена положения резко усиливает боли. Пульс 70 в минуту, ритмичный, АД 100/60. Со стороны сердца и

легких отклонений от нормы не выявлено. Живот втянут, в акте дыхания не участвует. При пальпации резко напряжен и болезненный, больше справа. Симптом Щеткина-Блюмберга резко положительный. Перкуторно – нечеткая сглаженность печеночной тупости. При обзорной рентгенографии живота выявлен пневмоперитонеум (свободный газ под правым куполом диафрагмы), что позволяет предположить наличие перфорации полого органа.

Вопросы:

1. Перфорацию какого органа Вы предполагаете? Обоснуйте свое предположение.
2. Назовите главные симптомы перфорации язвы в свободную брюшную полость.
3. О какой перфорации по классификации клинических форм данного осложнения может идти речь?
4. Какой период клинического течения осложнения наблюдается в данном случае?
5. Какой метод исследования позволит на данном этапе сформулировать окончательный предоперационный диагноз?

Задание 45. Больной 30 лет доставлен в приемное отделение с жалобами на сильные постоянные боли в животе. Заболел около двух часов назад, когда вскоре после ужина внезапно почувствовал острую резкую боль в эпигастральной области. Была однократная рвота съеденной накануне пищей. В прошлом ничем, кроме детских инфекций, не болел. Объективно: положение больного вынужденное на правом боку с согнутыми в коленных и тазобедренных суставах ногами. Перемена положения резко усиливает боли. Пульс 70 в минуту, ритмичный, АД 100/60. Со стороны сердца и легких отклонений от нормы не выявлено. Живот втянут, в акте дыхания не участвует. При пальпации резко напряжен и болезненный, больше справа. Симптом Щеткина-Блюмберга резко положительный. Перкуторно – нечеткая сглаженность печеночной тупости. При обзорной рентгенографии живота выявлен пневмоперитонеум. Заподозрена перфорация гастродуоденальной язвы. При эзофагогастродуоденоскопии выявлена свежая язва передней стенки луковицы двенадцатиперстной кишки.

Вопросы:

1. Определите лечебную тактику у этого больного.
2. К какой группе показаний к хирургическому лечению относится данная ситуация?
3. Основная цель операции при перфорации гастродуоденальной язвы?
4. Чем определяется успех хирургического лечения гастродуоденальной язвенной перфорации?
5. Назовите факторы, определяющие объем операции при перфорации.

Задача 46.

Больной 30 лет доставлен в приемное в приемное отделение с жалобами на сильные, постоянные боли в животе. Заболел около двух часов назад, когда вскоре после ужина внезапно почувствовал острую резкую боль в эпигастральной области. Была однократная рвота съеденной накануне пищей. В прошлом ничем кроме детских инфекций не болел. Объективно: положение больного вынужденное на правом боку с согнутыми в коленных и тазобедренных суставах ногами. Перемена положения резко усиливает боли. Пульс 70 в минуту, ритмичный, АД 100/60. Со стороны сердца и легких отклонений от нормы не выявлено. Живот втянут, в акте дыхания не участвует. При пальпации резко напряжен и болезненный больше справа. Симптом Щеткина-Блюмберга резко положительный. Перкуторно – нечеткая сглаженность печеночной тупости. При обзорной рентгенографии живота выявлен пневмоперитонеум. Заподозрена перфорация гастродуоденальной язвы. При эзофагогастродуоденоскопии выявлена свежая язва передней стенки луковицы двенадцатиперстной кишки.

Вопросы:

1. Назовите основные методы хирургического лечения перфоративных гастродуоденальных язв.
2. Назовите показания к ушиванию перфорировавшей язвы.
3. Назовите показания к резекции желудка при перфорации и условия для ее выполнения.
4. Какая частота рецидива гастродуоденальных язв после ушивания?
5. Наиболее вероятный объем операции у нашего больного?

Задача 47.

Пациент 51 года поступил в стационар с жалобами на ощущение тяжести в эпигастриальной области, чувство быстрого насыщения, отрыжку тухлым, резкое похудание. Из анамнеза известно, что в течение 7 лет страдает язвенной болезнью желудка с ежегодными обострениями. За три недели до госпитализации появились вышеописанные жалобы, лечился амбулаторно теми же лекарственными средствами, которые ранее принимал при обострении заболевания. Однако эффекта не было, периодически стала возникать обильная рвота остатками пищи, съеденной накануне. Объективно: Сознание ясное. Кожа сухая, дряблая, собирается в складки. Отмечается бледность кожных покровов и слизистых. Истощен. В левой надключичной области пальпируется безболезненное неоднородное плотное образование 1,0x1,6 см. Пульс 100 в мин., ритмичный, слабого наполнения. Тоны сердца приглушены. АД 90/75 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, определяется “шум плеска” натеппак ниже уровня пупка. Диурез 500 мл. Анализ крови: гемоглобин – 96 г/л, гематокрит - 35%, эритроциты – 3,2x10¹²/л, лейкоциты – 9,2x10⁹ /л. К⁺ - 2,3 ммоль/л, Na⁺ - 139,0 ммоль/л, мочевиha 12,3 ммоль/л, креатинин 145 мкмоль/л.

Вопросы:

1. Обоснуйте предварительный диагноз. Причина значительной потери массы тела.
2. Дайте интерпретацию клинико-лабораторным и инструментальным методам обследования
3. План обследования, ожидаемые изменения при инструментальных исследованиях
4. План лечебных мероприятий. Коррекция водно-электролитных нарушений.
5. Оцените прогноз

Задача 48.

В приемное отделение доставлена беременная 28 лет с жалобами на боли в правых отделах живота, тошноту, однократную рвоту. Болеha в течение 12 часов. Боли появились в эпигастриальной области, затем сместились в правую половину живота, была однократная рвота, температура 37,5 С. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски, пульс 94 в мин., АД 110/70 мм рт.ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот не вздут, мягкий, болезненный при пальпации в правой мезогастральной области. Симптомы раздражения брюшины слабоположительные в правой мезогастральной области. Матка в нормальном тонусе увеличена до 30 недель беременности. Положение плода продольное, предлежание тазовое, сердцебиение плода 150 уд/мин, ясное, ритмичное, шевеление плода активное. Выделения из половых путей светлые слизистые.

Вопросы:

1. Предполагаемый диагноз
2. Необходимые дополнительные методы исследования
3. Лечебная тактика
4. Оцените состояние плода
5. Возможные осложнения беременности при данной патологии

Задача 49.

Родильница 20 лет, 11-е сутки после родов. Роды первые, срочные, в головном предлежании. Выписана на 5-е сутки в удовлетворительном состоянии. С 9-х суток отметила повышение температуры до 38,50С, озноб, слабость, боль в молочных

железах. Объективно: состояние средней тяжести, температура 38,80С, пульс 100 ударов в 1мин. Матка соответствует срокам послеродового периода, плотная, лохи серозно-геморрагические. При осмотре молочных желез – в верхнее-наружном квадранте левой молочной железы имеется инфильтрат размером 6х5 см, резко болезненный при пальпации с участком флюктуации в центре. Кожа отечна гиперемирована. Пальпируются увеличенные, умеренно болезненные регионарные лимфоузлы.

Вопросы:

1. Обоснуйте предварительный диагноз.
2. Необходимые дополнительные методы исследования
3. Входные ворота инфекции
4. Лечебная тактика
5. Ваши действия по отношению к лактации.

Задача 50. На приеме в поликлинике к Вам обратился больной 68 лет с жалобами на резкие боли в левой голени, онемение стопы. 5 лет пациент страдает ишемической болезнью сердца, около года отмечает нарушение сердечного ритма. При осмотре левая голень и стопа бледные, отека нет, холодные на ощупь. Пульсация на передней и задней больше берцовых артериях не определяется. Трофических нарушений на коже нет.

Вопрос:

1. Ваш диагноз?
2. Какие симптомы заболевания подтверждают Ваш диагноз?
3. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?
4. Какой метод исследования подтверждает Ваш диагноз?
5. Какое лечение показано больному?

Задача 51.

В клинику доставлена женщина 47 лет через 2 часа после возникновения острых болей в левой ноге. Страдает митральным пороком сердца, мерцательной аритмией. При осмотре: больная стонет, беспокойна. Левая стопа и голень мраморной окраски, наступать на ногу не может, стопа холодная. Пульс на артерии голени не определяется, на бедренной артерии усилен. Тактильная и болевая чувствительность снижены.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какие симптомы подтверждают Ваш диагноз?
3. С помощью применения, какого метода можно подтвердить диагноз?
4. Каковы особенности комплексной терапии?
5. Какую операцию по экстренным показаниям показано выполнить больному?

Задача 52

Больная 56 лет, поступила с подозрением на аппендицит с жалобами на боли в правой подвздошной области с иррадиацией в поясницу, гипертермию до 38,2, учащенное мочеиспускание через 10 часов от начала заболевания. Заболевание началось остро, перемещения болей не отмечала. Живот не вздут, симметричен, мягкий, незначительно болезненный в правой подвздошной области. Симптомы Ровзинга, Ситковского, Раздольского, Щеткина-Блюмберга отрицательные. Симптом поколачивания слабopоложительный справа.

Вопросы:

1. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
2. Какие дополнительные анамнестические данные необходимо выявить?
3. Какие лабораторные методы обследования надо назначить?
4. Какие инструментальные методы обследования надо провести?
5. Консультация каких специалистов необходима?

Задача 53

Больная Н., 20 лет, поступила с жалобами на боли в правой подвздошной области, тошноту, субфебрильную гипертермию через 2 часа от начала заболевания. У больной беременность сроком 20-21 неделя. Живот увеличен в объеме за счет матки, в акте дыхания равномерно участвует всеми отделами, при пальпации мягкий, слегка болезненный в правой подвздошной области. . Симптомы Ровзинга, Ситковского, Раздольского, Щеткина-Блюмберга отрицательные.

Вопросы:

1. Ваш дифференциальный диагноз?
2. Ваша тактика лечения на ближайшие 6 часов?
3. Какие дополнительные лабораторные методы обследования надо назначить?
4. Какие дополнительные инструментальные методы обследования надо провести?
5. Консультация каких специалистов необходима?

Задача 54

Больной 41 года, поступил через неделю от начала заболевания с жалобами на незначительные боли в правой подвздошной области, субфебрильную гипертермию. Заболевание началось с болей в эпигастральной области, которые спустя несколько часов переместились в правую подвздошную область, была 1-кратная рвота. За мед. помощью не обращался, лечился самостоятельно анальгетиками. Спустя 3 дня интенсивность болей уменьшилась, появилась субфебрильная гипертермия. В связи с сохраняющимися болями в животе, обратился в приемный покой. Живот не вздут, мягкий, слегка болезненный в правой подвздошной области, где пальпируется опухолевидное образование без четких размеров и границ. Симптом Щеткина отрицательный.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какие исходы данного заболевания вам известны?
3. Какие дополнительные методы исследования надо провести?
4. Дифференциальный диагноз?
5. Ваша тактика лечения?

Задача 55

Больной 34 лет, поступил с клинической картиной аппендикулярного инфильтрата через неделю от начала заболевания. Диагноз подтвержден при УЗИ. При пальпации в правой подвздошной области определялось плотное, умеренно болезненное, малоподвижное образование без четких границ, отмечалась субфебрильная гипертермия. Начата консервативная антибактериальная, противовоспалительная терапия. Однако, спустя трое суток, состояние больного ухудшилось, боли в правой подвздошной области усилились, гипертермия приобрела гектический характер, отмечено нарастание лейкоцитоза.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какие исследования необходимы для подтверждения диагноза?
3. Ваша тактика лечения?
4. Характер операции?
5. Дальнейшая тактика лечения больного?

Задача 56

Больной Б., 57 лет, поступил с подозрением на о. аппендицит с жалобами на периодически возникающие незначительные боли в правой подвздошной области, тошноту, слабость, потерю аппетита, похудание. Отмечает указанные жалобы в течение полугода. За мед. помощью не обращался. При глубокой пальпации в правой подвздошной области определяется плотное, неподвижное, безболезненное

опухолевидное образование около 5 см в диаметре. В клиническом анализе крови гемоглобин- 86 г/л, лейкоциты – 8000.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные методы обследования надо провести?
4. Какие осложнения данного заболевания возможны?
5. Ваша тактика лечения?

Задача 57

Больной 68 лет обратился к врачу с жалобами на чувство дискомфорта и болевые ощущения внизу живота, запоры. При осмотре в паховой области справа выше пупартовой связки выявляется припухлость округлой формы размером 4 x 6 см, мягкой консистенции, вправимое в брюшную полость.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. С какой целью проводят перкуссию и аускультацию грыжевого образования?
3. Что такое симптом кашлевого толчка?
4. Какие дополнительные исследования необходимы для определения дальнейшей тактики лечения?
5. Показано ли оперативное лечение?

Задача 58

Больной 46 лет обратился с жалобами на болевые ощущения в левом паху. При осмотре выше паховой связки выявлена припухлость овальной формы размером 5 x 3 x 3 см, увеличивающаяся в положении стоя и при натуживании. При осмотре и пальпации установлено косое направление пахового канала. Симптом «кашлевого толчка» положительный, элементы семенного канатика располагаются медиальнее грыжевого выпячивания.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. Какие методы консервативного лечения?
4. Какие методы хирургического лечения?
5. Опишите пластику по Лихтенштейну.

Задача 59 У больного 30 лет внезапно появились сильные боли в правой паховой области, многократная рвота. В анамнезе у больного в течение 20 лет имеется паховая грыжа. Самостоятельно вправить содержимое грыжи в брюшную полость, что ранее с легкостью выполнялось больным, на этот раз не удалось. Грыжевое выпячивание увеличилось в размерах, стало напряженным и болезненным при пальпации.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. С какой целью проводят перкуссию и аускультацию грыжевого образования?
3. Какие осложнения встречаются при наружных грыжах живота?
4. Какие дополнительные методы обследования необходимы для определения дальнейшей тактики лечения?
5. Какие виды натяжной пластики при паховых косых грыжах проводятся?

Задача 60

У больной 30 лет во время операции по поводу ущемленной пупочной грыжи обнаружено ущемление двух петель тонкой кишки, которые имели жизнеспособный вид.

Вопросы:

1. Как называется этот вид ущемления?
2. Что должен сделать хирург во время операции?

3. Что называется ложным ущемлением?
4. Что такое скользящая грыжа?
5. Опишите этапы лечения ущемленных грыж.

Задача 61

Больной 22 лет обратился к врачу по поводу болезненного овоидного образования, расположенного в правой половине мошонки. Верхний полюс этого образования хорошо прощупывается. Оно не вправляется в брюшную полость и при натуживании и кашле не меняется в размерах. Перкуссия его выявляет тупой звук, а пальпация – тугую эластичность.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какие органы брюшной полости могут быть содержимым мешка при ущемленной паховой грыже?
3. От чего зависит невправимость грыжи?
4. Какие дополнительные исследования необходимы для определения дальнейшей тактики лечения?
5. Ваш план лечения?

Задача 62

Больная, 56 лет, доставлена в клинику с жалобами на сильные боли в правом подреберье и эпигастрии, тошноту, многократную рвоту, озноб, повышение температуры тела. Болеет сутки, приступ начался постепенно, через 2 часа после приёма жирной пищи. Ранее у больной дважды были аналогичные приступы болей. При осмотре: больная повышенного питания, кожа и слизистые оболочки розового цвета. Частота дыхания 20/мин, АД 130/80 мм рт. ст., пульс 92/ мин, температура тела 37,80 С. Язык суховат, обложен желтым налетом. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные. Живот мягкий, при пальпации болезненный в правом подреберье, где определяется опухолевидное образование 5х8 см, резко болезненное. Печень у края реберной дуги, при пальпации безболезненна. Симптомов раздражения брюшины нет.

Вопросы:

1. Какие заболевания приводят к возникновению острых болей в правом подреберье?
2. Что следует исключить в первую очередь?
3. Какие данные объективного осмотра кажутся Вам наиболее значимыми?
4. Какие методы обследования следует провести?
5. Дальнейшая тактика хирурга?

Задача 63

У больного 62 лет, в течение 5 лет страдающего приступообразными болями в правом подреберье, очередной приступ болей сопровождался рвотой, повышением температуры до 38,50 С, напряжением мышц в правом подреберье, небольшой иктеричностью склер. Проводимые консервативные мероприятия не дают в течение суток каких-либо положительных результатов. Лейкоцитоз крови колеблется от $15,0 \cdot 10^9 /л$ до $18,0 \cdot 10^9 /л$.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какие методы обследования следует провести?
3. Тактика лечения?
4. Дайте обоснование избранной тактики лечения?
5. Какие варианты хирургического лечения возможны?

Задача 64

У больной 48 лет, после жирной пищи впервые появились сильные боли в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо и лопатку. Поднялась температура до 38,30С, была однократная рвота. При пальпации правого подреберья определялась

болезненность и напряжение мышц, положительный симптом Ортнера. Лейкоцитов в крови $12,0 \times 10^9$ /л. После назначения спазмолитиков, инфузионной терапии состояние улучшилось. Температура снизилась до нормы, боли уменьшились, напряжение мышц стало меньше и к концу 3-х суток полностью исчезло. Небольшая болезненность осталась в точке желчного пузыря. Лейкоцитов в крови стало $6,0 \times 10^9$ /л.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какие дополнительные методы обследования надо провести?
3. Дальнейшая тактика?
4. Какие варианты хирургического лечения возможны?
5. В чем состоят назначения в послеоперационном периоде?

Задача 65

Больная 47 лет поступила в клинику с жалобами на боли в правом подреберье, тошноту, рвоту, повышение температуры тела до $38,30^\circ\text{C}$. Заболела 3 дня назад после приема жирной пищи. Пульс 112 в мин. Язык сухой, Кожа и склеры субиктеричны. В правом подреберье в точке Кера определяется резко болезненное напряженное округлое образование $12 \times 8 \times 6$ см. Положительные симптомы Ортнера. Мерфи, Мюсси и симптом Щеткина-Блюмберга по всему животу.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Что представляет собой определяемое образование в правом подреберье?
3. Расскажите об имеющихся симптомах?
4. Какие методы дополнительного обследования необходимо провести?
5. Тактика хирурга?

Задача 66

У больного 43 лет 5 часов назад появились выраженные схваткообразные боли, преимущественно в верхних отделах живота, многократная рвота «дуоденального характера». Два года назад больному произведена холецистэктомия по поводу желчнокаменной болезни. Год назад находился на обследовании с подозрением на холедохолитиаз, хронический панкреатит. При осмотре: состояние больного средней тяжести. Кожные покровы обычной окраски. Температура тела – $36,80^\circ\text{C}$. ЧД – 20 в минуту, пульс – 92 в минуту. АД – 120/70 мм рт. ст. Язык влажный. Отмечается умеренное вздутие верхних отделов живота, живот мягкий, болезненный в эпигастрии и в подреберьях. Перитонеальных симптомов нет. Перистальтические шумы выслушиваются отчетливо. Симптомы Склярова и Валя – отрицательные, симптом Кёртэ – положительный. Печеночная тупость сохранена. Анализ крови: Нб – 138 г/л, лейкоциты – $8,8 \times 10^9$ /л.

Вопросы:

1. Какие заболевания следует предполагать при такой клинической картине?
2. Какова тактика лечения предполагаемых заболеваний?
3. Расскажите об определяемых симптомах
4. Какие методы исследования следует применить для проведения дифференциальной диагностики?
5. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз острого панкреатита?

Задача 67

У больного, перенесшего 8 месяцев назад панкреонекроз, появились умеренные боли в верхних отделах живота. Тошноты, рвоты нет. Температура тела – нормальная. При осмотре: состояние больного удовлетворительное, кожные покровы обычной окраски. Пульс – 72 в минуту, АД – 120/80 мм рт. ст. Язык влажный, чистый. Живот не вздут, мягкий, над пупком пальпируется слегка болезненное с четкими контурами несмещаемое опухолевидное образование размерами 10×10 см. Перитонеальных

симптомов нет. Выслушиваются шумы обычной перистальтики. В анализах крови и мочи изменений нет.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. С какими заболеваниями следует дифференцировать данную патологию?
3. Какие методы исследования помогут уточнить диагноз?
4. Ваша тактика лечения?
5. Какие варианты возможны в лечении кист поджелудочной железы?

Задача 68

У больного с панкреонекрозом на 14-е сутки от начала заболевания усилились боли в животе и поясничной области слева, появилась гектическая температура до 39,50 С. При осмотре: состояние тяжелое, кожные покровы бледные. Пульс 108 в минуту. Язык сухой. Живот слегка вздут, при пальпации болезненный в эпигастрии и в левом подреберье, перитонеальные симптомы отрицательные, перистальтические шумы выслушиваются. Отмечается гиперемия кожи и отечность в поясничной области слева. Симптом Мейо-Робсона резко положительный. Лейкоциты крови 20×10^9 /л.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие специальные методы исследования помогут уточнить диагноз?
3. Ваша тактика лечения?
4. Методы лечения?
5. Что такое симптом Мейо-Робсона?

Задача 68

У больного 37 лет после употребления алкоголя и жареного мяса появились сильные опоясывающие боли в верхней части живота, многократная рвота с примесью желчи, не приносящая облегчения. Поступил через сутки от начала заболевания. При осмотре часто меняет положение, стонет. Имеются синюшно-багровые пятна на коже брюшной стенки, ригидность брюшных мышц в эпигастрии, симптом Щеткина сомнительный, печеночная тупость сохранена. При обзорной рентгенографии в брюшной полости свободного газа нет, поперечно-ободочная кишка умеренно вздута газами, лейкоцитоз 12×10^9 /л, активность уроамилазы 1024 ЕД. В анамнезе 3 подобных приступа, указания на гастродуоденит, язвенную болезнь.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. С какими заболеваниями следует дифференцировать данную патологию?
3. Какие специальные методы исследования помогут уточнить диагноз?
4. Ваша тактика лечения?
5. Основные направления лечения?

Задача 69

Больная 45 лет, страдающая калькулезным холециститом, поступила в клинику с болями в правом подреберье и эпигастрии опоясывающего характера. Отмечает повторную рвоту. Состояние средней тяжести, иктеричность склер и кожного покрова. Тахикардия, напряжение мышц передней брюшной стенки, парез кишечника. Из лабораторных данных обращает на себя внимание лейкоцитоз и высокий уровень амилазы крови.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какие методы инструментального исследования следует применить в первую очередь?
3. Ваша тактика лечения?
4. Рациональный способ лечения?
5. Дальнейшее ведение больной?

Задача 70

Больную 30 лет беспокоят выраженные боли, тяжесть в левой ноге, ее быстрая утомляемость, особенно при вертикальном положении без движения. Около года назад появилось расширение поверхностных вен на левой голени, которое вскоре стало сопровождаться названными симптомами.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Стадия заболевания?
3. Методы обследования?
4. Тактика лечения?
5. Назначения в послеоперационном периоде?

Задача 71

Больную 35 лет беспокоит чувство тяжести в левой ноге, особенно к концу рабочего дня, а также наличие варикозно расширенных вен на этой ноге. Варикоз появился около 10 лет назад и начался с бедра и верхней 1/3 голени, чувство тяжести появилось около года назад. При объективном обследовании обнаружили магистральный тип варикозного расширения большой п/к вены на бедре и голени.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Причина заболевания?
3. Методы обследования?
4. Тактика лечения?
5. Расскажите о выбранном методе лечения?

Задача 72

Больной 43 лет, перенес 3 года назад тромбоз глубоких вен подвздошно-бедренного сегмента справа. В настоящее время беспокоят тяжесть, отек правой ноги. При обследовании выявлен умеренный отек голени, бурная индурация кожи в нижней 1/3 голени, варикозно расширенные поверхностные вены на голени.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Стадия и форма заболевания?
3. Методы обследования?
4. Тактика лечения?
5. Суть операции?

Задача 73

Больной, 72 лет, страдающий в течение многих лет варикозной болезнью вен нижних конечностей, предъявляет жалобы на повышение температуры и боли в правом бедре. Три года назад перенес трансмуральный инфаркт миокарда и с тех пор у больного отмечается мерцательная аритмия. Общее состояние тяжелое, имеются признаки выраженной сердечной недостаточности. На правой нижней конечности определяется варикозное расширение поверхностных вен. На медиальной поверхности правого бедра от уровня коленного сустава до верхней трети его видна полоса гиперемии, пальпируется плотный, болезненный шнуровидный тяж. Отека конечности нет. Симптомы Хоманса и Мозеса отрицательные.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Причина заболевания?
3. Методы обследования?
4. Тактика лечения?
5. Расскажите о выбранном методе лечения?

Задача 74

У больной 40 лет на 4 день после аборта появились резкие боли в левой ноге, ее массивный отек и цианоз кожных покровов при вертикальном положении. При обследовании обнаружен резкий отек на бедре и голени слева, цианоз кожи, болезненность по ходу магистрального сосудистого пучка на голени, бедре, подвздошной области слева. Симптом Хоманса - положительный

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Что такое симптом Хоманса?
3. Дифференциальная диагностика?
4. Тактика лечения?
5. Суть лечения?

Задача 75

В приемное отделение больницы обратился больной 68 лет с жалобами на резкие боли в левой голени и онемение стопы. При осмотре левая голень и стопа бледные, отека нет, холодные на ощупь. Пульсация на передней и задней большеберцовых артериях стопы отсутствует.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Методы обследования?
3. Нужна ли госпитализация.
4. Тактика лечения?
5. Принципы лечения?

Задача 76

Больной 36 лет поступил с жалобами на перемежающуюся хромоту через 150 метров, похолодание конечностей, парестезии стоп, облысение голеней. Болен в течение 6 месяцев, много курит, отмечает переохлаждение. При обследовании пульс на бедренной и подколенной артериях ослаблен, шум не выслушивается. Проба Оппеля 30 секунд. На теплограммах отмечается тепловая ампутация пальцев стоп.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Стадия заболевания?
3. Круг дифференциальной диагностики?
4. Методы дополнительного обследования?
5. Тактика лечения?

Задача 77

Больной 60 лет поступил в хирургическое отделение с жалобами на постоянные боли в стопах и голенях, усиливающиеся при ходьбе. Из анамнеза известно, что больной страдает гипертонической болезнью и ИБС. При осмотре пульс на бедренной артерии справа не определяется, слева резкий систолический шум. Проба Оппеля справа 30 секунд, слева 1 минута и 30 секунд. Реографический индекс справа 0.22, слева 0.3. На правой нижней конечности имеется участок в области 1 пальца некротизированных тканей.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Стадия заболевания?
3. С какими заболеваниями будете дифференцировать?
4. Методы дополнительных исследований?
5. Тактика лечения?

Задача 78 Больной К., 42 лет, поступил с жалобами на боли по всему животу, тошноту. Заболел накануне, когда после употребления алкоголем появились опоясывающие боли в эпигастрии, многократная рвота. Сегодня боли распространились по всему животу. При осмотре выявляется напряжение мышц и

болезненность по всему животу, положительные симптомы Щеткина-Блюмберга, Мейо-Робсона. При обзорной рентгеноскопии отмечается пневматоз поперечно-ободочной кишки, свободного газа, кишечных уровней не выявлено.

Вопросы:

1. Ваш клинический диагноз?
2. Какие лабораторные исследования необходимо выполнить для уточнения диагноза?
3. Какие дополнительные инструментальные исследования необходимо выполнить для уточнения диагноза?
4. Дифференциальный диагноз?
5. Ваша тактика лечения?

Задача 79

Больная Н., 80 лет, поступила с жалобами на интенсивные боли по всему животу. При осмотре живот вздут, в акте дыхания не участвует, напряженный и болезненный во всех отделах. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный. Из анамнеза известно, что накануне больная поступала в стационар с клинической картиной правосторонней ущемленной бедренной грыжи через 10 часов от начала заболевания. При обзорной рентгеноскопии брюшной полости выявлены тонкокишечные уровни. В процессе транспортировки из приемного отделения грыжевое выпячивание самостоятельно вправилось. Больная была осмотрена повторно и отпущена домой.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какие тактические ошибки были допущены?
3. Какого осложнения следует опасаться в первую очередь при состоянии после ущемления?
4. Какими исследованиями можно подтвердить диагноз?
5. Ваше лечение?

Задача 80 У больного В., 56 лет, на 6-е сутки после резекции желудка по Ру по поводу язвенной болезни, осложненной кровотечением, состояние внезапно ухудшилось. Появились боли по всему животу. Пульс 120 в минуту. АД-120/60 мм рт. ст. Язык сухой. Живот в акте дыхания не участвует, отмечается резкое напряжение мышц, болезненность во всех отделах. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный по всему животу. Кишечные шумы не выслушиваются. Лейкоцитоз -14000, сдвиг формулы влево.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какое осложнение послеоперационного периода произошло у данного больного?
3. Ваша тактика?
4. Характер операции?
5. Принципы послеоперационной терапии?

Задача 81

Больной Н., 46 лет, поступил через 12 часов от начала заболевания с жалобами на интенсивные боли по всему животу. Заболевание началось остро с резких болей в эпигастрии. Страдает язвенной болезнью 12-перстной кишки в течение 20 лет, неоднократно проходил курсы стационарного и санаторно-курортного лечения, в анамнезе трижды эпизоды желудочно-кишечного кровотечения. При осмотре отмечается вынужденное положение с приведенными к животу коленями, живот в акте дыхания участие не принимает, резко напряжен и болезнен во всех отделах. При перкуссии печеночная тупость не определяется.

Вопросы

1. Ваш диагноз?
2. Какие дополнительные методы обследования надо провести?
3. Ваша тактика лечения?

4. Характер операции?
5. Принципы послеоперационной терапии?

Задача 82

У больного 48 лет с диагнозом “рак желудка” во время лапаротомии обнаружена опухоль, прорастающая все слои передней стенки тела желудка и распространяющаяся до кардии. В большой кривизне определяются плотные увеличенные лимфатические узлы. На соседние органы опухоль не распространяется, отдаленные метастазы не обнаружены.

Вопросы:

1. Стадия заболевания по международной классификации?
2. Что такое метастаз Вирхова?
3. Какого объема операцию надлежит выполнить у больного?
4. Какие полиативные операции выполняются при раке желудка?
5. Кто должен наблюдать больного после выписки из стационара?

Задача 83

У больного 58 лет обнаружен рак антрального отдела желудка с явлениями резкого сужения выхода из него. Во время операции при ревизии обнаружено, что опухоль размером 12 x 10 см прорастает в поджелудочную железу. Имеется большое количество метастатических лимфатических узлов по ходу аорты, в малом и большом сальнике. Желудок растянут, неподвижен.

Вопросы:

1. Стадия заболевания по международной классификации?
2. Какую операцию необходимо выполнить?
3. Что такое метастаз Крукенберга?
4. Какие радикальные операции выполняются при раке желудка?
5. Какое лечение порекомендуете в послеоперационном периоде по основному заболеванию?

Задача 84

Больному 50 лет. Почувствовал себя больным 1,5 мес. назад. Появилась дисфагия, которая быстро нарастала, вскоре присоединилась одышка, усиливающаяся при наклоне больного вперед. При обследовании больного диагностирован рак кардиального отдела желудка. Протяженность опухоли небольшая, в других органах и системах никакой патологии выявить не удалось, в том числе и увеличенных подключичных лимфатических узлов. Единственно, что обращало на себя внимание, это некоторая одутловатость лица. При наклоне туловища вперед лицо приобретало синюшно-багровую окраску, отмечалось значительное набухание шейных вен, которое длительно сохранялось и в вертикальном положении.

Вопросы:

1. Стадия заболевания по международной классификации?
2. Как называют совокупность выявленных у больного симптомов?
3. Что в данном случае служит их причиной?
4. Какое можно произвести дополнительное исследование, чтобы подтвердить Ваше предположение?
5. Ваша тактика лечения?

Задача 85

Больной 63 лет, страдающий длительное время анацидным гастритом, за последние 4 месяца сильно похудел и ослабел. Утром у него появились головокружение и резкая слабость, была однократная рвота небольшим количеством жидкости цвета кофейной гущи. Днем был стул - кал дегтеобразный. После этого был доставлен в хирургическое отделение.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?

2. Чем вызвано подобное состояние больного?
3. С помощью каких исследований можно уточнить диагноз?
4. Что следует предпринять?
5. При неэффективности консервативных мероприятий Ваши действия?

Задача 86

Больной 56 лет страдающего язвенной болезнью желудка в течение 20 лет, доставлен по «ОЗ» по поводу желудочно-кишечного кровотечения. Данное кровотечение возникло впервые. За последнее 0.5 года резко похудел (на 10 кг.), появилось отвращение к «мясному», ослаб, отмечает увеличение в объеме живота. При осмотре: кахектичен, бледен, склеры желтушны, печень увеличена из-под реберной дуги на 3 см., определяется асцит. Гемоглобин 70 г/л, на перчатке кал «мелена».

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Стадия заболевания по международной классификации?
3. Какие исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
4. Что такое синдром Савицкого?
5. Ваша тактика лечения?

Задача 87 У больного 56 лет при ирригографии выявлен дефект складок прямой кишки в верхнеампулярном отделе, с ригидностью стенок кишки на протяжении 8 см. и сужение просвета кишки.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какими специальными методами можно подтвердить диагноз?
3. С какими заболеваниями проведете дифференциальный диагноз?
4. Ваш план лечения?
5. К какому врачу направите больного после выписки из стационара?

Задача 88

Больной Н. 48 лет заболел два часа назад. Со слов больного боли возникли внезапно, носят невыносимый характер, по всему животу, беспокоит многократная рвота,носящая каловый характер. Газы не отходят. При осмотре больной беспокоен, мечется. Живот вздут. При пальпации живота обращает на себя внимание его ассиметрия, симптом Валя, Склярова положительные, локальная болезненность в пупочной области, кишечные шумы не выслушиваются. Рс – 110 уд в мин., ритимичный. АД 130/80 мм рт ст.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Факторы, предрасполагающие к развитию заболевания?
3. Клиника заболевания?
4. Диагностика?
5. Лечение?

Задача 89

Больной 60 лет поступил с жалобами на сильные схваткообразные боли в животе, рвоту. Данные жалобы в течение 2 дней. Последние 5 месяцев отмечает запоры и затруднение в акте дефекации, кал с примесью слизи и гноя. При осмотре живот вздут, асимметричен. Видна перистальтика во время схваткообразных болей. При пальпации определяется болезненность в левой мезо - гипогастральной области, где определяется плотное, бугристое образование размерами 8 x 6 см. Рентгенологически определяются чаши Клойбера. Амбула прямой кишки пуста, анальное отверстие зияет.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз?
2. Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?

3. Клиника заболевания?
4. Предоперационная подготовка?
5. Тактика лечения?

Задача 90

Больной Н 40 лет поступил с жалобами на постоянные боли в животе. Многократную рвоту калового характера, задержку стула и газов. Заболел более 24 часов назад, когда появились схваткообразные боли по всему животу, через 12 часов боли приобрели постоянный характер. Живот при осмотре вздут, асимметричен, кишечные шумы ослаблены. Симптом Валя – положительный.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Ваше обоснование диагноза?
3. О какой стадии заболевания можно думать?
4. Какие исследования необходимы для уточнения диагноза?
5. Ваше лечение?

Задача 91

Больной 20 лет доставлен в клинику с жалобами на резкие схваткообразные боли по всему животу, многократную рвоту. Из анамнеза: боли возникли 2 часа назад, интенсивность их постепенно нарастала, боли вне схваткообразного приступа полностью не исчезали. Больной при осмотре бледен. Покрыт холодным липким потом, ЧСС 90 в минуту, АД 100/60 мм рт.ст. Живот не вздут, во время болевого приступа видна перистальтика, кишечные шумы выслушиваются на расстоянии. Симптомов раздражения брюшины нет. Рентгенологически выявляется газовый пузырь в желудке. Уровней нет.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Ваше обоснование диагноза?
3. Какие исследования необходимы для уточнения диагноза?
4. Ваша хирургическая тактика?
5. Какое хирургическое лечение возможно выполнить?

Задача 92

Больной 24 лет поступил с жалобами на интенсивные боли в правой подзвдошной области, тошноту, задержку стула и газов. Заболел остро 12 часов назад. Внезапно появились схваткообразные боли в правой половине живота. В дальнейшем боли стали нарастать. Появилась тшнота. Живот асимметричен, отмечается вздутие левой верхней половины живота. Определяется симптом Валя. При пальпации живот мягкий, болезненный в правой латеральной области. Отмечается положительный симптом Шиманса – Данса, Спасокукоцкого.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какие клинические данные подтверждают диагноз?
3. Какие исследования необходимы для уточнения диагноза?
4. Ваша тактика лечения?
5. Последовательность хирургических действий?

Задача 93

Больной 42 лет поступил в клинику с жалобами на острую схваткообразную боль в животе, возникшую 2 часа назад. Позывы на рвоту. Стула нет. Газы не отходят. Больной беспокоен, громко кричит. Живот вздут, больше в верхней половине, перитонеальные симптомы сомнительны. Выше и слева от пупка определяется овоидной формы образование эластическо – плотной консистенции.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?

2. Какие клинические данные указывают на это?
3. План дополнительных исследований?
4. Ваша тактика?
5. Последовательность хирургических мероприятий?

Задача 94

При осмотре в поликлинике установлено, что больного беспокоят выделения крови и слизи при дефекации, боли в промежности до и после акта дефекации. При внешнем осмотре, а также при пальцевом исследовании прямой кишки никаких изменений не обнаружено.

Вопросы:

1. Какое исследование необходимо данному больному в первую очередь?
2. При установлении диагноза рака прямой кишки куда следует направить пациента?
3. Какой объем дообследования необходим для уточнения диагноза?
4. Назовите наиболее эффективный метод лечения при рецидиве рака прямой кишки?
5. Назовите пути лимфооттока для прямой кишки?

Задача 95

Женщина 70 лет, обратилась к колопроктологу с жалобами на наличие «шишки» в области заднего прохода. При осмотре анального канала выявлено плотное бугристое образование диаметром 2 см, контактно кровоточащее. Окружающие ткани не изменены.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Дальнейшая тактика обследования?
3. Предполагаемый результат биопсии?
4. Тактика лечения данной пациентки?
5. Назовите важные принципы хирургического лечения рака прямой кишки?

Задача 96

Больная 46 лет, поступила с жалобами на чувство тяжести в подложечной области, отрыжку, резкое похудание. Недели три назад появилась обильная периодическая рвота с остатками пищи, съеденной накануне. На протяжении 7 лет страдает язвенной болезнью ДПК с частыми обострениями. Объективно: истощена, кожа сухая, дряблая, собирается в складки. Живот мягкий, шум плеска натошак ниже уровня пупка.

Вопросы:

1. О каком осложнении можно думать?
2. Что ожидается при рентгеноскопии желудка?
3. Оцените состояние водно-электролитного обмена?
4. Какие ожидаются изменения гематокрита, остаточного азота, относительной плотности мочи?
5. Тактика лечения?

Задача 97

Больной 36 лет, поступил в хирургическую клинику с диагнозом: язвенная болезнь ДПК. В анамнезе язвенная болезнь ДПК в течение 10 лет. При обследовании обнаружена язва желудка и ДПК. При исследовании желудочной секреции имеет место непрерывное кислотообразование высокой интенсивности. Учитывая длительность заболевания и малую эффективность проводимой консервативной терапии принято решение оперировать больного.

Вопросы:

1. Какая операция показана этому больному?
2. Каким должен быть объем операции?
3. Какой способ операции предпочтительнее и почему?
4. Какие противопоказания существуют к резекции желудка по Бильрот 1 и Бильрот 2?

Задача 98

У больного 23 лет, около 6 часов назад появилась резкая слабость, холодный пот, дважды была рвота типа «кофейной гущи». До момента госпитализации трижды был жидкий стул черного цвета.

Вопросы:

1. Из какого отдела ЖКТ возникло кровотечение?
2. Что нужно сделать для установления источника кровотечения?
3. Какие критерии степени тяжести кровотечения?
4. Что Вы можете сделать для остановки кровотечения?
5. Какие показания для экстренной операции?

Задача 99

Больной 32 лет страдает язвенной болезнью ДПК в течение 6 лет. Последнюю неделю отмечает интенсивные голодные и ночные боли. Внезапно развилась резкая слабость, холодный пот, исчезновение болей. АД – 90/60 мм. рт.ст. Анализ крови Нв- 130 г/л. При пальцевом исследовании прямой кишки кал нормального цвета.

Вопросы:

1. Какое осложнение развилось у больного?
2. С чем связано исчезновение болей?
3. Как объяснить нормальные показатели анализа крови?
4. Какой кал будет через сутки?
5. Как подтвердить диагноз?

Задача 100

В приемное отделение доставлен больной 35 лет с жалобами на сильные боли в эпигастриальной области. В течение нескольких лет отмечает боли в животе, изжогу. Во время поездки в машине внезапно почувствовал резкие боли в верхних отделах живота. Доставлен через 10 часов от начала заболевания. Язвенного анамнеза нет. При осмотре: положение больного на кушетке – лежит на правом боку, приведя колени к животу, боится шевельнуться. Язык сухой. При пальпации живот напряжен. Печеночная тупость не определяется.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какие дополнительные методы исследования надо провести?
3. Ваша тактика лечения?
4. Объем хирургической операции?
5. Лечение в послеоперационном периоде?

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:

$$\text{ПУЗ} = 20 \frac{n}{N} \quad \text{ПУЗ} = 20 \frac{n}{N}$$

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:

$$\frac{B+U3}{B+U3} \cdot \frac{B+U3}{B+U3}$$

$$\text{ТК} = 40$$

где B , $U3$ – количество контрольных вопросов и заданий по учебному плану,

b , $u3$ – 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:

$$\frac{P3+PEF}{P3+PEF} \cdot \frac{P3+PEF}{P3+PEF}$$

$$\text{ТР} = 30$$

Где $P3$, PEF – количество проектных заданий и рефератов по учебному плану,

$p3$, pef – 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:

$$\text{РА} = \text{ПУЗ} + \text{ТК} + \text{ТР}$$

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 и 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.

Шкала оценивания реферата

Критерии оценивания	Баллы
Содержание соответствует 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	20
Содержание недостаточно полно соответствует поставленным цели и задачам 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	10
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	5
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 устного опроса

Критерии оценивания	Баллы
высокая активность на практических занятиях, содержание и	10

изложение материала отличается логичностью и смысловой завершенностью, студент показал владение материалом, умение четко, аргументировано и корректно отвечает на поставленные вопросы, отстаивать собственную точку зрения.	
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.	5
низкая активность на практических занятиях, студент показал неуверенное владение материалом, неумение отстаивать собственную позицию и отвечать на вопросы.	2
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 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

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	0

количестве не выполнялись, алгоритм оказания медицинской помощи не отработан	
--	--

Шкала оценивания ответов на экзамене

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 выставления оценки по дисциплине

Итоговая оценка по дисциплине выставляется по приведенной ниже шкале. При выставлении итоговой оценки преподавателем учитывается работа студента в течение всего срока освоения дисциплины, а также баллы, полученные на промежуточной аттестации.

Баллы, полученные обучающимся в течение освоения дисциплины	Оценка по дисциплине
81-100	Отлично
61-80	Хорошо
41-60	Удовлетворительно
0-40	Неудовлетворительно