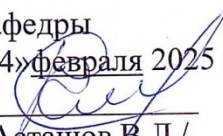


Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Наумова Наталия Александровна
Должность: Ректор
Дата подписания: 04.09.2025 17:07:08
Уникальный программный ключ:
6b5279da4e034bff679172803da5b7b559f66e2

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

Медицинский факультет

Кафедра хирургии

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

**ФОНД
ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

по учебной дисциплине

Госпитальная 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	5
4. Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций	208

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. Умеет на основании знаний топографической анатомии, ориентироваться в операционной ране и выявлять в ней важные анатомические образования.	Тестирование , реферат, устный опрос	Шкала оценивания тестирования, Шкала оценивания реферата, Шкала оценивания устного опроса

	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

	Продвинутый	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) Пути проникновения инфекции в плевральную полость. Диагностика, консервативное и хирургическое лечение. Показания к дренированию плевральной полости.
- 2) Хроническая эмпиема плевры. Причины перехода острой эмпиемы в хроническую. Открытые и закрытые методы лечения.
- 3) Острый гнойный плеврит. Методы операции, показания к ним.
- 4) Бронхоэктатическая болезнь. Дифференциальная диагностика. Показания к хирургическому лечению.
- 5) Виды операций при бронхоэктатической болезни. Ведение послеоперационного периода.

Продвинутый уровень

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

- 1) Врожденный и приобретенный мегаколон у детей. Клиника. Диагностика. Показания к операции. Лечение. Реабилитация.
- 2) Основные виды мегаколона по этиологии.

- 3) Пороки развития желудочно-кишечного тракта у новорожденных. Клиника. Дифференциальная диагностика. Показания к хирургическому лечению.
- 4) Гнойные заболевания кожи у новорожденных. Лечение.
- 5) Гнойный мастит у новорожденных. Осложнения. Лечение.

Владеть: навыками использования хирургического инструментария

1) Мужчина 37 лет поступил через 16 часов от начала заболевания с жалобами на внезапно возникшие сильные схваткообразные боли в верхних отделах живота, повторные рвоты съеденной пищей, вздутие живота. Из анамнеза известно, что два года назад оперирован по поводу проникающего ранения брюшной полости с повреждением печени и поперечной ободочной кишки. В течение послеоперационного периода несколько раз наблюдались подобные приступы, которые эффективно купировались применением спазмолитиков. На этот раз приступ протекает более тяжело, привычные консервативные мероприятия не эффективны. Объективно: состояние средней степени тяжести, больной беспокоен, меняет положение. Пульс 90 в минуту, артериальное давление 110/70 мм рт. ст. Язык несколько суховат, обложен. Живот равномерно вздут, мягкий, болезненный больше в верхних отделах, перистальтика выслушивается, перитонеальные симптомы не определяются. На передней брюшной стенке гипертрофический рубец после срединной лапаротомии. Сутки назад был нормальный стул. При ректальном исследовании - следы кала обычной окраски.

1. Ваш предварительный диагноз? 2. План дополнительного обследования больного?
3. Роль и объем рентгенологического обследования, интерпретация данных.
4. Этиология и патогенез нарушений, развивающихся при данной патологии.
5. Каков объем консервативных лечебных мероприятий необходимых для данного больного?
6. Показания к операции, варианты оперативных вмешательств? 7. Мероприятия, направленные на предупреждение рецидива заболевания.

Ответы:

1. Острая кишечная непроходимость, вызванная спайкообразованием или ущемленной посттравматической диафрагмальной грыжей. 2. В комплексе первичного обследования обязательны обзорная рентгенография брюшной полости с контролем пассажа бария, ультразвуковое исследование. 3. Основным этиологический фактор в данном случае – механическое препятствие, вызвавшее илеус, следствием которого является частичная или полная остановка кишечного пассажа и, выраженное в той или иной степени, нарушение кровоснабжения вовлеченной в процесс кишечной петли. В патогенетическом плане среди многообразных нарушений гомеостаза наибольшее клиническое значение имеют развивающиеся водно-электролитные нарушения, изменение проницаемости кишечной стенки, некроз стенки кишки, кишечная недостаточность, эндотоксикоз, вторичный перитонит. 4. Комплекс мероприятий, включающий: голод, дренирование желудка, обезболивание, мощную инфузионную терапию, спазмолитики, новокаиновые блокады, ГБО, очистительные клизмы, коррекцию развивающихся полиорганных нарушений. 5. Показанием к операции является отсутствие отчетливой положительной динамики (клинически и по рентгенологическим данным) от консервативного лечения в течение 6 часов, явления перитонита, ущемленная диафрагмальная грыжа. В данном случае возможными вариантами оперативного пособия будут: ликвидация непроходимости, френотомия или рассечение спаек, резекция (при некрозе) участка пострадавшего органа, трансабдоминальная интубация тонкой кишки (по показаниям). 6. Тщательное соблюдение принципов оперативной техники, бережное отношение к тканям, интубация тонкой кишки, надежная

герниопластика, наложение гидроперитонеума, раннее восстановление перистальтики, назначение в послеоперационном периоде ГБО, гидрокортизона, антигистаминных препаратов, физиотерапии и др.

- 2) Больная, 68 лет, поступила в хирургическое отделение в экстренном порядке спустя 3 суток от начала заболевания с жалобами: на постоянные боли во всех отделах живота, многократную рвоту, задержку стула и неотхождение газов; на наличие в правой паховой области болезненного, опухолевидного выпячивания; на подъем t тела до 38°C . Заболевание началось с появления в правой паховой области опухолевидного, болезненного выпячивания. В последующем развился описанный симптомокомплекс, клиника заболевания прогрессировала. Объективно состояние больной тяжелое. Кожный покров бледно-розовый. В легких везикулярное дыхание, ослабленное в нижних отделах. Хрипов нет. Пульс 100 в 1 минуту, ритмичный, слабого наполнения. АД - 10/70. Тоны сердца приглушены. Язык сухой, обложен у корня коричневым налетом. Живот вздут, болезненный при пальпации во всех отделах. Симптомы раздражения брюшины слабopоложительные. Аускультативно выслушиваются единичные кишечные шумы с «металлическим» оттенком. Определяется «шум плеска». Стула не было 2 дня, газы не отходят. В правой паховой области определяется опухолевидное образование до 5 см в диаметре. Кожа над ним гиперемирована, отечна, повышена кожная t° . При пальпации образование резко болезненное, плотно-эластической консистенции, с размягчением в центре.

1. Какой диагноз следует поставить в данном случае? 2. Этиопатогенез данной патологии? 3. Классификация заболевания? 4. Объем обследования больной в данном случае? 5. Тактика лечения данного заболевания? 6. Объем медицинской помощи и особенности оперативного пособия в конкретном случае? 7. Послеоперационное ведение больной?

Ответы:

1. Ущемленная паховая грыжа. Флегмона грыжевого мешка 2. При небольших грыжевых воротах как правило развивается эластическое ущемление в связи с внезапным повышением внутрибрюшного давления, которое сопровождается перерастяжением грыжевых ворот и проникновением в грыжевой мешок большего, чем обычно, количества органов. 3. Виды ущемления: эластичное, каловое и смешанное
Формы ущемления: типичное, ретроградное (грыжа Майдля) и пристеночное (грыжа Рихтера. 4. Классическая картина ущемленной грыжи как правило не требует дополнительного обследования. Для диагностики явлений кишечной непроходимости (как в данном случае) выполняется обзорная рентгенография органов брюшной полости 5. Экстренная операция: выделение грыжевого мешка, вскрытие грыжевого мешка и фиксация его содержимого, рассечение ущемляющего кольца, определение жизнеспособности ущемленных органов, резекция нежизнеспособных органов, пластика грыжевых ворот. 6. Экстренная операция. Сначала выполняется срединная лапаротомия, резекция кишки в пределах жизнеспособных тканей. Концы ущемленной кишки лигируют и перитонизируют. Вторым этапом вскрывают грыжевой мешок, удаляют гнойный экссудат, ущемленную петлю кишки и грыжевой мешок. Пластику грыжевых ворот не выполняют, рану дренируют. 7. Основное внимание в послеоперационном периоде уделяют лечению запущенной (в данном случае) кишечной непроходимости. Рану в паху ведут как гнойную.

- 3) Мужчина 60 лет поступил на 2-й день от начала заболевания с жалобами на схваткообразные боли средней интенсивности внизу живота, иррадиирующие в крестец, вздутие живота, задержку стула и газов. Заболевание началось постепенно. Больной страдает запорами, отмечает, что подобные состояния были несколько раз и разрешались дома после очистительной клизмы. Общее состояние больного относительно удовлетворительное, температура нормальная, пульс 90 в минуту, язык обложен, влажный. Живот «перекошенный» за счет вздутия правой его половины, при пальпации мягкий, умеренно болезненный по ходу левого бокового канала. Справа пальпируется большое образование плотноэластической консистенции, перистальтика над ним не выслушивается. Определяется «шум плеска», при перкуссии - высокий тимпанит. При ректальном исследовании ампулы прямой кишки пуста, при попытке сделать сифонную клизму удается ввести не более 400 мл жидкости.

1. Какой клинический синдром имеет место у данного больного? 2. Вероятная причина развития этого синдрома у пациента? 3. Классификация данной патологии? 4. Применение каких дополнительных методов оправдано для подтверждения и уточнения предварительного диагноза? 5. Тактика хирурга при подтверждении вашего предварительного диагноза? 6. Варианты оперативного пособия в зависимости от стадии заболевания? 7. Особенности ведения послеоперационного периода. 8. Что такое проба Цегефон - Мантейфеля?

Ответы:

У больного клиника обтурационной толстокишечной кишечной непроходимости опухолевого генеза. Из дополнительных методов обследования необходимы: обзорная рентгенография брюшной полости, контроль пассажа бария. Лечение больного оперативное. В предоперационном периоде: 10%-40 мл NaCl, паранефральная блокада, антибиотики. Тактику определяет хирург во время операции. Варианты оперативного пособия: гемиколэктомия, операции «типа Гартмана», резекции толстой кишки с наложением U-образного анастомоза, операция Цейтлера-Шлоффера. При наличии отдаленных метастазов и нерезектабельности опухоли - обходные анастомозы и выведение двухствольных колостом. Проба Цеге - фон- Мантейфеля: при постановке очистительной клизмы невозможно ввести более 300 мл жидкости. Признак обтурации сигмовидной кишки. При локализации опухоли в сигмовидной кишке - резекция сигмовидной кишки по Гартману, при локализации в нисходящей кишке - левосторонняя гемиколэктомия с выведением одноствольной трансверзостомы, при локализации в поперечноободочной кишке - резекция кишки типа Гартмана, при локализации в области правого фланга - правосторонняя гемиколэктомия. При неоперабельности опухоли - наложение двуствольного ануса. Послеоперационное ведение по общим принципам, особое внимание требует уход за колостомой.

- 4) У больной 50 лет 6 месяцев назад появились жалобы на боли за грудиной в проекции нижней её трети, возникающие во время приема пищи и почти постоянное чувство жжения в пищеводе. Изредка наблюдались явления дисфагии. Объективно: шея правильной формы, безболезненная при пальпации. Грудина без особенностей. Эпигастральная область обычной формы, безболезненная. При эзофагоскопии было установлено выпячивание левой стенки пищевода на уровне 32 см от резцов размерами 3 x 4 см с неизменной слизистой и входом в него до 2 см. Больная ранее не лечилась, впервые обратилась к врачу.

Ваш диагноз?

1. Классификация этой патологии.
2. Какие механизмы возникновения данной патологии Вы знаете?
3. Какие дополнительные методы исследования следует выполнить?
4. Какую тактику лечения следует избрать?
5. В чем заключается курс консервативных мероприятий при данной патологии?
6. Каковы возможные осложнения данного заболевания?
7. Что является показанием к операции и какие виды оперативного лечения применяются при данной патологии

Ответы:

Предварительный диагноз: Дивертикул пищевода. Дополнительные методы исследования: рентгеноэзофагогастроскопия, ФГДС. Лечение: При небольших размерах дивертикула - консервативное лечение. Показание к хирургическому лечению - осложнения заболевания (перфорация, пенетрация, кровотечение, малигнизация, пищеводно-трахеальные свищи). Оперативное лечение: при глоточно - пищеводных дивертикулах - шейный доступ, при эпибронхиальных - левосторонний торакальный. Объем операции: дивертикулэктомия, дивертикулэктомия с пластикой пищевода лоскутом диафрагмы или плевры.

5) У больной 25 лет среди полного здоровья появилась дисфагия, возникли боли за грудиной после проглатывания пищи, срыгивание непереваренных кусков пищи. Нища лучше проходит после запивания её теплой водой, молоком или чаем. При резком откидывании головы и наклоне туловища назад больная иногда чувствовала, как пища «проваливалась» в желудок. Объективно: полость рта, шея, грудина, эпигастральная область без особенностей.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо выполнить?
3. Какова этиология и патогенез данного заболевания?
4. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
5. Опишите рентгенологическую семиотику заболевания.
6. Какие стадии заболевания по Б. В. Петровскому следует различать?
7. Какие виды лечения применяются при данном заболевании?
8. Каковы показания к оперативному лечению, варианты операций?

Ответы:

Предварительный диагноз: Ахалазия кардии. Для данного заболевания характерна триада симптомов: дисфагия, регургитация и боль. Дифференциальный диагноз: рак пищевода и рак кардии, дивертикул пищевода, эзофагит, эзофагоспазм, стриктуры пищевода. Методы исследования: Рентгеноэзофагогастроскопия, эзофагокимография, ФГДС, фармакологические пробы. Консервативную терапию применяют только в начальных стадиях заболевания, а также как дополнение к кардиодилатации. Основным методом лечения - кардиодилатация (противопоказан при портальной гипертензии). Кардиотомия. Эндоскопическая эзофагомиотомия. Показания к оперативному лечению: Противопоказания к кардиодилатации. отсутствие эффекта от кардиодилатации, разрывы пищевода, стриктуры. Консервативно: стол 1, церукал 3-4 недели, седативные, витамины группы В. Вегетосимпатическая блокада (расслабление кардии).

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) Гангрена легкого. Причины развития, клиника, диагностика, лечение.
- 2) Медиастинит. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
- 3) Анатомо-физиологические сведения о щитовидной железе. Методы исследования больных.
- 4) Эндемический, спорадический зоб. Этиология, патогенез, признаки зобной эндемии. Показания к операции.
- 5) Тиреотоксикоз, патогенез, классификация по степени тяжести и стадии развития.

Продвинутый уровень

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

- 1) Блефориты у новорожденных. Осложнения. Лечение.
- 2) «Двойная» антитромбоцитарная терапия. Польза и риск.
- 3) Возможности лабораторного контроля за антиагрегантной терапией.
- 4) Пересадка костного мозга у больных острым лейкозом. Показания и возможности.
- 5) Селезенка и болезни крови.

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

1) Больная, 50 лет, оперирована в экстренном порядке через 10 часов после ущемления пупочной грыжи. На операции: при вскрытии грыжевого мешка обнаружены две петли тонкой кишки. После рассечения ущемляющего кольца петли кишечника признаны жизнеспособными (появилась отчетливая пульсация брыжеечных сосудов, перистальтика, розовый цвет кишки), погружены в брюшную полость. Выполнена пластика грыжевых ворот. Через сутки состояние больного ухудшилось. Усилились боли в животе. Одышка до 24 в 1 минуту. Пульс 112, ритмичный. Язык сухой, обложен коричневым налетом. Живот умеренно вздут, при пальпации болезненный во всех отделах. Положительные перитонеальные симптомы. Кишечные шумы единичные. Газы не отходят.

1. Какое осложнение возникло у больного и почему? 2. Лечебная тактика в данной ситуации? 3. Как определить жизнеспособность кишки? 4. Определение понятий «ложное ущемление» и «мнимое вправление». 5. Какие основные симптомы ущемленной грыжи? 6. Виды и типы ущемления?

Ответы:

Диагноз: Ущемленная пупочная грыжа (ретроградное W-образное ущемление).
Осложнение: Перитонит. Причиной данного осложнения явилась врачебная ошибка во время операции: при W-образном ущемлении не была ревизована полностью кишечная петля. Больному показана релапаротомия, резекция кишки. Ложное ущемление — это симптомокомплекс, напоминающий общую картину ущемления, но вызванный каким-либо другим острым заболеванием органов брюшной полости. Мнимое вправление — это погружение ущемленной петли кишки вместе с ущемляющим кольцом в брюшную полость или в предбрюшинное пространство. Основные признаки ущемления: боль, болезненность, напряжение, невосприимчивость.

2) Больной Н., 67 лет поступил с жалобами на нарастающие боли в животе в течении суток, преимущественно в левой его половине, вздутие живота, неотхождение стула и газов, тошноту. Из анамнеза — более года отмечает запоры, ухудшение аппетита, нарастающую слабость, похудел за это время более, чем на 10 кг. Последнее время

беспокоят постоянные боли в левой половине живота. Объективно: состояние средней степени тяжести, пониженного питания, эластичность кожи и тургор тканей снижены, кожные покровы бледные, пульс 90 в минуту, А/Д 110/70 мм рт. ст., язык влажный, живот равномерно вздут, перкуторно «тимпанит», при пальпации болезненный по ходу левого бокового канала, симптомы раздражения брюшины отсутствуют, перистальтические шумы выслушиваются, при обследовании per rectum - ампула прямой кишки пустая, анализ крови: эр.-3,1 $10^{12}/л$; НЬ - 102 г/л; L -6,5 $10^{12}/л$

1. Какой клинический синдром имеет место у данного больного? Классификация заболевания. 2. Какова вероятная причина развития этого синдрома в данном случае? 3. План дополнительного обследования больного. 4. Значение рентгенологических и эндоскопических методов в диагностике основного заболевания и его осложнений. 5. Объем консервативных мероприятий и цель их проведения у данного больного? 6. Тактика хирурга в зависимости от эффективности консервативного лечения? 7. Показания к операции, варианты оперативных вмешательств в зависимости от эффективности консервативных мероприятий, состояния больного, данных операционной находки. 8. Особенности ведения послеоперационного периода?

Ответы:

У больного клиника обтурирующего рака толстой кишки (левый фланг) (Механическая обтурационная толстоишечная непроходимость. Опухоль?). Для уточнения диагноза методом выбора является колоноскопия с биопсией опухоли. Подтвердить диагноз можно также при помощи ирригоскопии. Лечение оперативное; в зависимости от локализации опухоли -левосторонняя гемиколэктомия или резекция сигмовидной кишки. При развитии клиники обтурационной кишечной непроходимости -многоэтапные вмешательства: операции «типа Гартмана». операция Цейтлера-Шлоффера; при 4 стадии заболевания - выведение 2-х ствольных колостом.

3) Больной К., 18 лет оперирован по поводу острого гангренозно-перфоративного аппендицита, осложненного разлитым серозно-гнойным перитонитом. Выполнена аппендэктомия, дренирование брюшной полости. Ранний послеоперационный период протекал с явлениями умеренно выраженного пареза кишечника, которые эффективно купировались применением медикаментозной стимуляции. Однако, к концу 4-х суток после операции состояние больного ухудшилось, появилось нарастающее вздутие живота, схваткообразные боли по всему животу, перестали отходить газы, присоединилась тошнота и рвота, общие признаки эндогенной интоксикации. Объективно: состояние средней степени тяжести, пульс 92 в минуту, А/Д 130/80 мм рт. ст., язык влажный, обложен, живот равномерно вздут, разлитая болезненность во всех отделах, перистальтика усилена, перитонеальные симптомы не определяются, при обследовании per rectum - ампула прямой кишки пуста.

1. Какое осложнение раннего послеоперационного периода возникло у данного больного? 2. Какие методы дополнительного обследования помогут определиться с диагнозом? 3. Роль и объем рентгенологического обследования, интерпретация данных. 4. Каковы возможные причины развития данного осложнения в раннем послеоперационном периоде? 5. Этиология и патогенез нарушений, развивающихся при данной патологии. 6. Объем консервативных мероприятий и цель их проведения при развитии этого осложнения? 7. Показания к операции, объем оперативного пособия? 8. Интра- и послеоперационные мероприятия, направленные на предупреждение развития данного осложнения?

Ответы:

По всей видимости у больного возникла послеоперационная ранняя спаечная кишечная непроходимость. Уточнить диагноз поможет УЗИ (состояние кишечных петель, выпот в брюшной полости), обзорная рентгенография брюшной полости (чаши Клойбера), контроль пассажа бария. Показанием к операции является нарастание клиники кишечной непроходимости, отсутствие эффекта от консервативной терапии. Операция: Релапаротомия, разделение спаек, трансназальная интубация тонкой кишки, дренирование брюшной полости

4) Кормящую мать 28 лет, в течение двух недель беспокоят боли в левой молочной железе. Объективно: в верхне - наружном квадранте левой молочной железы отчетливо пальпируется плотное образование размером 6 x 8 см, резко болезненное, кожа над ним багрово - синюшной окраски, однако, размягчения или флюктуации нет. Общее состояние больной удовлетворительное, отмечает слабость, повышенную потливость, температура по вечерам достигает 38 °С. На протяжении последних 6 дней лечится амбулаторно у хирурга. Проведен курс антибиотикотерапии (ампициллин). Улучшения нет. Ввиду отсутствия эффекта направлена в стационар.

1. Ваш диагноз? 2. Каковы причины данного заболевания? 3. Лабораторные и специальные методы диагностики в данном случае? 4. С каким заболеванием следует проводить дифференциальную диагностику? 5. Какова лечебная тактика? 6. Можно ли продолжать грудное кормление ребенка? 7. Какие средства могут применяться для прекращения лактации? 8. Назначьте антибактериальную терапию 9. Меры профилактики данного заболевания?

Ответы:

Диагноз: Острый лактационный мастит в стадии инфильтрата. Лечебная тактика: госпитализация, интенсивная антибиотикотерапия (ампициллин), ретромаммарная новокаиновая блокада, противовоспалительное лечение, активное сцеживание молока, сухое тепло, обезболивание: баралгин, анальгин. При абсцедировании - оперативное лечение: вскрытие мастита. С целью подавления лактации можно использовать препараты, подавляющие секрецию пролактина (бромокриптин, парлодел 5 мг 2 раза в день 5-7 дней).

5) Больной 36 лет обратился в поликлинику к хирургу с жалобами на боли в животе, больше в области правого мезогастрия, по вечерам отмечает подъем температуры до 37,5 °С. Из анамнеза установлено, что заболевание началось 6 суток назад с появления болевого синдрома в правой половине живота, в основном около пупка. Была тошнота, рвота. На третьи сутки боли уменьшились. За медицинской помощью не обращался, поскольку находился в командировке. За период болезни четыре раза был стул, дважды жидкий. Объективно; язык влажный, кожные покровы обычной окраски, пульс 80 в минуту, в легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Живот участвует в акте дыхания, мягкий. При пальпации в правой подвздошной области определяется образование до 10 см в диаметре, умеренно болезненное при пальпации, малоподвижное. Перитонеальных симптомов нет. Лейкоцитоз 9,0 тысяч, НБ - 140 г/л.

1. Ваш диагноз? 2. Дополнительные методы обследования для уточнения диагноза? 3. Какова дальнейшая тактика лечения? 4. Каков арсенал консервативной терапии? 5. Показания к операции? 6. Суть и объем операции? 7. Оптимальные сроки для выполнения операции в отдаленном периоде?

Ответы:

Диагноз: Аппендикулярный инфильтрат. Уточнить диагноз, особенно при подозрении на абсцедирование, поможет УЗИ. Тактика консервативно-выжидательная. При эффективности консервативного лечения больному рекомендуют плановую аппендэктомию через 6 месяцев после рассасывания инфильтрата. При абсцедировании инфильтрата - вскрытие и дренирование абсцесса. После выздоровления больного - плановая аппендэктомия.

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) Венозный тромбоз и ТЭЛА у терапевтических пациентов: как заподозрить и предупредить.
- 2) Острый коронарный синдром. Инвазивные и консервативные методы лечения.
- 3) Больной после ИМ: как предотвратить повторные катастрофы.
- 4) Перипортальная кардиопатия. Особенности лечения и прогноз.
- 5) Гендерные различия при сердечно-сосудистой патологии.

Продвинутый уровень:

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

- 1) Перспективы антитромботической терапии.
- 2) Тромбофилии, значение генетических мутаций в терапевтической клинике.
- 3) Тромболитическая терапия при остром инфаркте миокарда. Польза и риск.
- 4) Фибрилляция и трепетание предсердий, трудности курации.
- 5) Синдром Вольфа-Паркинсона-Уайта. Клиническое значение, особенности купирования пароксизмальных нарушений ритма.

Владеть навыками выполнения медицинских инвазивных манипуляций на основе имеющихся знаний

1) Мужчина 45 лет, болен в течение 4 суток, когда появились боли в желудке, которые затем локализовались справа. Беспокоят боли в правой подвздошной области, температура 37,2. При осмотре: Язык влажный. Живот не вздут, участвует в акте дыхания, мягкий, болезненный в правой подвздошной области. Перитонеальные симптомы неубедительны. В правой подвздошной области пальпируется опухолевидное образование 10x12 см, болезненное, малоподвижное. Стул регулярный. Лейкоцитоз - 12 тыс.

1. Ваш диагноз? 2. Этиология и патогенез данного заболевания? 3. С какой патологией следует провести дифференциальную патологию? 4. Дополнительные методы обследования? 5. Тактика лечения этого заболевания? 6. Лечение больного на этой стадии заболевания? 7. Возможные осложнения заболевания? 8. Показания к оперативному лечению, характер и объем операции?

Ответы:

1. Острый аппендицит, осложненный аппендикулярным инфильтратом. 2. Неспецифический воспалительный процесс, причиной которого является воспаление червеобразного отростка. Представляет конгломерат спаянных между собой вокруг деструктивно измененного червеобразного отростка петель тонкой и

толстой кишки, большого сальника, матки с придатками, мочевого пузыря, париетальной брюшины, отграничивающих проникновение инфекции в свободную брюшную полость. В его развитии выделяют две стадии - раннюю (формирования рыхлого инфильтрата) и позднюю (плотного инфильтрата). 3. Опухоли слепой и восходящей кишки, придатков матки, гидропиосальпинкс. 4. Лабораторная диагностика, ректальное и вагинальное исследование, УЗИ и КТ брюшной полости, ирригография (скопия), колоноскопия с биопсией. 5. В стадию плотного инфильтрата тактика консервативно - выжидательная, при его абсцедировании – срочное оперативное вмешательство. 6. Комплексное консервативное лечение, включая постельный режим, щадящую диету, в ранней фазе - холод на область инфильтрата, а после нормализации температуры физиолечение (УВЧ). Антибактериальная, противовоспалительная терапия, внутритазовая блокада по Школьникову, лечебные клизмы, иммуностимуляторы и т.д. 7. Абсцедирование, вскрытие абсцесса в свободную брюшную полость, перитонит, кишечная непроходимость, сепсис. 8. Абсцедирование аппендикулярного инфильтрата. Вскрытие абсцесса *внебрюшинным* доступом по Н. И. Пирогову. Внебрюшинное вскрытие позволяет избежать попадания гноя в свободную брюшную полость. После санирования гнойника в его полость подводят тампон и дренаж, рану ушивают до дренажей.

- 2) У кормящей женщины 24 лет через 2 недели после родов появились колющие боли в левой молочной железе. Железа увеличилась в объеме. На следующий день температура поднялась до 39 °С, появились головная боль, чувство разбитости, пропал аппетит, кормление левой грудью стало болезненным. При обследовании обнаружено, что левая железа увеличена в объеме, имеется лимфангоит. При пальпации железа диффузно болезненна, плотноватая, но ни локальных инфильтратов, ни участков флюктуации не определяется. Пульс 92 в минуту, ритмичный, артериальное давление 120/ 70 мм рт ст.

1. Ваш диагноз? 2. Классификация данного заболевания. 3. Лабораторные и специальные методы диагностики в данном случае? 4. Возможна ли консервативная тактика? 5. С каким заболеванием следует дифференцировать? 6. Можно ли продолжать кормление ребенка? 7. Какие средства применяются для прекращения лактации? 8. Назначьте антибактериальную терапию выпиской рецептов. 9. Каковы меры профилактики данного заболевания?

Ответы:

1. Острый лактационный мастит левой молочной железы в стадии инфильтрации. 2. 1) - острый – ретромаммарный; хронический – субареолярный; - премаммарный 2) - серозная форма – паренхиматозный; - инфильтративная – интерстициальный: - абсцедирующая 3. ОАК, ОАМ, СРБ, маммография, УЗИ молочной железы, пункционная биопсия (цитология, посевы на стерильность), 4. Консервативная тактика возможна. 5. Маститоподобная форма рака, туберкулез, актиномикоз. 6. Кормление грудью не прекращают. 7. Бромкрептин, парлоден. 8. Амоксиклав, Цефазолин 1,0 9. Тщательный уход за молочной железой, сцеживание молока.

3) Больной 30 лет находится в хирургическом отделении по поводу острого аппендицита в стадии аппендикулярного инфильтрата. На 3 сутки после госпитализации и на 7 сутки от начала заболевания боли внизу живота и особенно в правой подвздошной области усилились, температура приняла гектический характер. Объективно: Пульс 96 в минуту. Дыхание не затруднено. Живот правильной формы, резко болезненный при пальпации в

правой подвздошной области, где определяется положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Инфильтрат в правой подвздошной области несколько увеличился в размерах. Лейкоцитоз увеличился по сравнению с предыдущим анализом.

1. Сформулируйте клинический диагноз в данном случае? 2. Тактика лечения больного? 3. Характер, объем и особенности хирургического пособия при данной патологии? 4. Особенности ведения послеоперационного периода? 5. Рекомендации при выписке.

Ответы:

1. Основной: острый аппендицит. Осложнения: абсцедирующий аппендикулярный инфильтрат (периаппендикулярный абсцесс). 2. При абсцедировании инфильтрата показано оперативное вмешательство в срочном порядке. 3. Операция - вскрытие абсцесса *внебрюшинным* доступом по Н. И. Пирогову. Внебрюшинное вскрытие позволяет избежать попадания гноя в свободную брюшную полость. Червеобразный отросток не удаляется. После санирования гнойника в его полость подводят тампон и дренаж, рану ушивают до дренажей. В случае плотного прилегания абсцесса к передней брюшной стенке может использоваться доступ Волковича – Дьяконова или внебрюшинная пункционная санация и дренирование аппендикулярного абсцесса под контролем УЗИ. 4. Посев экссудата на микрофлору для подбора антибиотиков, полупостельный режим, диета ОВД 1, ежедневные перевязки с промыванием полости абсцесса растворами антисептиков и ферментных препаратов, последующее применение мазевых турунд с целью заживления вторичным натяжением. 5. Соблюдение диеты, ограничение физических нагрузок до 3х месяцев, госпитализация для плановой аппендэктомии через 6 месяцев.

4)_Больной 35 лет, поступил в хирургическое отделение с жалобами на боли в эпигастральной области, усиливающиеся после приема пищи, тошноту, временами рвоту, похудание. В анамнезе: год назад лечился по поводу тупой травмы живота, посттравматического панкреатита. Объективно: состояние удовлетворительное, пониженного питания, кожный покров и склеры обычного цвета, со стороны органов грудной полости без особенностей. Язык влажный, обложен. Живот не вздут, симметричный, равномерно участвует в акте дыхания. При пальпации в эпигастрии определяется эластическое неподвижное образование 10х6 см, без передаточной пульсации, аускультативно над ним шумов не определяется, желудок не увеличен. Определяется непостоянный шум плеска. Печень и селезенка не увеличены. Стул неустойчив. При фиброгастродуоденоскопии выполненной амбулаторно в желудке умеренное количество жидкости, гастрические изменения слизистой, фиброгастроскоп проходит в 12-перстную кишку, но в антральном отделе отмечается выбухание задней стенки.

1. Какой диагноз Вы поставите больному? 2. С какими заболеваниями необходимо произвести дифференциальный диагноз? 3. Какие дополнительные лабораторные и инструментальные методы исследования необходимо выполнить для подтверждения диагноза? 4. Какое лечение показано больному? 5. Показание к оперативному лечению и выбор характера вмешательства? 6. Прогноз относительно течения болезни?

Ответы:

1. Хронический кистозный панкреатит. Дуоденальная непроходимость 2. С опухолью поджелудочной железы, желудка. 3. Рентгенография желудка и грудной клетки, ФГДС, УЗИ, пункционная биопсия. 4. Консервативное (основные

направления лечения острого панкреатита), коррекция электролитного баланса и инкреторной недостаточности. Оперативное лечение зависит от степени сформированности кисты и осложнений: малоинвазивная (пункции, дренирование), паллиативные операции (марсупиализация, цистоеюностазия, цистогастроанастомоз), радикальная (энуклеация, резекция поджелудочной железы с кистой).

5) Женщина, 46 лет, 20 лет назад оперирована по поводу грыжи белой линии живота, 15 лет назад рецидив грыжи. В настоящее время при вертикальном положении больной отмечается выпячивание 10 x 8 см, не вправляющееся в брюшную полость. Периодически отмечает запоры. Предполагалась повторная операция, но больная отказывалась. Грыжевое выпячивание имеет тенденцию к увеличению, грыжевые ворота до 5 - 7 см в диаметре. Сегодня, ввиду ухудшения погоды и понижения атмосферного давления, появились боли в грыжевом выпячивании. Боли постоянные, усиливаются при движениях. В прошлом подобные боли имели место, особенно после физической нагрузки. Объективно: Язык влажный. Пульс 88 в минуту, ритмичный, удовлетворительных качеств. АД- 130/80 мм.рт.ст. Тошноты, рвоты нет. Больная обратилась к Вам на прием.

1. Ваш диагноз? 2. Классификация заболевания. 3. Дополнительные методы обследования? 4. С чем следует проводить дифференциальную диагностику? 5. Виды оперативного лечения. 6. Возможные осложнения послеоперационного периода и их профилактика.

Ответы:

1. Рецидивная невправимая грыжа белой линии живота. Копростаз. 2. Вправимая, невправимая, ущемленная; По локализации: пупочная, белой линии живота, спигелиевой линии, мечевидного отростка, поясничные, промежностные, седалищные. Осложненная, неосложненная. По размерам: малая, большая, гигантская. 3. Обзорная рентгенография брюшной полости, УЗИ 4. Ущемление, спаечная болезнь брюшной полости, спаечная кишечная непроходимость, невправимость 5. Методы герниопластики: - Фасциально-апоневротическая; - Мышечно-апоневротическая; - Мышечная; - Пластика с применением биологических (аллопластика) и синтетических (эксплантация) материалов (onlay, sublay, inlay). – Комбинированная 6. Послеоперационные осложнения: дыхательная недостаточность, ранняя спаечная кишечная непроходимость, нагноение, кровотечение в рану или брюшную полость, инфильтрат, лигатурные свищи. Профилактика: Оперативное лечение выполняют в плановом порядке после предоперационной подготовки, включающей профилактику возможных кардиореспираторных осложнений, связанных с одномоментным повышением внутрибрюшного давления после герниопластики. Грыжесечение дополняют разделением сращений, дефект брюшной стенки замещают различными видами ауто- или аллотрансплантатов. Наиболее часто применяют полипропиленовый сетчатый трансплантат. В зависимости от способа размещения эндопротеза различают методику герниопластики onlay (сетка подшивается на апоневроз) и sublay (трансплантат помещается под апоневроз в предбрюшинное пространство). При больших размерах грыжевых ворот показана ненатяжная пластика, когда дефект в апоневрозе замещается сетчатым трансплантатом в виде "заплаты" (методика inlay). При рецидивных грыжах в послеоперационном периоде назначаются антибактериальные препараты

ТЕМАТИКА РЕФЕРАТОВ

1. Тиреоидиты и струмиты. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика. Лечение консервативное и хирургическое.

2. Тиреоидит Хашимото. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика. Дифференциальный диагноз. Показания к медикаментозному и хирургическому лечению.
3. Тиреоидит Риделя. Клиника, диагностика, Дифференциальный диагноз. Хирургическое лечение.
4. Методы исследования больных с заболеванием молочной железы.
5. Острый гнойный мастит. Клиника, диагностика, лечение. Профилактика лактационного мастита.
6. Дифференциальная диагностика врожденных пороков сердца.
7. Приобретенные пороки сердца. Дифференциальная диагностика.
8. Травмы и ранения сердца.
9. Перикардиты. Дифференциальная диагностика. Методы обследования. Лечение. Показания к операции.
10. Дифференциальная диагностика аневризмы аорты.
11. Тромбозы системы нижней полой вены, ТЭЛА. Дифференциальная диагностика. Методы хирургического лечения, выбор хирургической коррекции.
12. Варикозная болезнь, тромбозы. Дифференциальная диагностика. Методы хирургического лечения, выбор хирургической коррекции. Исходы операций, реабилитация больных после операций.
13. Хронические окклюзионные заболевания периферических артерий. Острая артериальная непроходимость.
14. Острые и хронические нарушения мезентериального кровообращения. Дифференциальная диагностика.
15. Врожденный и приобретенный мегаколон у детей. Клиника. Диагностика. Показания к операции. Лечение. Реабилитация.
16. Основные виды мегаколона по этиологии.
17. Пороки развития желудочно-кишечного тракта у новорожденных. Клиника. Дифференциальная диагностика. Показания к хирургическому лечению.
18. Гнойные заболевания кожи у новорожденных. Лечение.
19. Гнойный мастит у новорожденных. Осложнения. Лечение.
20. Блефариты у новорожденных. Осложнения. Лечение.
21. «Двойная» антитромбоцитарная терапия. Польза и риск.
22. Возможности лабораторного контроля за антиагрегантной терапией.
23. Пересадка костного мозга у больных острым лейкозом. Показания и возможности.
24. Селезенка и болезни крови.
25. Перспективы антитромботической терапии.
26. Тромбофилии, значение генетических мутаций в терапевтической клинике.
27. Тромболитическая терапия при остром инфаркте миокарда. Польза и риск.
28. Фибрилляция и трепетание предсердий, трудности купирования.
29. Синдром Вольфа-Паркинсона-Уайта. Клиническое значение, особенности купирования пароксизмальных нарушений ритма.
30. Артериальная гипертензия у беременных. Трудности диагностики, особенности лечения.
31. Гормональнозаместительная терапия и сердечно-сосудистые заболевания у женщин.
32. Синдром обструктивного апноэ сна, возможности диагноза и лечения.
33. ГЭРБ: современные представления. Диагностика. Лечебные подходы.
34. Особенности лечения трудноизлечиваемых язв желудка и 12- перстной кишки.
35. Холестаз и перекрестный синдром. Трудности диагностики.
36. Клиника, диагностика аневризмы брюшной аорты. Когда заподозрить?
37. Ятрогенные поражения печени и почек в терапевтической практике.

38. Протеинурия как фактор прогрессирования поражения почек. Возможности нефропротекции.
39. Экстракорпоральные методы в лечении хронической почечной недостаточности.
40. Диагностика и лечение осложнений стероидной терапии у терапевтических больных.
41. Проблемы полиморбидности геронтологического пациента.
42. Новые биологические агенты в лечении ревматоидного артрита.
43. Артриты и заболевания желудочно-кишечного тракта.
44. Инфекционные артриты в практике интерниста.
45. Возможности диагностики системных заболеваний соединительной ткани.

ВОПРОСЫ ДЛЯ УСТНОГО ОПРОСА

1. Специальные методы исследования больных с заболеваниями органов дыхания.
2. Патологическое исследование мокроты.
3. Заболевание трахеи. Пороки развития.
4. Травматические повреждения трахеи, диагностика, лечение.
5. Рубцовые стенозы трахеи. Причины. Клиника, диагностика, современные методы лечения.
6. Спонтанный пневмоторакс. Причины, клиника, диагностика, лечение.
7. Тотальный и ограниченный пневмоторакс, клапанный и напряженный.
8. Острый и хронический абсцесс легкого. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика.
9. Консервативные методы лечения абсцесса легкого. Показания к операции и виды оперативных вмешательств. Реабилитация. Профилактика.
10. Пути проникновения инфекции в плевральную полость. Диагностика, консервативное и хирургическое лечение. Показания к дренированию плевральной полости.
11. Хроническая эмпиема плевры. Причины перехода острой эмпиемы в хроническую. Открытые и закрытые методы лечения.
12. Острый гнойный плеврит. Методы операции, показания к ним.
13. Бронхоэктатическая болезнь. Дифференциальная диагностика. Показания к хирургическому лечению.
14. Виды операций при бронхоэктатической болезни. Ведение послеоперационного периода.
15. Гангрена легкого. Причины развития, клиника, диагностика, лечение.
16. Медиастинит. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
17. Анатомо-физиологические сведения о щитовидной железе. Методы исследования больных.
18. Эндемический, sporadический зоб. Этиология, патогенез, признаки зобной эндемии. Показания к операции.
19. Тиреотоксикоз, патогенез, классификация по степени тяжести и стадии развития.
20. Венозный тромбоз и ТЭЛА у терапевтических пациентов: как заподозрить и предупредить.
21. Острый коронарный синдром. Инвазивные и консервативные методы лечения.
22. Больной после ИМ: как предотвратить повторные катастрофы.
23. Перипортальная кардиопатия. Особенности лечения и прогноз.
24. Гендерные различия при сердечно-сосудистой патологии.
25. Проблемы лечения больных с экстрасистолической аритмией.
26. Возможности диагностики синдрома слабости синусового узла.
27. Новые инотропные агенты в лечении хронической сердечной недостаточности.
28. Определение показаний к кардиостимуляции. Методика и практика.
29. Возможности хирургического лечения аритмий.

30. Метаболический синдром как междисциплинарная проблема.
31. Кардиоваскулярные аспекты антифосфолипидного синдрома.
32. Тактика ведения беременных с пороками сердца в условиях амбулаторно-поликлинической практики.
33. Особенности ведения беременных с аритмиями.
34. Роль ингибиторов АПФ в улучшении прогноза у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями.
35. Кортикостероиды и антикоагулянты в лечении больного тяжелой пневмонией и сепсисом.
36. Эволюция представлений о ХОБЛ.
37. Возможность сочетания бронхиальной астмы и ХОБЛ.
38. Диагностика и лечение заболеваний легких у беременных.
39. Безопасность современных методов исследований у беременных, определение показаний.
40. Боль: практический подход к лечению и выбору препарата.

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) Кисты и свищи поджелудочной железы. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
- 2) Перикардиты. Классификация, этиология, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
- 3) Неспецифический язвенный колит. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
- 4) Ваготомия в хирургии язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. Постваготомные синдромы. Клиника. Диагностика, лечение.
- 5) Постхолецистэктомический синдром. Определение понятия. Причины, клиника, диагностика, лечение.

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) Спорадический зоб. Классификация. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
- 2) Полипоз ободочной кишки. Классификация. Клиника, диагностика, лечебная тактика.
- 3) Расслаивающая аневризма аорты. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
- 4) Доброкачественные опухоли молочной железы. Клиника, диагностика, лечение.
- 5) Эхинококкоз печени. Этиология, клиника, диагностика, лечение.

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) Острый гнойный мастит. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
- 2) Ишемическая болезнь сердца. Клиника, диагностика, хирургическое лечение. Показания к операции.
- 3) Инородные тела пищевода. Клиника, диагностика, лечебная тактика.
- 4) Врожденные пороки "синего типа". Тетрада Фалло. Клиника, диагностика, лечение.
- 5) Острый гнойный плеврит. Этиология, клиника, диагностика, лечение.

ВОПРОСЫ ТЕСТИРОВАНИЯ

1. Острый аппендицит и его осложнения

1. Какой метод наиболее информативен в диагностике острого аппендицита:

1. Колоноскопия
2. Пункция через задний свод влагалища
- 3.
- +УЗИ
4. Ректальноисследование
5. Лапароскопия

2. Противопоказанием к экстренной аппендэктомии является:

- 1.
- +Аппендикулярный инфильтрат
- Инфаркт миокарда
2. Вторая половина беременности
3. Геморрагический диатез
4. Распространенный перитонит

3. Для острого аппендицита не характерен симптом:

1. Ровзинга
2. Воскресенского
- 3.
- +Мерфи
4. Образцова
5. Бартомье-Михельсона

4. Симптомами аппендикулярного инфильтрата являются все, кроме:

1. Субфебрильной температуры
2. Симптома Ровзинга
- 3.
- +Профузных поносов
4. Лейкоцитоза
5. Пальпируемого опухолевидного образования в правой подвздошной области

5. При распространенном гнойном перитоните аппендикулярного происхождения применяются:

1. Срединная лапаротомия
2. Аппендэктомия
3. Промывание брюшной полости
4. Дренирование брюшной полости
- 5.
- +Все перечисленное

6. Вы оперируете больного по поводу острого аппендицита. При вскрытии брюшной полости выявлен острый флегмонозный аппендицит, купол слепой кишки не изменен. Выберите наиболее рациональный способ обработки культи червеобразного отростка при выполнении аппендэктомии.

1. Перевязка кетгутовой лигатурой без погружения культи в кисетный шов.

- 2.
- +Перевязка кетгутовой лигатурой с последующим погружением культы в кисетный и z-образный швы.
3. Целесообразно применение «лигатурного^а» способа обработки культы от-
ростка.
4. Погружение культы в кисетный шов без предварительной перевязки.
5. Погружение не перевязанной культы отдельными узловыми швами.
- 7. При осмотре больного Вы установили диагноз «острый аппендицит^а,
перитонеальных симптомов нет. Для выполнения аппендэктомии опти-
мальным доступом будет:**
 1. Доступ по Федорову.
 2. Доступ по Пфаненштилю.
 3. Нижнесрединная лапаротомия.
 - 4.
 - +Доступ Волковича-Дьяконова.
 5. Доступ Пирогова
- 8. Развитие патологического процесса при остром аппендиците начина-
ется:**
 1. С серозного покрова.
 - 2.
 - +Со слизистой червеобразного отростка.
 3. С мышечного слоя червеобразного отростка.
 4. С купола слепой кишки.
 5. С лимфатических узлов илеоцекальной области.
- 9. Дивертикул Меккеля возникает: а. На тощей кишке. б. На подвздошной
кишке. в. На восходящем отделе ободочной кишки. г. Как следствие неза-
ращения влагалищного отростка брюшины. д. Вследствие незаращения
желточного протока. Выберите лучшую комбинацию ответов:**
 1. а,д.
 2. б,г.
 3. в,д.
 - 4.+ б,д
 5. г,д.
- 10. При остром аппендиците можно наблюдать следующие симптомы: а.
Щеткина-Блюмберга. б. Воскресенского. в. Мейо-Робсона. г. Ровзинга.
д. Ситковского. Выберите лучшую комбинацию ответов:**
 1. Все ответы правильные.
 2. б,в.
 3. в,г,д.
 4. а,в,г,д,
 - 5.+ а,б,г,д.
- 11.Первичный гангренозный аппендицит развивается вследствие:**
 1. Тромбоза нижней брыжеечной артерии.
 2. Стеноза устья подвздошно-ободочной артерии.
 3. Неспецифического артериита висцеральных ветвей аорты.
 4. Участия в воспалительном процессе бактериальной инфекции.
 - 5.
 - +Тромбоз артерии червеобразного отростка.
- 12. На амбулаторном приеме Вы заподозрили у больной острый катараль-
ный аппендицит. Что целесообразно предпринять?**
 - 1.
 - +Экстренно госпитализировать больную в хирургический стационар.
 2. Назначить спазмолитики и повторно осмотреть больную через 4-6 часов.
 3. На следующее утро проконтролировать динамику температуры тела и
лейкоцитов в крови.
 4. Назначить антибактериальную терапию и повторно осмотреть больную на
следующий день.
 5. Наблюдать больную амбулаторно и госпитализировать при ухудшении
состояния.

13. Для перфоративного аппендицита характерно сочетание следующих признаков: а. Наличие свободного газа в брюшной полости. б. Снижение объема циркулирующей крови. в. Внезапное усиление болей в животе. г. Напряжение мышц передней брюшной стенки. д. Положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Выберите лучшую комбинацию ответов:

1. а,в,г
2. б,г,д.
- 3.
- +в,г,д.
4. а,г,д.
5. Только в.

14. Для дифференциальной диагностики острого аппендицита и правосторонней почечной колики Вы предпримете: а. Введение спазмолитиков. б. Введение наркотических обезболивающих препаратов. в. Срочное исследование мочи. г. Экскреторную урографию или хромоцистоскопию. д. Ангиграфию почечных артерий. Выберите лучшую комбинацию ответов:

1. а,б,в.
2. б,в,г.
- 3.
- +а,в,г.
4. в,г,д.
5. Все верно.

15. При проведении дифференциального диагноза между острым холециститом и острым аппендицитом с высоким расположением червеобразного отростка в первую очередь необходимо выполнить:

1. Обзорную рентгенографию брюшной полости.
- 2.
- +УЗИ органов брюшной полости.
3. Пероральную холецистографию.
4. Лапароцентез.
5. Лапароскопию.

16. Операция аппендэктомии у больного острым аппендицитом противопоказана при:

1. Двухсторонней плевропневмонии.
2. Остром инфаркте миокарда.
3. Беременности 36-40 недель.
- 4.
- +Аппендикулярном инфильтрате.
5. Гемофилии.

17.Симптом Кохера-Волковича - это:

1. Усиление болей в правой подвздошной области при нанесении толчков в левой подвздошной области.
2. Усиление болей в правой подвздошной области при напряжении правой подвздошно-поясничной мышцы.
3. Появление болей в эпигастральной области.
4. Усиление болей в правой подвздошной области при повороте больного на левый бок.
- 5.

+Перемещение болей из эпигастральной области или верхних отделов живота в правую подвздошную область.

18. Симптом Образцова характерен для:

1. Острого аппендицита при тазовом расположении червеобразного отростка.
2. Острого аппендицита при подпеченочном расположении червеобразного отростка.
3. Эмпиемы червеобразного отростка.
4. Воспаления дивертикула Меккеля.
- 5.

+Острого
аппендицита

при
ретроцекальном
расположении
червеобразного отростка.

19. Экстренная операция не показана при следующей патологии: а. Острый гангренозный аппендицит. б. Острый катаральный аппендицит. в. Аппендикулярный инфильтрат. г. Прикрытая перфорация дуоденальной язвы с давностью заболевания свыше 72 часа без явлений перитонита. д. Острый панкреатит отечной формы. Правильным будет:

- 1.
- +в,г,д.
2. б,в,г.
3. б,г,д.
4. в,д.
5. Только д.

20. При дифференциальной диагностике острого аппендицита и прикрытой прободной язвы двенадцатиперстной кишки следует применить: а.Гастродуоденоскопию. б. Обзорную рентгенографию брюшной полости. в. Ультрасонографию брюшной полости. г. Лапароскопию. д. Рентгеноскопию желудка с сульфатом бария. Отметьте лучшую комбинацию ответов:

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

21. При осмотре больного в поликлинике врач на основании клинической картины заболевания установил диагноз - «острый аппендицит^а, диагноз сомнений не вызывал. Через 3 часа при осмотре в хирургическом отделении субъективно состояние больного улучшилось, самостоятельные боли в правой подвздошной области не беспокоят, но все остальные признаки острого аппендицита сохраняются. Почему уменьшились боли?

1. Диагноз был установлен неверно, следует предположить наличие другого заболевания.
2. Произошла перфорация червеобразного отростка в свободную брюшную полость.
3. Уменьшение болей является следствием регрессии деструктивного процесса в червеобразном отростке.
4. Формируется аппендикулярный инфильтрат.
- 5.

+Следует предположить наличие гангренозной формы острого аппендицита.

22. При остром аппендиците наблюдаются симптомы: а. Щеткина-Блюмберга. б. Бартомье-Михельсона. в. Кохера-Волковича. г. Ровзинга. д. Мэрфи. Выберите правильное сочетание ответов:

1. а,б,г,д.
2. +а,б,в,г.
3. в,г.
4. в,д.
5. Все ответы правильные.

23. Операцию по поводу острого аппендицита следует выполнить в условиях местной анестезии в следующем случае:

- 1.
- +Больной с ранним сроком беременности, страдающей бронхиальной астмой.
2. При осложнении острого аппендицита разлитым перитонитом.
3. Больным от 14 до 16 лет.
4. При подозрении на ретроцекальное расположение червеобразного

отростка.

5. Больному старческого возраста с типичней картиной неосложненного острого аппендицита.

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

1. Нижнесрединная лапаротомия.

2.

+Разрез Волковича-Дьяконова.

3. Правосторонний параректальный доступ.

4. Правосторонний трансректальный разрез.

5. Поперечная лапаротомия над лоном.

25. Лигатурный способ аппендэктомии применяется в следующих случаях:

1. При катаральном аппендиците.

2.

+У детей в возрасте до 10 лет.

3. У больных пожилого и старческого возраста.

4. У больных с атипичным расположением червеобразного отростка.

5. У женщин с малым сроком беременности.

26. Наиболее информативным методом в дифференциальной диагностике острого аппендицита и нарушенной внематочной беременности является:

1. Исследование лейкоцитоза в периферической крови.

2. Кожная термометрия.

3. Обзорная рентгенография органов брюшной полости.

4. Ректальное и вагинальное исследование.

5.

+Пункция заднего свода влагалища.

27. Оперативное вмешательство при остром аппендиците противопоказано в случае:

1.

+Образования аппендикулярного инфильтрата.

2. Беременности 36-38 недель.

3. Декомпенсированного порока сердца.

4. Острого инфаркта миокарда.

5. Все перечисленное неверно.

28. У больного 76 лет, с трансмуральным инфарктом миокарда, диагностирован острый аппендицит. Ваши действия?

1.

+Экстренная операция.

2. Наблюдение и операция при появлении симптомов перитонита.

3. Назначение массивных доз антибиотиков и операция при неэффективности антибиотикотерапии.

4. Произвести лапароскопию, при подтверждении диагноза

-

операция.

5. Все ответы неверны.

29. При остром катаральном аппендиците проводят следующие мероприятия:

1. Производят дренирование брюшной полости

2. Производят аппендэктомию.

3. Производят аппендэктомию и дренирование брюшной полости.

4.

+Производят аппендэктомию после исключения патологии терминального отдела подвздошной кишки и органов малого таза.

5. Выполняют дополнительный разрез - срединную лапаротомию.

30. Для острого аппендицита не характерен симптом:

1. Ровзинга.

2. Воскресенского.

3.

+Мерфи.

4. Образцова.
5. Бартомье-Михельсона.

31.

Острый аппендицит следует дифференцировать со

всеми

перечисленными заболеваниями, кроме:

- 1.
- +гломерулонефрита;
2. острого панкреатита;
3. острого аднексита;
4. острого гастроэнтерита;
5. правосторонней почечной колики.

32. Клинически острый аппендицит может быть принят за:

1. сальпингит;
2. острый холецистит;
3. дивертикул Меккеля;
4. внематочную беременность;
- 5.

+любую другую из этих видов патологии.

33. Первично-гангренозный аппендицит чаще всего встречается у:

1. детей;
2. лиц с тяжелой травмой;
3. мужчин;
4. женщин;
- 5.

+у лиц пожилого и старческого возраста.

34. Острый аппендицит у детей отличается от такового у взрослых всем кроме:

1. схваткообразного характера боли, поноса, многократной рвоты;
2. быстрого развития разлитого перитонита;
3. высокой температуры;
4. выраженной интоксикации;
- 5.

+резкого напряжения мышц в правой подвздошной области.

35. При операции по поводу острого аппендицита у лиц пожилого возраста целесообразно применение:

1. эндотрахеального наркоза;
2. внутривенного наркоза;
- 3.
- +местной анестезии;
4. перидуральной анестезии;
5. спинномозговой анестезии.

36. Для перфоративного аппендицита характерно:

1. симптом Раздольского;
2. нарастание клинической картины перитонита;
3. внезапное усиление болей в животе;
4. напряжение мышц передней брюшной стенки;
- 5.

+все перечисленное.

37. Для диагностики острого аппендицита не применяют :

1. пальпацию брюшной стенки;
2. клинический анализ крови;
3. пальцевое ректальное исследование;
- 4.

+ирригоскопию;

5. влагалищное исследование.

38. Противопоказанием к экстренной аппендэктомии является :

- 1.

- +аппендикулярный инфильтрат;
- 2. инфаркт миокарда;
- 3. вторая половина беременности;
- 4. геморрагический диатез;
- 5. разлитой перитонит.

39. Оптимальная длина кожного разреза при аппендэктомии у взрослого человека составляет:

- 1.
- 2,5 см;
- 2.
- 4 см;
- 3.
- 6 см;
- 4.
- 8 см;
- 5.
- +10 - 12 см.

40. Промывание брюшной полости показано при:

- 1. установленном диагнозе аппендикулярного инфильтрата;
- 2. аппендикулярном абсцессе;
- 3. гангренозном аппендиците и местном отграниченном перитоните;
- 4. воспалении лимфоузлов брыжейки тонкой кишки;
- 5.
- +разлитом перитоните.

41. Типичными осложнениями острого аппендицита являются все, кроме:

- 1. аппендикулярного инфильтрата;
- 2. парааппендикулярного абсцесса;
- 3. местного перитонита;
- 4. разлитого перитонита;
- 5.
- +воспаление дивертикула Меккеля.

42. Абсцесс дугласова пространства после аппендэктомии характеризуется всеми признаками, кроме:

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

43. Симптомами аппендикулярного инфильтрата являются все, кроме:

- 1. субфебрильной температуры;
- 2. симптома Ровзинга;
- 3.
- +профузных поносов;
- 4. лейкоцитоза;
- 5. пальпируемого опухолевидного образования в правой подвздошной области.

44. Важнейшим в диагностике абсцесса дугласова пространства является:

- 1. ректороманоскопия;
- 2. лапароскопия;
- 3. перкуссия и аускультация живота;
- 4.
- +пальцевое исследование прямой кишки;
- 5. рентгеноскопия брюшной полости.

45. Развитие патологического процесса при остром аппендиците начинается с:

- 1. серозного покрова черв. отростка;
- 2.
- +слизистой червеобразного отростка;

3. мышечного слоя отростка;
4. купола слепой кишки;
5. терминального отдела тонкой кишки.

2. Наружные грыжи живота и их осложнения.

46.

Что проходит в паховом канале у мужчин:

- 1.
- +Семенной канатик
2. Бедренная артерия
3. Круглая связка
4. Подвздошно-паховый нерв
5. Бедренная вена

47. При ущемленной абдоминальной грыже независимо от состояния больного показано:

1. Спазмолитики и теплая ванна
2. Наблюдение
3. Антибиотики и строгий постельный режим
4. Обзорная рентгенография брюшной полости
- 5.
- +Экстренная операция

48. Участвует ли поперечная фасция в создании стенки пахового канала и какой:

1. Не участвует
2. Передней
- 3.
- +Задней
4. Верхней
5. Нижней

49. Для послеоперационной вентральной грыжи характерно:

1. Частая невраправимость
2. Широкие грыжевые ворота
3. Плотные края грыжевых ворот
4. Склонность к ущемлению
- 5.
- +Отсутствие тенденции к увеличению

50. Какой признак отличает наружную грыжу живота от эвентрации:

- 1.
- +грыжевое содержимое покрыто париетальной брюшиной
2. грыжевое содержимое покрыто большим сальником и разволокненным апоневрозом
3. грыжевое содержимое свободно вправляется в брюшную полость
4. положительный симптом «кашлевого толчка»^а
5. содержимое брюшной полости покрыто кожей.

51. К Рихтеровскому ущемлению относится:

1. Ущемление кишки в области дуоденоюнального перехода.
2. Ущемление перекрученной сигмовидной кишки.
3. Ущемление желудка в диафрагмальной грыже.
- 4.
- +Пристеночное ущемление кишки.
5. Ущемление Меккелева дивертикула.

52.

Больному с грыжей белой линии живота производят рентгеноскопию желудка или гастроскопию с целью: а. Определения характера органа в грыжевом мешке. б. Выявления размеров грыжевых ворот. в. Выявления предбрюшинной липомы. г. Выявления сопутствующей патологии желудка. Правильным будет:

1. а,б.
- 2.
- +г.

3. в.

4. а.

5. Это исследование излишне.

53. Грыжевым мешком врожденной паховой грыжи является:

1. Париегальная брюшина.

2. Брыжейка кишки.

3.

+Влагалищный отросток брюшины.

4. Висцеральная брюшина.

5. Поперечная фасция и предбрюшинная жировая клетчатка.

54. При формулировке диагноза: "...у больного клиническая картина прямой вправимой врожденной пахово-мошоночной грыжи..." врач допустил следующие неточности: а. Прямая грыжа не бывает врожденной. б. Прямая грыжа не может спускаться в мошонку. в. Прямая грыжа не ущемляется. г. Вправимая грыжа не бывает врожденной. д. Пахово-мошоночная грыжа не бывает вправимой. Выберите правильную комбинацию ответов:

1. а,в,г.

2. а,б.

3. а,г,д.

4. б,в.

5.

+Все ответы неправильные.

55. Характерными признаками косой паховой грыжи являются: а. Грыжевой мешок находится в толще семенного канатика. б. Грыжевой мешок расположен кнутри от семенного канатика. в. Грыжа часто бывает двухсторонней. г. Грыжа может спускаться в мошонку. д. Грыжа может быть врожденной. Выберите правильную комбинацию ответов:

1. а,в

2. б,г.

3. б,в.

4.

+а,г,д.

5. б,в,д.

56. Выберите способы пластики грыжевых ворот, применяемых при бедренной грыже: а. Мейо. б. Руджи-Парлавеччио. в. Бассини. г. Мартынова. д. Постемпского. Выберите правильное сочетание ответов:

1.

+б,в.

2. б,г.

3. в,г.

4. г,д.

5. б,д.

57. У больного с инфарктом миокарда 12 часов назад произошло ущемление паховой грыжи. Что следует предпринять?

1. Показано вправление грыжи после введения спазмолитиков и наркотических обезболивающих препаратов.

2. Тактика зависит от локализации инфаркта.

3.

+Экстренная операция.

4. Операция при развитии перитонита.

5. Операция при развитии флегмоны грыжевого мешка.

58. Укажите признаки ущемленной грыжи: а. Можно определить размеры грыжевых ворот. б. Резкие боли в области грыжевого выпячивания. в. Невправимость грыжи. г. Плотная консистенция грыжевого выпячивания. д. Положительный симптом "кашлевого толчка". Выберите правильную комбинацию ответов:

1. а,б,в.

2. б,в,д.

3.

+б,в,г.

4. а,г,д.

5. а,в.

59. Грыжи белой линии живота обычно располагаются выше пупка вследствие:

1. Особенности кровообращения и иннервации;

2. Апоневрозы мышц передней брюшной стенки и поперечная фасция выше

3. пупка образуют футляры прямых мышц, отделяя последние друг от друга;

4.

+Наличия дефектов в белой линии живота;

5. Разности давления в верхнем и нижнем отделах брюшной полости;

6. В силу анатомической слабости прямых мышц.

60. Для выделения грыжевого мешка при прямой паховой грыже необходимо: а. Рассечь апоневроз наружной косой мышцы живота. б. Рассечь поперечную фасцию. в. Выделить грыжевой мешок из элементов семенного канатика. г. Рассечь мышцу, поднимающую, яичко. д. Отделить грыжевой мешок от яичка. Правильным будет:

1.

+а,б.

2. а,г.

3. б,в.

4. б,г,д.

5. в,г,д.

61. Операция по методу Бассини при косой паховой грыже состоит из следующих этапов: а. Вскрытие апоневроза наружной косой мышцы живота. б. Сужение внутреннего пахового кольца, пластика задней стенки пахового канала. в. Формирование дубликатуры апоневроза наружной косой мышцы живота. г. Перемещение семенного канатика под кожу. д. Грыжевой мешок не иссекается, только прошивается у шейки. Выберите правильную комбинацию ответов:

1. а,в,д.

2. б,г.

3.

+а,б.

4. а,в.

5. а,б,в,г.

62. Производящими факторами в развитии наружных брюшных грыж являются: а. Пожилой возраст больных. б. Прогрессирующее похудание. в. Особенности анатомического строения брюшной стенки. г. Заболевания, повышающие внутрибрюшное давление. д. Тяжелая физическая работа. Выберите правильное сочетание ответов:

1. а,б,в.

2. а,в,г.

3.

+г,д.

4. а,в.

5. а,г.

63. У больного 60 лет, страдающего аденомой предстательной железы, обнаружена прямая паховая грыжа. Количество остаточной мочи - 100 мл. Ваши рекомендации?

1. Направить на операцию грыжесечения;

2.

+Операцию грыжесечения рекомендовать после аденомэктомии;

3. Показано только консервативное лечение;

4. Рекомендовать операцию грыжесечения, а затем аденомэктомию;

5. Все ответы правильные.

64. У больного с ущемленной паховой грыжей при транспортировке в хирургическое отделение произошло самопроизвольное вправление грыжевого содержимого. Ваша дальнейшая тактика?

1. Экстренная операция;
 2. Отказаться в госпитализации, операция в плановом порядке;
 3. Экстренная лапароскопия;
 - 4.
- +Показано динамическое наблюдение за больным в стационаре;

65. Скользящая грыжа - это:

1. Когда грыжевое содержимое проходит через лакунарную связку;
 2. Когда содержимым грыжевого мешка является Меккелев дивертикул;
 - 3.
- +Когда одной из стенок грыжевого мешка является мочевого пузырь;
4. Когда содержимым грыжевого мешка является червеобразный отросток;
 5. Всё перечисленное неверно.

66. Операция при ущемленной паховой грыже состоит в следующем: а.

Операция проводится под эндотрахеальным наркозом. б. Кожный разрез проводится параллельно и несколько выше пупартовой связки. в. Одним из первых этапов операции является рассечение грыжевых ворот, а затем вскрывается грыжевой мешок. г. Одним из первых этапов операции является вскрытие грыжевого мешка, а затем рассекают наружное паховое кольцо. д. Первоначально производят срединную лапаротомию. Укажите правильное сочетание ответов:

1. а,в.
 2. б,в.
 3. а,г.
 - 4.
- +б,г.
5. Всё вышеперечисленное неверно.

67. Пластика пахового канала по Бассини при прямой паховой грыже заключается в: а. Фиксации краев внутренней косой и поперечной мышц с поперечной фасцией к паховой связке позади семенного канатика. б. Перевязке семенного канатика двумя лигатурами без перевязки его сосудов. в. Фиксации влагалища прямой мышцы к паховой связке в области лонного бугорка. г. Дубликатура апоневроза наружной косой мышцы создается позади семенного канатика. д. Апоневроз наружной косой мышцы сшивается впереди семенного канатика. Выберите правильную комбинацию ответов:

1. а,б.
 2. а,б,в.
 - 3.
- +а,в,д.
4. б,г.
 5. Всё неверно.

68. В бедренный треугольник входят следующие анатомические образования: а. Пупартова связка. б. Лакунарная связка. в. Куперова связка. г. Гребешковая связка. д. Мышечная, сосудистая и лимфатическая лакуны. Выберите правильную комбинацию ответов:

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

69. Грыжа, при которой ущемляется только часть стенки кишки, называется:

1. Грыжа Клоке.
 - 2.
- +Рихтера.
3. Литтре.
 4. Гессельбаха.
 5. Ланжье.

70. Выберите основной признак скользящей грыжи:

1. Выходит в поясничной области;
2. Выходит между мышцами;
- 3.

+Одной из стенок грыжевого мешка является мезоперитонеальный орган.

4. Выходит через лакунарную связку;
5. Стенкой грыжевого мешка является париетальная брюшина.

71. При косой паховой грыже целесообразно производить пластику пахового канала по методу: а. Сапежко. б. Мейо. в. Бассини-Постемпского. г. Жирара-Спасокукоцкого. д. Бассини. Укажите правильное сочетание ответов:

1. а,в.
2. б,г.
3. в,г.
- 4.

+в,д.

5. г.

72. Ущемленную бедренную грыжу нужно дифференцировать от следующих заболеваний: а. Паховый лимфаденит. б. Бедренный лимфаденит. в. Холодный туберкулезный натечный абсцесс. г. Ущемленная паховая грыжа. д. Тромбофлебит варикозного узла в области устья большой подкожной вены бедра. Укажите лучшее сочетание ответов:

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

+Все ответы правильные.

73. Во время операции по поводу ущемленной грыжи при вскрытии грыжевого мешка содержимого в нем не обнаружено. Стенка мешка отёчна, гиперемирована. В нём 40 мл воспалительного экссудата. Укажите вид ущемления:

1. Пристеночное;
2. Грыжа Литтре;
- 3.

+Ложное ущемление;

4. Ретроградное ущемление;
5. Грыжа Рихтера.

74. При определении жизнеспособности ущемленной петли кишки следует ориентироваться на: а. Цвет кишки; б. Наличие перистальтики; в. Пульсацию сосудов брыжейки; г. Наличие выпота в брюшной полости; д. Наличие странгуляционных борозд. Выберите правильное сочетание ответов:

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

+а,б,в.

75. В этиологии наружных брюшных грыж имеет значение:

1. Слабость мышечно-апоневротических образований брюшной стенки;
2. Наличие естественных слабых мест брюшной стенки;
3. Количество родов в анамнезе;
4. Тяжелая физическая работа;
- 5.

+Все перечисленные факторы.

76. Больной поступил в клинику с жалобами на боли в грудной клетке слева, одышку, усиливающуюся после приема пищи и при физической нагрузке, а также в положении лежа, тошноту и периодически рвоту,

приносящую облегчение. В анамнезе обнаружен автотравма 10 дней назад. При рентгенографии грудной клетки над диафрагмой – газовый пузырь с уровнем жидкости. Ваш диагноз?

1. левосторонняя абсцедирующая пневмония;
2. стенокардия;
3. скользящая грыжа пищеводно-го отверстия диафрагмы;
4. гемоторакс слева;
- 5.

+травматическая грыжа диафрагмы слева.

77. Больная 54 лет. Жалоб нет. При диспансерном рентгенологическом обследовании желудка обнаружено округлое просветление с уровнем жидкости в заднем средостении, а после приема контраста выявлено расположение кардии выше диафрагмы. Какое заболевание можно заподозрить у больной?

1. рак кардиального отдела желудка;
2. релаксация диафрагмы;
- 3.

+скользящая грыжа пищеводного отверстия диа-фрагмы;

4. ретростерральная грыжа Лоррея;
5. фиксированная паразофагеальная грыжа.

78. Больного 40 лет беспокоят боли за грудиной в области мечевидного отростка, иррадиирующие в лопатку, отрыжка, изжога. Симптомы усиливались при наклоне туловища вперед. У больного заподозрена скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Какие из перечисленных методов диагностики необходимы для подтверждения и уточнения диагноза? а) эзофагогастроскопия; б) рентгеновское исследование желудка в положении Тренделенбурга; в) ретроградная панкреатикохолангиография; г) пищеводная иономанометрия; д) внутрижелудочная рН-метрия. Выберите правильную комбинацию ответов:

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

79. Осложнением какого из перечисленных заболеваний является эрозивно-язвенный эзофагит?

1. рака желудка;
2. язвенной болезни 12-перстной кишки;
3. кардиоспазма;
- 4.

+скользящей грыжи пищеводного отверстия диафрагмы;

5. хронического гастрита.

80. Какие из перечисленных факторов являются показаниями для хирургического лечения грыж пищеводного отверстия диафрагмы? а) неэффективность консервативного лечения; б) развитие воспалительных стриктур пищевода; в) частые кровотечения из пищевода; г) скользящие грыжи пищеводного отверстия диафрагмы без осложнений; д) врожденный короткий пищевод. Выберите правильную комбинацию ответов:

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

+а, б, в, д.

81. У больного 78 лет при обследовании обнаружена скользящая грыжа

пищеводного отверстия диафрагмы. При рН-метрии выявлен кислый гастро-эзофагеальный рефлюкс, с которым связана клиническая симптоматика. Какие из перечисленных методов лечения следует рекомендовать больному? а) частый прием пищи небольшими порциями; б) возвышенное положение головы во время сна; в) прием антацидов; г) прием препаратов, стимулирующих секрецию желудка; д) вертикальное положение тела после еды. Выберите правильную комбинацию ответов:

1. а, г, д.

2. б, в, г.

3. в, г, д.

4. а, в, г.

5.

+а, б, в, д.

82. При каких условиях рентгенологически выявляются скользящие грыжи пищеводного отверстия диафрагмы?

1. в положении стоя;

2. в полусидячем положении;

3.

+в положении Тренделенбурга;

4. искусственной гипотонии 12-перстной кишки;

5. в положении на боку.

83. Какой метод исследования является наименее информативным в диагностике грыжи пищеводного отверстия диафрагмы?

1. УЗИ;

2.

+внутрипищеводная рН-метрия;

3. эзофагоманометрия;

4. рентгеноскопия пищевода и желудка в положении Тренделенбурга;

5. эзофагогастродуоденоскопия.

84. Укажите симптомы, чаще всего встречающиеся при скользящих грыжах пищеводного отверстия диафрагмы: а) изжога; б) боль за грудиной; в) мелена; г) кишечная непроходимость; д) рвота. Выберите правильную комбинацию ответов:

1.

+а, б.

2.

б, в.

3.

в, г.

4.

г, д.

5.

а, д.

85. У больной 50 лет внезапно возникла острая дисфагия, сопровождающаяся резкой болью за грудиной. Какова возможная причина? а) межреберная невралгия; б) стенокардия; в) ущемленная параэзофагеальная грыжа; г) рефлюкс-эзофагит; д) грыжа Лоррея.

1. а.

2. б.

3.

+в.

4. г.

5. д.

86. У больной отмечаются изжога и жгучие боли за грудиной, боли в левом подреберье, иррадирующие в области сердца и в левую лопатку. Чаще они возникают при наклоне вперед после еды. При рентгенологическом исследовании: пищевод не расширен, укорочен, выпрямлен, барий из него поступает в полушаровидный газовый пузырь с тонкими стенками, расположенный над диафрагмой, а затем заполняет вытянутый желудок с

грубыми складками. Ваше заключение?

1. ахалазия пищевода;
2. диафрагмальная грыжа Богдалека;
3. рак пищевода с переходом в желудок;
- 4.
- +скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы;
5. параэзофагеальная грыжа пищеводного отверстия.

87. Больная

36 лет отмечает появление загрудинных болей, которые иррадиируют в левую половину грудной клетки и сопровождаются затрудненным прохождением пищи по пищеводу. ЭКГ: снижение зубца Т, незначительные диффузные изменения миокарда, ритм синусовый. При рентгенологическом исследовании: пищевод и кардия желудка без особенностей, газовый пузырь желудка в виде "песочных часов", часть его располагается над уровнем диафрагмы. Каков Ваш диагноз?

1. диафрагмальная грыжа Лоррея-Морганьи;
2. диафрагмальная грыжа Богдалека;
- 3.
- +параэзофагеальная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы;
4. субтотальная скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы;
5. релаксация левого купола диафрагмы.

88. У больного отмечаются изжоги и постоянные боли за грудиной. При наклоне после приема пищи возникает срыгивание. По данным рентгенологического исследования: скользящая кардиофундальная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы с расположением кардии и дна желудка на 8 см выше диафрагмы и укорочением пищевода. При эзофагоскопии выявлены признаки рефлюкс-эзофагита. Какую лечебную тактику Вы выберете для этого больного?

1. консервативное лечение в поликлинике по месту жительства;
2. консервативное лечение в терапевтическом стационаре;
3. консервативное лечение в хирургическом стационаре;
- 4.
- +операция в хирургическом стационаре;
5. стационарно-курортное лечение в сочетании с длительным употреблением минеральной воды "Джержук".

89. Больная 43 лет жалуется на боли за грудиной и чувство жжения, которые усиливаются после обильной еды, употребления газированной воды и в положении лежа. В положении стоя боли и жжение уменьшаются. При анализе крови обнаружена умеренная гипохромная анемия. О каком заболевании может идти речь?

1. хронический гастрит;
2. дуоденальная язва;
- 3.
- +грыжа пищеводного отверстия диафрагмы с явлениями рефлюкс-эзофагита;
4. рак желудка;
5. эпифренальный дивертикул пищевода.

90. Оперативное лечение необходимо при: а) скользящей грыже пищеводного отверстия диафрагмы; б) большой параэзофагеальной грыже; в) рефлюкс-эзофагите; г) недостаточности кардиального жома; д) укороченном пищеводе. Выберите правильную комбинацию ответов:

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

5.

+б, д.

91. Какие из перечисленных органов могут быть стенкой грыжевого мешка при скользящей паховой грыже справа? а) тонкая кишка; б) правая почка; в) мочевого пузыря; г) слепая кишка; д) левый яичник с маточной трубой. Выберите правильную комбинацию ответов:

1.

а, б.

2.

б, д.

3.

+в, г.

4.

д, г.

5.

все ответы правильные

92. Больная 60 лет поступила через 24 часа с момента заболевания с болями в верхней трети правого бедра и пальпируемым там опухолевидным образованием, температурой до 38°C. Диагностирована ущемленная бедренная грыжа. С какими заболеваниями следует дифференцировать ущемленную бедренную грыжу? а) кистой правого яичника; б) бедренным лимфаденитом; в) аневризмой бедренной артерии; г) метастазами рака желудка; д) тромбозом варикозного узла большой подкожной вены бедра. Выберите правильную комбинацию ответов:

1.

а, б, в.

2.

б, в, г.

3.

в, г, д.

4.

+б, д.

5.

в, г, д.

93. Укажите ранние клинические проявления ущемления тонкой кишки при внутренних грыжах:

1. диарея;

2. коллапс;

3.

+схваткообразные боли в животе, задержка отхождения газов;

4. симптомы раздражения брюшины;

5. дегидратация.

94. Какие из перечисленных признаков характерны для ущемленной паховой грыжи в ранние сроки заболевания? а) свободный газ в брюшной полости; б) внезапная боль в области грыжевого выпячивания; в) невосприимчивость грыжи; г) флегмона грыжевого мешка; д) положительный симптом "кашлевого толчка". Выберите правильную комбинацию ответов:

1.

а, б, в.

2.

а, в, д.

3.

б, г, д.

4.

+б, в.

5.

в, г, д.

95. Больной 70 лет с ущемленной паховой грыжей вызвал терапевта на дом. Давность ущемления – 10 часов. Имеются признаки кишечной не-

проходимости, гиперемия кожи над грыжевым выпячиванием. Действия врача:

1. вправление грыжи;
2. вправление грыжи после инъекции наркотиков;
3. холод на область грыжи, анальгетики, антибиотики;
- 4.
- +экстренная госпитализация в хирургический стационар;
5. направление на консультацию к хирургу.

96. Что рекомендовать больному 80 лет без грубой соматической патологии при частых ущемлениях пахово-мошоночной грыжи?

1. консервативное лечение, направленное на регуляцию стула;
2. экстренная операция - грыжесечение;
- 3.
- +плановая операция после амбулаторного обследования;
4. госпитализация, наблюдение в хирургическом отделении;
5. ношение бандажа.

97. Больной с ущемленной пахово-мошоночной грыжей поступил на 3 сутки от начала заболевания. Температура – до 39°C, гиперемия, инфильтрация и отек мошонки. Какое осложнение наблюдается у больного?

1. некроз яичка;
2. фуникулит;
- 3.
- +флегмона грыжевого мешка;
4. острый орхит;
5. водянка яичка.

98. Для чего пожилым больным с грыжами белой линии живота и почечными грыжами перед операцией следует обследовать желудок?

1. для определения характера органа в грыжевом мешке;
2. для выявления размеров грыжевых ворот;
3. для диагностики внутрибрюшной гипертензии;
- 4.
- +для исключения опухоли желудка или язвенной болезни;
5. для исключения гастростаза.

99. Какие из перечисленных ниже факторов способствуют возникновению брюшных грыж? а) курение; б) внезапное похудание; в) особенности анатомического строения передней брюшной стенки; г) заболевания, повышающие внутрибрюшное давление; д) тяжелая физическая работа.

Выберите правильную комбинацию ответов:

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

100. У больного 40 лет через год после операции по поводу правосторонней паховой грыжи вновь появилось грыжевое выпячивание. Ваши действия?

1. наблюдение, операция при ущемлении грыжи;
2. операция при прогрессирующем увеличении грыжи;
3. наблюдение, исключение тяжелой физической нагрузки;
- 4.
- +плановая операция до развития осложнений или увеличения грыжи;
5. рекомендация ношения бандажа.

101. Больной 55 лет обратился с жалобами на изжогу, отрыжку кислым, боли за грудиной. Изжога усиливается после еды и в положении лежа. Какие инструментальные исследования необходимы для уточнения диагноза и

дифференциального диагноза с язвенной болезнью?

1. УЗИ брюшной полости;
2. компьютерная томография брюшной полости;
3. обычная рентгеноскопия желудка;
- 4.
- +рентгеноскопия желудка в положении Тренделенбурга и эзофагогастроскопия;
5. лапароскопия.

102. У кого чаще наблюдаются бедренные грыжи?

1. у мужчин;
- 2.
- +у женщин;
3. в детском возрасте;
4. у подростков;
5. в пожилом возрасте у мужчин.

103. Укажите характерные симптомы ущемления в грыже мочевого пузыря:

1. боли в области грыжевого выпячивания;
2. тенезмы;
3. задержка стула и газов;
- 4.
- +дизурия, гематурия;
5. диспепсия.

104. Какие осложнения грыжи могут наблюдаться у больного 80 лет с левосторонней пахово-мошоночной грыжей при постоянном ношении бандажа? а) превращение вправляемой грыжи в невправляемую; б) ущемление грыжи; в) трофические язвы на коже; г) травматизация и атрофия тканей передней брюшной стенки; д) лимфостаз нижних конечностей. Выберите правильную комбинацию ответов:

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

105. Укажите формы грыж, которые не имеют грыжевого мешка: а) прямые паховые; б) бедренные; в) эмбриональные пупочные; г) скользящие; д) ложные травматические. Выберите правильную комбинацию ответов:

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

106. Выберите ведущие признаки, отличающие косую паховую грыжу от прямой: а) грыжевой мешок находится в элементах семенного канатика; б) грыжевой мешок располагается отдельно от элементов семенного канатика; в) грыжевой мешок может быть врожденным; г) грыжевой мешок может быть приобретенным; д) грыжевой мешок выходит через глубокое паховое кольцо. Выберите правильную комбинацию ответов:

- 1.
- а, б, в.
- 2.
- +а, в, г, д.

- 3.
- а, б, г, д.
- 4.
- б, г, д.
- 5.

в, г, д.

107. Перечислите методы дополнительного обследования перед плановой операцией у больных пожилого возраста при грыжах белой линии живота: а) УЗИ брюшной полости; б) рентгенография легких; в) ЭГДС; г) электроэнцефалография; д) внутривенная урография. Выберите правильную комбинацию ответов:

- 1.
- +а, б, в.

- 2.
- а, б, г.
- 3.
- б, в, г.
- 4.

- 5.
- в, г, д.

а, г, д.

108. Какие из перечисленных видов грыж относят к внутренним? а) грыжи белой линии живота; б) диафрагмальные грыжи; в) спигелевой линии г) грыжи Трейтца; д) илеоцекальные грыжи. Выберите правильную комбинацию ответов:

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

109. Что такое рихтеровское ущемление грыжи?

1. ущемление кишечника в области дуоденально-тощекишечного мешка;
2. ущемление перекрученной сигмовидной кишки;
3. ущемление желудка в диафрагмальной грыже;
- 4.

+любое пристеночное ущемление кишки;

5. ущемление Меккелева дивертикула в паховой грыже.

110. Какой из факторов определяет абсолютные показания к операции при самопроизвольно вправившейся ущемленной грыже?

- 1.
- +наличие симптомов перитонита;
2. сроки с момента ущемления;
3. сопутствующие заболевания;
4. пол и возраст больного;
5. неполноценное обследование больного.

111. Какова клиническая картина при Рихтеровском ущемлении?

- 1.
- +стертость клинической картины с минимальными изменениями в области грыжевого мешка;
2. быстрое развитие клиники тонкокишечной непроходимости;
3. возникает клиника толстокишечной непроходимости;
4. возникает дизурия;
5. появляются симптомы внутрибрюшного кровотечения.

112. У пожилой больной с ущемленной паховой грыжей на обзорной

рентгенограмме брюшной полости – пневматизированные петли тонкой кишки, чаши Клойбера. Какой орган ущемлен?

1. сигмовидная кишка;
2. желудок;
3. сальник;
- 4.
- +тонкая кишка;
5. придатки матки.

113. Для грыжи Литтре характерно ущемление:

1. желудка;
2. тонкой кишки;
3. придатков матки;
- 4.
- +Меккелева дивертикула;
5. мочевого пузыря.

114. Каков объем резекции в проксимальном и дистальном направлениях некротизированной на протяжении 10 см петли тонкой кишки?

1. проксимально 10 см, дистально 10 см;
2. проксимально 20 см, дистально 10 см;
3. проксимально 30 см, дистально 10 см;
- 4.
- +проксимально 50 см, дистально 20 см;
5. проксимально 60 см, дистально 30 см.

115. У больной 60 лет с длительно существующей вправимой пупочной грыжей небольших размеров внезапно увеличилось в объеме грыжевое выпячивание, изменился характер болей, грыжа перестала полностью вправляться в брюшную полость. Укажите причину появившейся клинической симптоматики:

- 1.
- +ущемление органа в грыжевом мешке;
2. невправимая пупочная грыжа;
3. метастаз рака желудка в пупок;
4. умбилицит;
5. асцит.

116. У больной с ожирением IV степени внезапно появились тянущие боли внизу живота справа с иррадиацией в правое бедро, тошнота, однократная рвота, пальпируется опухолевидное образование ниже паховой складки. О каком заболевании идет речь?

1. почечная колика справа;
2. острый аппендицит;
3. киста круглой связки матки;
- 4.
- +ущемленная бедренная грыжа;
5. паховый лимфаденит.

117. Укажите признаки нежизнеспособности тонкой кишки при ущемленной паховой грыже: а) гиперемия стенки кишки; б) мутный выпот с неприятным запахом в грыжевом мешке; в) сегмент кишки между странгуляционными бороздами черного цвета с фибрином; г) пульсация сосудов брыжейки ущемленной кишки сохранена; д) после введения в брыжейку раствора новокаина пульсации сосудов не наблюдается.

Выберите правильную комбинацию ответов:

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

5.

б, в, г.

118. Во время операции по поводу ущемленной паховой грыжи содержимого в грыжевом мешке не обнаружено. Стенки мешка гиперемированы, из брюшной полости поступает серозно-гнойный выпот. Действия хирурга?

1. типичное грыжесечение с пластикой пахового канала;

2. дренирование брюшной полости через грыжевой мешок без пластики грыжевых ворот;

3. грыжесечение с пластикой + микроиригатор через отдельный прокол брюшной стенки;

4.

+срединная лапаротомия, ревизия брюшной полости;

5. расширить доступ через грыжевой мешок для ревизии брюшной полости.

3. Желчнокаменная болезнь, острый холецистит и их осложнения.

119. Какую лечебную тактику нужно выбрать при неосложненном остром калькулезном холецистите:

1. Экстренная

операция

2. Консервативная терапия

3.

+Консервативная терапия в течение 24-48 час, при ее неэффективности - операция

4. Амбулаторное лечение

5. Наблюдение в динамике

120. Назовите радикальную операцию при калькулезном холецистите:

1.

+Холецистэктомия

2. Холецистостомия

3. Удаление камней из желчного пузыря

4. Внутреннее дренирование холедоха

5. Наружное дренирование холедоха

121. Нормальные показатели билирубина крови:

1.

0,10-0,68 мкмоль/л

2.

+8,55-20,52 мкмоль/л

3.

2,50-8,33 мкмоль/л

4.

3,64-6,76 мкмоль/л

5.

7,62-12,88 мкмоль/л

122. Симптом Ортнера это:

1. Болезненность при пальпации в правом подреберье

2. Болезненность при надавливании в месте прикрепления правой кивательной мышцы к груди

3. Усиление болей на вдохе

4. Безболезненная пальпация увеличенного желчного пузыря

5.

+Болезненное поколачивание ребром ладони по правой реберной дуге

123. При остром калькулезном холецистите может применяться:

1. экстренная операция

2. срочная операция

3. консервативная терапия и в дальнейшем плановая операция

4. только консервативная терапия

5.

+все перечисленное

124. Основным фактором, определяющим лечебную тактику хирурга при остром холецистите, является:

1. Повышение температуры.
- 2.
- +Наличие перитонита.
3. Сопутствующие заболевания.
4. Возраст больного.
5. Квалификация хирурга.

125. Для гангренозного холецистита характерны следующие симптомы: а. Уменьшение болей. б. Симптом Щеткина - Блюмберга в правом подреберье. в. Отсутствие печеночной тупости. г. Тахикардия. д. Симптом Бартомье-Михельсона. Выберите правильную комбинацию ответов:

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

126. При остром холецистите дифференциальный диагноз необходимо проводить с: а. Острым панкреатитом. б. Прободной язвой двенадцатиперстной кишки. в. Острым аппендицитом. г. Правосторонней плеввропневмонией. д. Хроническим панкреатитом в стадии обострения. Выберите лучшую комбинацию ответов:

1. а,б,г;
2. а,б,в;
3. б,в,д;
4. в,г,д;
- 5.
- +Все верно.

127. Развитию острого холецистита способствуют: а. Камни в желчном пузыре. б. Инфицирование желчного пузыря. в. Вколоченный камень шейки пузыря. г. Хронический гастрит. д. Хронический панкреатит. Правильные ответы:

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

128. Диагноз острого холецистита можно поставить на основании: а. Жалоб больного. б. Анамнеза. в. Ультразвукового сканирования желчного пузыря и поджелудочной железы. г. Инфузионной холангиографии. д. Ретроградной панкреатохолангиографии. Правильные ответы:

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

129. К осложнениям острого холецистита относят все, кроме:

- 1.
- +Варикозного расширения вен пищевода;
2. Механической желтухи.
3. Холангита.
4. Подпеченочного абсцесса.
5. Перитонита.

130. Больному с гангренозным холециститом показано:

- 1.
- +Экстренная операция.
2. Отсроченная операция.
3. Консервативное лечение.

4. Операция при отсутствии эффекта от консервативной терапии.

5. Принятие решения зависит от возраста больного.

131. Преимуществом выполнения холецистэктомии «от шейки» является:

а. Создаются условия для бескровного удаления желчного пузыря. **б.** Прерывается путь поступления гнойной желчи в холедох. **в.** Удаётся избежать миграции камней из желчного пузыря в холедох. **г.** Позволяет воздержаться от холедохотомии. **д.** Исключает необходимость в интраоперационной холангиографии. **Правильные ответы:**

1. а,б,г;

2. а,в,г;

3. б,г,д;

4.

+а,б,в;

5. а,б,д.

132. Острый холецистит может развиваться вследствие: **а.** Поступления в желчный пузырь инфицированной желчи. **б.** Застоя желчи в желчном пузыре. **в.** Наличия камней в желчном пузыре. **г.** Тромбоза пузырной артерии. **д.** Дуоденогастрального рефлюкса. **Правильные ответы:**

1. а,б;

2.

+а,б,в,г;

3. б,г,д;

4. в,г,д;

5. г,д.

133. Для острого катарального холецистита характерно все, кроме:

1. Тошноты и рвоты.

2. Симптома Кера.

3. Симптома Мэрфи.

4.

+Напряжения мышц в правом подреберье и положительного симптома Щеткина-Блюмберга.

5. Симптома Мюсси.

134. При остром деструктивном холецистите операция холецистостомия показана при:

1. Сопутствующем отечном панкреатите.

2. Больному пожилого возраста.

3.

+При тяжелом общем состоянии больного.

4. При наличии инфильтрата в шейке желчного пузыря.

5. Сопутствующем холангите.

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

1. Стеноз большого дуоденального соска.

2. Эмпиема желчного пузыря.

3. Подпечёночный абсцесс.

4. Перфорация желчного пузыря.

5.

+Гнойный холангит.

136. У больного с флегмонозным холециститом во время операции обнаружен воспалительный инфильтрат в области шейки желчного пузыря и гепатодуоденальной связки. Каким способом целесообразно произвести холецистэктомию в данном случае?

1. Первоначально выполнить холедохотомию, затем холецистэктомию комбинированным способом.

2. Выполнить мукоклазию.

3. Первоначально выделить холедох, затем выполнить холецистэктомию.

4.

+Холецистэктомию «от дна».

5. Холецистэктомия «от шейки»^а.

137. Больному с острым холециститом, не отягощённому сопутствующими заболеваниями, при неэффективности инфузионно-медикаментозной терапии в течение двух суток показана:

1. Лапароскопия.
2. Лапароскопическая холецистэктомия.
- 3.
- +Срочное оперативное вмешательство.
4. Включение в консервативную терапию антибиотиков.
5. Отсроченное оперативное вмешательство в холодном периоде.

138. В комплекс консервативного лечения острого холецистита необходимо включать все указанное, кроме:

1. Проведения дезинтоксикационной терапии.
2. Введения растворов глюкозы и Рингера-Локка.
3. Местного применения холода.
- 4.
- +Назначения наркотических анальгетиков.
5. Спазмолитиков.

139. У больного 57 лет, не отягощённого сопутствующими заболеваниями, диагностирован острый флегмонозный холецистит, явления местного перитонита отсутствуют. Срок заболевания - 2 суток. Выберите оптимальную лечебную тактику:

- 1.
- +Операция в ближайшие 12 - 24 часа;
2. Провести курс антибактериальной терапии;
3. Провести консервативную терапию, при отсутствии эффекта - выполнить операцию;
4. Лечебная тактика зависит от результатов УЗИ;
5. Операцию выполнить в плановом порядке после купирования воспалительного процесса.

140. Наиболее опасным осложнением острого деструктивного холецистита является:

1. Цирроз печени.
- 2.
- +Разлитой перитонит.
3. Острый панкреатит.
4. Рубцовая стриктура холедоха.
5. Подпеченочный абсцесс.

141. Больному

62 года, с острым деструктивным холециститом, страдающему тяжелой бронхиальной астмой с декомпенсированной дыхательной недостаточностью, показано:

1. Только консервативное лечение, включая антибактериальные препараты.
2. Срочная холецистэктомия лапароскопическим методом.
3. Лапароскопическая холецистостомия.
- 4.
- +Чрескожное дренирование желчного пузыря под контролем УЗИ.
5. Вопрос об операции решить после устранения дыхательной недостаточности.

142. Во время операции холецистэктомии могут возникнуть осложнения:

а. Ранения печёночной артерии. б . Оставление камней в гепатикохоледохе. в. Кровотечение из пузырной артерии. г. Пристеночное ранение холедоха. д. Кровотечение из левой желудочной артерии. Выберите лучшую комбинацию ответов:

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

5. а,в,г,д.

143. Гнойный холангит чаще всего является следствием:

- 1.
- +Холедохолитиаза и стриктуры гепатикохоледоха.
2. Хронического бескаменного холецистита.
3. Рака поджелудочной железы.
4. Индуративного панкреатита.
5. Дискинезии желчного пузыря.

144. Больная 42 лет, жалуется на сильные боли в правом подреберье и эпигастрии, иррадиирующие в лопатку и спину. Последние 2 года плохо переносит приём жирной пищи. Температура 38,2 С, лейкоцитоз в крови $15,8 \times 10^9/\text{л}$. В правом подреберье и эпигастрии определяется болезненность и напряжение мышц. Положительный симптом Ортнера. Укажите наиболее вероятный диагноз:

1. Острый панкреатит.
2. Перфоративная гастродуоденальная язва.
3. Перфоративный аппендицит, перитонит.
- 4.
- +Острый деструктивный холецистит.
5. Инфицированный панкреонекроз.

145. При выборе сроков оперативного вмешательства у больного с острым деструктивным холециститом определяющими факторами будет развитие всего, кроме:

1. Острого подпеченочного абсцесса, панкреатита.
2. Перитонита.
- 3.
- +Наружного желчного свища.
4. Перфорации желчного пузыря.
5. Количества лейкоцитов в крови.

146. Решая вопрос о срочности хирургического вмешательства при остром холецистите, в первую очередь следует ориентироваться на:

1. Выраженность болевого синдрома.
2. Температурную реакцию.
3. Выраженность симптома Мэрфи.
- 4.
- +Выраженность перитонеальных симптомов.
5. Величину желчного пузыря.

147. Укажите, какое тактическое решение хирурга во время операции у больной с острым холециститом является ошибочным:

1. Предпочтительное выделение желчного пузыря от шейки.
2. Расширение холедоха более 2 см является абсолютным показанием к его ре-визии.
3. Пузырная артерия и проток перевязываются отдельно.
4. Для пальпации ретродуоденальной части холедоха необходимо мобилизовать двенадцатиперстную кишку по Кохеру.
- 5.
- +Пальпация общего желчного протока даёт полную информацию о наличии конкрементов в нём и позволяет отказаться от интраоперационной холангиографии.

148. Для диагностики неосложненной желчнокаменной болезни следует отдать предпочтение следующим методам: а. Эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии.

б.

Лапароскопии. в.

Ультрасонографии. г. Чрескожной чреспеченочной холангиографии. д.

Внутривенной холеграфии. Выберите лучшую комбинацию ответов:

1. а,г,д.
2. б,г.
3. а,б,в.

4.

+в,д.

5. в,г,д.

149. Метод выбора в лечении хронического калькулезного холецистита:

1. растворение конкрементов литолитическими препаратами;

2. микрохолецистостомия;

3. дистанционная волновая литотрипсия;

4.

+холецистэктомия;

5. комплексная консервативная терапия.

150. Больная 57 лет поступила с умеренно выраженными болями в правом подреберье, иррадирующими в лопатку. В анамнезе: хронический калькулезный холецистит. В показателях общего анализа крови изменений не отмечается. Желтухи нет. При пальпации определяется увеличенный, умеренно болезненный желчный пузырь. Температура тела не изменена.

Ваш диагноз:

1. эмпиема желчного пузыря;

2. рак головки поджелудочной железы;

3.

+водянка желчного пузыря;

4. острый перфоративный холецистит;

5. эхинококкоз печени.

151. Какие обстоятельства являются решающими при решении вопроса о необходимости планового хирургического лечения при холецистите?

1. выраженный диспепсический синдром;

2. длительный анамнез;

3. сопутствующие изменения печени;

4. наличие эпизодов рецидивирующего панкреатита;

5.

+наличие конкрементов в желчном пузыре.

152. Что является наиболее частой причиной развития механической желтухи?

1. рубцовые стриктуры внепеченочных желчных путей;

2.

+холедохолитиаз;

3. рак головки поджелудочной железы;

4. эхинококкоз печени;

5. метастазы в печень опухолей различной локализации.

153. Больной 76 лет поступил в клинику на седьмые сутки после начала заболевания с жалобами на боли в правом подреберье, слабость, повторную рвоту, повышение температуры тела до 38°C. При осмотре:

общее состояние средней тяжести, бледен. Пальпируется увеличенный болезненный желчный пузырь, в правом подреберье отмечается

напряжение мышц брюшной стенки. Больной страдает гипертонической болезнью и сахарным диабетом. Какой метод лечения предпочтителен?

1. экстренная холецистэктомия;

2. срочная холецистэктомия;

3. срочная микрохолецистостомия под контролем УЗИ или лапароскопии как окончательный этап;

4.

+дистанционная литотрипсия;

5. срочная микрохолецистостомия под контролем УЗИ или лапароскопии с последующей отсроченной холецистэктомией.

154. Какое сочетание клинических симптомов соответствует синдрому Курвуазье?

1.

+увеличенный безболезненный желчный пузырь в сочетании с желтухой;

2. увеличение печени, асцит, расширение вен передней брюшной стенки;

3. желтуха, пальпируемый болезненный желчный пузырь, местные

перитонеальные явления;

4. отсутствие стула, схваткообразные боли, появление пальпируемого образования брюшной полости;

5. выраженная желтуха, увеличенная бугристая печень, кахексия.

155. Какова хирургическая тактика при установленном диагнозе желчнокаменной непроходимости кишечника?

1. комплексная консервативная терапия в условиях реанимационного отделения;

2. терапия в сочетании с эндоскопической декомпрессией тонкой кишки;

3. срочное хирургическое вмешательство: холецистэктомия с разделением билиодигестивного свища, энтеротомия, удаление конкремента;

4.

+срочное хирургическое вмешательство: энтеротомия, удаление желчного конкремента;

5. паранефральная блокада в сочетании с сифонной клизмой.

156. Больной 70 лет оперирован в плановом порядке по поводу калькулезного холецистита. При интраоперационной холангиографии патологии не выявлено. На 3-и сутки после операции отмечено появление желтухи, боли в области операции. Диагноз:

1. нагноение послеоперационной раны;

2. острый послеоперационный панкреатит;

3. интраоперационная травма желчных протоков;

4.

+рубцовая стриктура холедоха;

5. внутрибрюшное кровотечение.

157. Больной 70 лет страдает частыми приступами калькулезного холецистита с выраженным болевым синдромом. В анамнезе: два инфаркта миокарда, гипертоническая болезнь IIIБ стадии. Два месяца назад перенес расстройство мозгового кровообращения. В настоящее время поступил с клиникой острого холецистита. Какой метод лечения следует предпочесть?

1. отказаться от хирургического лечения, проводить консервативную терапию;

2. холецистэктомия под интубационным наркозом;

3. холецистэктомия под перидуральной анестезией;

4.

+хирургическая холецистостомия;

5. дистанционная волновая литотрипсия.

158. Какой из методов дооперационного обследования является наиболее информативным и безопасным при интенсивной длительной желтухе?

1. внутривенная инфузионная холангиография;

2.

+эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография;

3. чрескожная чреспеченочная холангиография;

4. УЗИ;

5. пероральная холецистохолангиография.

159. Больная 62 лет оперирована по поводу хронического калькулезного холецистита. Произведена холецистэктомия, дренирование брюшной полости. В течение первых суток после операции отмечено снижение артериального давления, уровня гемоглобина, бледность кожных покровов, тахикардия. Какое послеоперационное осложнение следует заподозрить?

1. инфаркт миокарда;

2. тромбоэмболия легочной артерии;

3. острый послеоперационный панкреатит;

4. динамическая кишечная непроходимость;

5.

+внутрибрюшное кровотечение.

160. Больная 55 лет, перенесшая 2 года назад холецистэктомию, поступила с клинической картиной механической желтухи. При ретроградной панкреатохолангиографии выявлен холедохолитиаз. Какой метод лечения

предпочтителен?

- 1.
- +эндоскопическая папиллосфинктеротомия;
2. комплексная консервативная терапия;
3. трансдуоденальная папиллосфинктеропластика;
4. холедохотомия с наружным дренированием холедоха;
5. экстракорпоральная литотрипсия.

161. Больной 67 лет поступил в клинику с картиной механической жел-тухи, которая длится в течение 1 месяца. При обследовании выявлен рак головки поджелудочной железы без отдаленных метастазов. Боль-ной страдает сахарным диабетом и гипертонической болезнью. Какой вид лечения предпочтителен?

1. холецистостомия под контролем УЗИ;
- 2.
- +панкреатодуоденальная резекция в один этап;
3. наложение билиодигестивного анастомоза;
4. декомпрессия желчных путей, после разрешения желтухи

-

- панкреатодуоденальная резекция;
5. симптоматическая консервативная терапия.

162. У больной, перенесшей эндоскопическую папиллосфинктеротомию, выражен болевой синдром в эпигастральной области с иррадиацией в поясницу, повторная рвота, напряжение мышц передней брюшной стенки. Выражен лейкоцитоз и увеличен уровень амилазы сыворотки. О каком осложнении следует думать?

1. перфорация 12-перстной кишки;
2. острый холангит;
3. желудочно-кишечное кровотечение;
- 4.

- +острый панкреатит;
5. непроходимость кишечника.

163. Какое исследование наиболее информативно для диагностики калькулезного холецистита?

1. пероральная холецистохолангиография;
2. лапароскопия;
3. обзорный рентгеновский снимок брюшной полости;
- 4.
- +УЗИ;
5. эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография.

164. Больной

58 лет произведена эндоскопическая папиллосфинктеротомия, извлечены конкременты из холедоха. На 2-е сутки после вмешательства отмечены повторная мелена, бледность кожных покровов, снижение артериального давления. О каком осложнении следует думать?

1. острый панкреатит;
2. перфорация 12-перстной кишки;
3. холангит;
- 4.
- +кровотечение из области вмешательства;
5. острая кишечная непроходимость.

165. У больного 40 лет, длительно страдающего хроническим рецидивирующим панкреатитом, на фоне очередного обострения появилась жел-туха. По данным УЗИ - увеличение головки поджелудочной железы, билиарная гипертензия, при ЭРХПГ выявлен стеноз терминального отдела холедоха до 2 мм на протяжении 3 см, проксимальнее проток расширен до 18 мм. Какое оперативное вмешательство следует предпо-чсть?

1. трансдуоденальная папиллосфинктеропластика;
2. супрадуоденальная холедоходуоденостомия;

3. эндоскопическая папилосфинктеротомия;

4.

+гепатикоеюностомия;

5. операция Микулича.

166. Во время операции по поводу калькулезного холецистита при интраоперационной холангиографии выявлено расширение желчевыводящих путей, сброс контраста в 12-перстную кишку замедлен, высказано предположение о наличии конкрементов. Какой метод интраоперационного обследования является наиболее информативным для подтверждения диагноза?

1. пальпация желчного протока;

2. трансиллюминация;

3. зондирование протоков;

4.

+фиброхолангиоскопия;

5. ревизия корзинкой Дормиа.

167. Больной 28 лет поступил с иктеричностью склер и кожных покровов, появление желтухи отметил 4 дня назад. В течение последних 2-х недель - слабость, повышенная утомляемость, боли в суставах. При пальпации: умеренное увеличение печени, незначительная болезненность в правом подреберье, в биохимическом анализе крови - билирубинемия до 68

мкмоль/л за счет прямой фракции, АСТ - 204, АЛТ - 189, ЩФ - 145. При УЗИ изменений печени, желчного пузыря и протоков, поджелудочной железы не обнаружено. Ваш диагноз:

1. механическая желтуха вследствие холедохолитиаза;

2. цирроз печени;

3.

+инфекционный гепатит;

4. синдром Жильбера;

5. гемохроматоз.

168. Через 12 суток после холецистэктомии и холедохотомии с удалением конкрементов по дренажу Кера продолжает поступать до 1 литра желчи в сутки. При фистулографии выявлен конкремент устья холедоха. С какого вмешательства следует начать лечение?

1. повторная лапаротомия с целью извлечения конкремента;

2. проведение литолитической терапии через дренаж;

3. дистанционная волновая литотрипсия;

4.

+эндоскопическая папилосфинктеротомия;

5. чрескожное чреспеченочное эндобилиарное вмешательство.

169. У больной 47 лет, перенесшей 6 месяцев назад срочную холецистэктомию, через 3 месяца после операции появилась интермиттирующая желтуха, периодически отмечается гипертермия до 38°C с ознобами. В клинику поступила в тяжелом состоянии с интенсивной желтухой (общий билирубин - 285 мкмоль/л), лихорадкой до 40°C, сопровождавшейся ознобами и проливными потами. При ЭРПХГ обнаружена стриктура общего печеночного протока в области культы пузырного протока до 2 мм. Какое вмешательство наиболее предпочтительно в данной ситуации?

1. эндоскопическая папилосфинктеротомия;

2. гепатикоеюностомия;

3.

+эндоскопическое проведение назобилиарного дренажа выше стриктуры;

4. холедоходуоденостомия;

5. чрескожная чреспеченочная гепатикостомия.

170. Больной 62 лет переведен из инфекционной больницы с диагнозом механической желтухи. Проведение комплекса лабораторно-инструментальных исследований выявило, что причиной желтухи являются объемные изменения поджелудочной железы, характер которых не вполне

ясен. Какой из лабораторных методов наиболее информативен для дифференциальной диагностики хронического панкреатита и рака поджелудочной железы?

1. показатели СОЭ;
2. уровень активности щелочной фосфатазы;
3. активность панкреатических ферментов;
- 4.
- +показатели опухолевого маркера СА-19-9;
5. результаты копрологического исследования.

171. На 7 сутки после холедохолитотомии и дренирования холедоха по Керу выпал дренаж. Желчеистечение – умеренное по ходу дренажа, болей в животе нет, живот мягкий, перитонеальных симптомов нет. Ваши действия:

1. экстренная операция - повторное дренирование протока;
2. лапароскопия с диагностической и лечебной целью;
- 3.
- +наблюдение за больным, УЗИ - контроль;
4. попытаться ввести дренаж вслепую;
5. фистулография.

172. Какое из указанных обстоятельств является противопоказанием для наложения микрохолецистостомы?

1. внутрипеченочное расположение желчного пузыря;
2. пожилой и старческий возраст больных;
- 3.
- +перфоративный холецистит с развитием перитонита;
4. отсутствие конкрементов в желчном пузыре;
5. развитие эмпиемы желчного пузыря.

173. Больному 42 лет с предположительным диагнозом холедохолитиаз, механическая желтуха была произведена операция. На операции патологических изменений желчевыводящих путей и желчного пузыря не выявлено. Обнаружена увеличенная печень красно-коричневого цвета. Поставлен диагноз: гепатит. Какие лечебные мероприятия целесообразны?

1. наружное дренирование желчных протоков;
2. холецистостомия;
3. десимпатизация печеночной артерии;
- 4.
- +ничего не предпринимать, рану ушить;
5. холецистэктомия, дренирование брюшной полости.

174. Больная 43 лет, длительно страдающая калькулезным холециститом, поступила в клинику с болями в правом подреберье, эпигастрии опоясывающего характера. Отмечает повторную рвоту. Состояние средней тяжести, иктеричность склер и кожных покровов. Тахикардия, напряжение мышц передней брюшной стенки, парез кишечника. Из лабораторных данных обращают на себя внимание лейкоцитоз и высокий уровень амилазы крови. Какой из методов инструментального исследования следует применить в первую очередь?

1. лапароскопия;
- 2.
- +эндоскопическая ретроградная холангиография;
3. чрескожная чреспеченочная холангиография;
4. спленопортография;
5. селективная ангиография ветвей чревного ствола.

175. Больная 56 лет поступила с клинической картиной острого холецистита. Больна в течение 2 дней. При УЗИ обнаружены множественные конкременты в желчном пузыре, воспалительно-инфильтративные изменения стенки последнего. Патологических изменений желчевыводящих путей и поджелудочной железы не выявлено. Какую тактику следует выбрать?

- 1.

- +холецистэктомия в срочном порядке;
- 2. консервативная терапия;
- 3. микрохолецистостомия под контролем УЗИ;
- 4. наложение хирургической холецистостомы;
- 5. дистанционная волновая литотрипсия.

176. Больная 32 лет поступила для планового хирургического лечения по поводу хронического калькулезного холецистита. При ультразвуко-вом исследовании - множественные конкременты в полости желчного пузыря, стенка его не изменена. Патологии желчевыводящих путей и поджелудочной железы не выявлено. Какой способ хирургического лечения следует предпочесть?

- 1. холецистолитотомия с сохранением желчного пузыря;
- 2.
- +лапароскопическая холецистэктомия;
- 3. микрохолецистостомия и санация желчного пузыря под контролем УЗИ;
- 4. холецистэктомия традиционным хирургическим доступом;
- 5. дистанционная волновая литотрипсия.

177. Причиной развития механической желтухи у больного может быть все нижеперечисленное, кроме:

- 1.
- +конкремента в области шейки желчного пузыря;
- 2. увеличения головки поджелудочной железы;
- 3. конкремента в проксимальной части холедоха;
- 4. папиллита;
- 5. стеноза дуоденального соска.

178. У больного, оперирующегося по поводу ЖКБ, во время операции холецистэктомии возникло профузное кровотечение из элементов гепатодуоденальной связки. Каковы действия хирурга?

- 1. затампонировать участок кровотечения гемостатической губкой;
- 2.
- +перезажать пальцами гепатодуоденальную связку, осушить рану, отдифференцировать источник кровотечения, прошить или перевязать;
- 3. затампонировать кровоточащий участок на 5-10 минут;
- 4. использовать для остановки кровотечения препарат желпластан;
- 5. применить лазерную коагуляцию.

179. У больной 55 лет, страдающей хроническим калькулезным холециститом, возникли резкие боли в правом подреберье и эпигастрии с иррадиацией в поясничную область, многократная рвота. Через 4 часа

появилась иктеричность склер, отметила потемнение мочи. Уровень концентрации амилазы крови составил 59 г/л по методу Караева. О каком осложнении следует думать?

- 1. перфорация желчного пузыря с развитием перитонита;
- 2. обтурация камнем пузырного протока;
- 3. острый папиллит;
- 4. холедохолитиаз;
- 5.
- +ущемленный камень дуоденального сосочка.

180. У больного, поступившего с резкими болями в правом подреберье, тошнотой, рвотой, желтушностью кожных покровов, на экстренной дуоденоскопии выявлен ущемленный камень большого дуоденального сосочка. Что необходимо предпринять в данной ситуации?

- 1.
- +эндоскопическую папиллосфинктеротомию;
- 2. лапаротомию, дуоденотомию, извлечение конкремента;
- 3. микрохолецистостомию под контролем УЗИ;
- 4. лапаротомию, дренирование по Керу;
- 5. хирургическую холецистостомию.

181. У больного 56 лет – рак головки поджелудочной железы, механиче-

ская желтуха в течение 2 месяцев. При УЗИ обнаружены выраженная билиарная гипертензия, множественные метастазы в печени, асцит. Укажите оптимальный вариант декомпрессии желчных путей:

1. микрохолецистостомия под контролем УЗИ;
2. холецистоэнтероанастомоз;
3. +эндоскопическая папиллосфинктеротомия, установка стента в общий желчный проток;
4. холедоходуоденостомия;
5. хирургическая холецистостомия.

182. Наложение микрохолецистостомы под контролем УЗИ у больного с острым деструктивным холециститом показано при:

1. сочетании холецистита с дивертикулом двенадцатиперстной кишки;
2. первом приступе острого холецистита;
3. наличии местного перитонита;
4. +декомпенсации сопутствующих заболеваний;
5. возрасте больного старше 65 лет.

183. На операции установлена причина механической желтухи

-

метастазы рака желудка в головку поджелудочной железы. Выберите правильный вариант хирургической тактики:

1. ограничиться пробной лапаротомией;
2. +наложить холецистоэнтероанастомоз;
3. наложить холецистостому;
4. произвести транспеченочное наружное дренирование желчных протоков;
5. наложить гепатикостому.

184. Больная 30 лет, эмоционально лабильна. Холецистэктомия – два года назад. После операции через 6 месяцев появились боли в правом подреберье и эпигастрии после еды, периодически рвота с примесью желчи, особенно после стрессов. При рентгеноскопии желудка

- маят-никообразные

движения в нижнегоризонтальной ветви 12-перстной кишки, заброс в желудок контрастной массы, расширение просвета кишки. Ваш диагноз:

1. холедохолитиаз;
2. стеноз БДС;
3. стриктура холедоха;
4. язва 12-перстной кишки;
5. +хроническая дуоденальная непроходимость.

185. У больной 82 лет после погрешности в диете появилась тяжесть в эпигастрии, тошнота, боли в правом подреберье, отрыжка. Через 2 дня появилась иктеричность кожи и темная моча. Поступила в стационар с явлениями механической желтухи. При обследовании выявлен дивертикул 12-перстной кишки. Какова вероятная локализация дивертикула, приведшая к механической желтухе?

1. луковица;
2. нисходящий отдел;
3. нижняя горизонтальная ветвь;
4. +в области большого дуоденального соска;
5. область связки Трейца.

186. Больная перенесла холецистэктомию 2 месяца назад. В послеоперационном периоде по дренажу из брюшной полости подтекала желчь, дренаж удален на 8 сутки. Истечение желчи прекратилось, отмечалось повышение температуры ежедневно до 37,5°-37,8°С, иногда ознобы. В течение последней недели – темная моча, иктеричность кожи, ухудше-

ние самочувствия. Поступила с механической желтухой. При ЭРХПГ: имеется блок гепатикохоледоха на уровне бифуркации, холедох –1 см, выше препятствия контраст не поступает. Метод диагностики:

1. экстренная операция;
- 2.
- +чрескожная чреспеченочная холангиография;
3. УЗИ;
4. сцинтиграфия печени;
5. реогепатография.

187. Два года назад больной перенес холецистэктомию по поводу калькулезного холецистита. Через 6 месяцев появились боли в правом подреберье, темная моча. При поступлении: билирубин 120 мкмоль/л. Метод диагностики для определения уровня препятствия:

1. УЗИ
2. сцинтиграфия печени;
3. внутривенная холеграфия;
- 4.
- +ЭРХПГ;
5. спленопортография.

188. Больная перенесла холецистэктомию 4 года назад. Через год после операции возобновились боли в правом подреберье, иногда принимающие опоясывающий характер, появилось чувство тяжести в правом подреберье после еды. При поступлении в стационар уровень общего билирубина - 31 мкмоль/л, щелочной фосфатазы - 346 ед/л. Предположительный диагноз:

1. резидуальный холедохолитиаз;
- 2.
- +папиллостеноз;
3. хронический гепатит;
4. язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки;
5. дискинезия желчных путей.

189. Больная 1 год назад перенесла холецистэктомию. В день поступления отметила внезапное появление резких болей в эпигастрии и левом подреберье, рвоту, потемнение мочи, кожный зуд. При осмотре: болезненность и мышечное напряжение в эпигастрии и левом подреберье. В анализе мочи: диастаза 1024 ЕД, положительная проба на содержание желчных пигментов. При УЗИ - отек поджелудочной железы. Наиболее вероятная причина данного страдания:

1. стеноз большого дуоденального соска;
- 2.
- +вклиненный в БДС камень;
3. рубцовая стриктура холедоха;
4. хронический панкреатит;
5. острый гепатит.

190. Больной 47 лет злоупотребляет алкоголем, в течение 6 лет страдает хроническим панкреатитом. При поступлении в проекции головки поджелудочной железы пальпируется плотное образование диаметром 6 см, имеются признаки желтухи. При УЗИ обнаружены признаки увеличения головки поджелудочной железы, билиарной и панкреатической гипертензии. Укажите наиболее вероятную причину желтухи:

1. цирроз печени;
- 2.
- +сдавление холедоха индуративно измененной головкой поджелудочной железы;
3. холедохолитиаз;
4. хронический гепатит;
5. папиллостеноз.

191. У больной 52 лет – ПХЭС, холедохолитиаз, механическая желтуха. Консервативная терапия неэффективна, эндоскопическую папиллос-

финктеротомию выполнить не удалось из-за наличия крупного парапапиллярного дивертикула. Что следует предпринять?

1. лапаротомию, холедохолитотомию с глухим швом стенки желчного протока;
2. лапаротомию, трансдуоденальную папиллосфинктеропластику;
3. продолжить консервативную терапию с использованием методов экстракорпоральной детоксикации;
4. +лапаротомию, холедохолитотомию с дренированием холедоха по Керу;
5. применить форсированный диурез.

192. У больной, перенесшей 7 лет назад холецистэктомию, на фоне полного здоровья появилась желтуха, не сопровождающаяся болевым синдромом, слабость, похудание. При УЗИ - расширение гепатикохоледоха до 1,5 см, просвет его гомогенный, прослеживается до терминального отдела, поджелудочная железа обычных размеров. Наиболее вероятный предварительный диагноз:

1. +рак большого дуоденального соска;
2. персистирующий гепатит;
3. холедохолитиаз;
4. перихоледохеальный лимфаденит;
5. хронический панкреатит.

193. У больной через 2 года после холецистэктомии появилась механическая желтуха, уровень общего билирубина – 350 мкмоль/л. Больная вялая, заторможенная.

Произведена

чрескожная

чреспеченочная

гепатохолангиография. Выявлен холедохолитиаз. Через

2 часа после

вмешательства появились боли в правой половине живота, пульс – 115 ударов в мин, АД – 90/60 мм рт.ст. О каком осложнении можно думать?

1. острый холангит;
2. тромбоэмболия ветвей легочной артерии;
3. тромбоз воротной вены;
4. гемобилия;
- 5.

+внутрибрюшное кровотечение.

194. У больной – ПХЭС, 2 года назад проведена холецистэктомия. Боли возобновились через 5-6 месяцев после операции. При поступлении: состояние средней тяжести, иктеричность кожи и склер. Наиболее достоверный метод диагностики заболевания:

1. исследование билирубина крови, мочи, кала;
2. исследование ферментов крови;
3. лапароскопия с биопсией печени;
4. +ЭРХПГ;
5. фистулография.

195. Мужчина 33 лет, астеник, 2 года назад перенес холецистэктомию. Через 6 месяцев после операции появились боли в эпигастрии с иррадиацией в поясницу, стихающие после приема пищи или щелочного питья, изжога. Наиболее вероятная причина страдания:

1. гастрит;
2. хроническая дуоденальная непроходимость;
3. +язвенная болезнь 12-перстной кишки;
4. стеноз БДС;
5. панкреатит.

196. Холецистэктомия проводилась в экстренном порядке. Послеопера-

ционный период с длительным желчеистечением по дренажу из брюшной полости. Через 3 месяца имеется желчный свищ, температура 38°C, ознобы, иктеричность кожи, увеличение печени, АЛТ и АСТ

- до

130 ед/л,

билирубин - 80 мкмоль/л. Ваш диагноз:

1. холедохолитиаз;
2. стеноз дистальной части холедоха;
- 3.
- +рубцовая стриктура холедоха;
4. хроническая дуоденальная непроходимость;
5. гепатит.

197. Больная 50 лет год назад перенесла плановую холецистэктомию по поводу хронического калькулезного холецистита. В течение последних десяти дней отмечает нарастающую иктеричность кожных покровов, гипертермию по вечерам до 39° С, сопровождающуюся пострясаящими ознобами и проливным потом. При ЭРХПГ верифицирован холедохолитиаз,

гнойный

холангит,

выполнена

эндоскопическая

папиллосфинктеротомия с экстракцией конкремента, санация желчных протоков. Желтуха стала постепенно разрешаться, однако состояние больной продолжало ухудшаться, сохранялась гипертермия, нарастала интоксикация. Чем, наиболее вероятно, обусловлена тяжесть состояния?

1. пилефлебитом;
2. поддиафрагмальным абсцессом;
- 3.
- +абсцессами печени;
4. панкреонекрозом;
5. печеночной недостаточностью.

5. Острый панкреатит и его осложнения.

198. Наиболее информативным методом исследования при остром панкреатите является:

1. обзорная рентгеноскопия брюшной полости
2. лапароскопия
3. гастродуоденоскопия
- 4.

+определение амилазы крови и мочи, УЗИ

199. Наиболее характерными для острого панкреатита являются боли:

1. ноющие
- 2.
- +опоясывающие
3. схваткообразные
4. кинжальные
5. тупые

200. Выявление геморрагического выпота в брюшной полости и очагов жирового некроза на брюшине позволяет думать:

1. о повреждении полого органа
2. о разрыве печени
- 3.

+об остром панкреатите

4. о перфоративной язве желудка
5. о мезентериальном тромбозе

201. Что такое симптом Мейо-Робсона:

1. Отсутствие пульсации брюшной аорты в эпигастрии
2. Болезненность в эпигастрии
3. Пальпация болезненного увеличенного желчного пузыря

4.

+Болезненность при пальпации в левом реберно-позвоночном углу

5. Усиление болезненности на вдохе при пальпации в левом подреберье

202. Выявление при лапароскопии серозного выпота и бляшек стеатонекроза соответствует:

1. Отечному панкреатиту

2.

+Жировому панкреонекрозу

3. Геморрагическому панкреонекрозу

4. Гнойному панкреатиту

5. Такие изменения не характерны для острого панкреатита

203. У больного, перенесшего полгода назад панкреонекроз, появилось опухолевидное образование в эпигастрии и левом подреберье, плотное, малоболезненное, размерами 15,0 x 20,0 см. Тошноты, рвоты, потери массы тела нет. Температура тела 36,8°С. При рентгеноскопии желудка отмечено, что желудок отнесен кпереди, петля двенадцатиперстной кишки развернута, имеется замедление эвакуации сульфата бария из желудка.

Ваш предварительный диагноз?

1. Опухоль поперечной ободочной кишки.

2. Опухоль желудка.

3.

+Псевдокиста поджелудочной железы.

4. Киста левой почки.

5. Панкреатогенный абсцесс.

204. Среди перечисленных лекарственных средств, применение которых обосновано с позиций патогенеза острого панкреатита, одно указано неверно:

1. Октреотида ацетат.

2. Контрикал.

3.

5-фторурацил.

4. Ранитидин.

5.

+Морфин.

205. В клинико-морфологическую классификацию острого панкреатита входят следующие формы заболевания: а. Псевдотуморозный панкреатит.

б.

Отёчный панкреатит. в. Стерильный панкреонекроз. г.

Инфицированный панкреонекроз. д. Псевдокиста поджелудочной железы.

Выберите правильную комбинацию ответов:

1. б,в,г.

2. а,б,в,д

3. в,г.

4.

+б,в,г,д.

5. Всё верно.

206. Клиническая картина панкреонекроза характеризуется всеми перечисленными симптомами, кроме:

1. Опоясывающих болей в животе.

2.

+Схваткообразных болей в животе.

3. Многократной рвоты.

4. Коллапса.

5. Тахикардии.

207. Ферментная токсемия при панкреонекрозе обусловлена действием: а.

Трипсина. б. Фосфолипазы А₂. в. Липазы. г. Эластазы. д. Энтерокиназы.

Выберите правильную комбинацию ответов:

1. а,г.

2. б,в,д.

3.

+а,б,в,г.

4. а,в,г,д.

5. Все ответы верные.

208. Для борьбы с ферментной токсемией, развивающейся при панкреонекрозе, применяют следующие лечебные мероприятия: а. Внутривенное введение антиферментных препаратов. б. Внутривенное введение

5-

фторурацила. в. Инфузия свежемороженой плазмы. г. Плазмозамена. д. Внутривенное введение препаратов соматостатина. Выберите лучшую комбинацию ответов:

1. а,в,д.

2. в,г,д.

3. а,г,д.

4. а,б,в,г.

5.

+Все ответы правильные.

209. Лечебными мероприятиями, направленными на профилактику развития инфицированных форм панкреонекроза и его гнойных осложнений, являются: а. Применение ингибиторов ферментов. б. Применение антибиотиков широкого спектра действия. в. Селективная деконтаминация кишечника. г. Гемодиализ. д. Полное парентеральное питание. Выберите лучшую комбинацию ответов:

1. а,г,д.

2. а,д.

3.

+б,в.

4. г,д.

5. Все ответы правильные.

210. Осложнениями панкреонекроза может быть все ниже перечисленное, кроме:

1. Панкреатогенного абсцесса.

2. Механической желтухи.

3.

+Холедохолитиаз.

4. Псевдокисты поджелудочной железы.

5. Флегмоны забрюшинного пространства.

211. При стерильном панкреонекрозе могут наблюдаться следующие клинические признаки: а. Частая рвота желудочным содержимым. б. Пальпируемый инфильтрат в эпигастриальной области. в. Пятна стеатонекроза, обнаруженные при лапароскопии. г. Симптом Грея-Тернера. д. Симптом Мэй-Робсона. Выберите лучшую комбинацию ответов:

1. а,в,г,д.

2. а,б,в,д.

3. б,в,д.

4. а,в,г.

5.

+Все ответы правильные.

212. При инфицированном панкреонекрозе могут наблюдаться следующие клинические признаки: а. Неукротимая рвота. б. Артериальная гипотензия. в. Пятна стеатонекроза на желудочно-ободочной связке, обнаруженные при лапароскопии. г. Гектическая лихорадка. д. Лейкоцитоз. Выберите лучшую комбинацию ответов:

1. б,в,д.

2. а,б,в,д.

3. а,в,г,д.

4. а,в,д.

5.

+Все ответы правильные.

213. Для панкреатогенного абсцесса характерны следующие клинические

признаки: а. Гектическая лихорадка. б. Пальпируемый инфильтрат в верхних отделах живота. в. Повышение содержания в крови лейкоцитов. г. Гиперамилаземия. д. Формирование на 3-й неделе заболевания. Выберите лучшую комбинацию ответов:

- 1.
- +а,б,в,д.
2. а,б,в,г.
3. а,в,г,д.
4. а,в,г.
5. Все ответы правильные.

214. Синдром желтухи при панкреонекрозе обусловлен следующими причинами: а. Сдавлением терминального отдела холедоха увеличенной головкой поджелудочной железы. б. Ущемленным камнем Фатерова сосочка. в. Печено-клеточной недостаточностью. г. Развитием ферментативного холецистита. д. Холедохолитиазом. Выберите лучшую комбинацию ответов:

- 1.
- +а,б,в,д.
2. а,б,в,г.
3. б,в,г.
4. б,г,д.
5. Все ответы правильные.

215. У больной 35 лет, страдающей желчнокаменной болезнью, после погрешности в диете появились опоясывающие боли в верхних отделах живота, многократная рвота. При осмотре состояние тяжелое. Пульс - 120 ударов в мин. АД - 90/60 мм рт. ст. Живот напряжен и резко болезненный в верхних отделах, в отлогих местах живота - притупление перкуторного звука. Перистальтика кишечника не выслушивается. Ваш предварительный диагноз?

1. Перфоративная язва желудка, перитонит.
2. Острая тонкокишечная непроходимость.
3. Деструктивный холецистит.
- 4.
- +Панкреонекроз.

5. Инфаркт кишечника.

216. Какие дополнительные исследования Вы произведете этому больному для уточнения диагноза? а. Обзорную рентгеноскопию брюшной полости. б. Лапароскопию. в. Ультразвуковое сканирование брюшной полости. г. Гастродуоденоскопию. г. Исследование крови и мочи на амилазу. Выберите правильный ответ:

1. а,б,д.
2. а,в,г,д.
3. б,в,д.
4. б,в,г,д.
5. Все ответы правильные.

217. В клинику поступил больной 35 лет, с жалобами на резкие опоясывающие боли в верхних отделах живота, многократную рвоту. Боли возникли после приема алкоголя и жирной пищи 6 часов назад. Состояние средней тяжести. Пульс 110 ударов в минуту. АД - 100/60 мм рт. ст. Живот резко болезненный в верхних отделах, где определяется ригидность мышц передней брюшной стенки. В отлогих местах притупление перкуторного звука. Перистальтика ослаблена. Стула не было, газы отходят. Ваш предварительный диагноз:

1. Перфоративная язва желудка, перитонит.
2. Острая кишечная непроходимость.
3. Инфаркт кишечника.
4. Желудочно-кишечное кровотечение.
- 5.
- +Острый панкреатит.

218. Какие дополнительные исследования Вы произведете этому больному

для уточнения диагноза? а. Обзорную рентгеноскопию брюшной полости. б. Лапароскопию. в. Исследование крови и мочи на амилазу. г. Гастродуоденоскопию. д. Артериомезентерикографию. Выберите правильную комбинацию ответов:

1. а,г.
- 2.
- +б,в.
3. б,д.
4. а,в.
5. Все ответы правильные.

219. Этому больному произведена лапароскопия. Какие лапароскопические признаки наиболее вероятны в данной клинической ситуации? а. Геморрагический выпот. б. Кровь в брюшной полости. в. Гнойный экссудат. г. Пятна стеатонекроза на брюшине. д. Выбухание желудочно-ободочной связки. Правильным будет:

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

220. При отечном панкреатите могут наблюдаться следующие клинические признаки: а. Рвота желудочным содержимым. б. Пальпируемый инфильтрат в эпигастральной области. в. Симптом Грея-Теренра. г. Симптом Мэйо-Робсона. д. Гиперамилаземия. Выберите лучшую комбинацию симптомов:

1. а,б,в.
2. Все ответы правильные.
3. а,в,д.
- 4.
- +а,г,д.
5. а,б,д.

221.

Осложнениями острого панкреатита может быть все нижеперечисленное, кроме:

1. Панкреатогенного абсцесса.
2. Печеночно-почечной недостаточности.
- 3.
- +Мезентериального тромбоза, инфаркта кишечника.
4. Псевдокисты поджелудочной железы.
5. Перитонита.

222. У больного 30 лет, с деструктивным панкреатитом алиментарной этиологии, через 25 дней после госпитализации появились: гектическая температура, тахикардия, ознобы, в периферической крови - нейтрофильный сдвиг лейкоцитарной формулы влево. В эпигастрии и левом подреберье пальпируется слабоболлезненный инфильтрат. Ваш диагноз:

1. Холангит.
2. Экссудативный плеврит.
3. Псевдокиста поджелудочной железы.
4. Абсцесс печени.
- 5.

+Панкреатогенный абсцесс.

223. Ваша дальнейшая тактика при остром деструктивном панкреатите?:

1. Инфузионная терапия без антибактериальной терапии.
2. Только антибактериальная терапия.
- 3.
- +Экстренная операция.
4. Динамическое наблюдение.
5. Лапароскопия.

224. К постнекротическим осложнениям острого панкреатита относятся:

а. Панкреатогенный шок. б. Острая почечная недостаточность.

3.

Панкреатогенный абсцесс. г. Псевдокиста поджелудочной железы. д. Ферментативный перитонит. Правильным будет:

1. Все ответы верны.

2. а, в, г, д.

3.

+в, г.

4. б, д.

5. Только в.

225. В диагностике острого панкреатита наиболее информативны: а. Рентгенография желудка. б. Компьютерная томография. в. Портоспленография. г. Лапароскопия. д. Ультрасонография. Правильным будет:

1. б, в, г.

2.

+б, г, д.

3. а, б, д.

4. г, д.

5. Все ответы верны.

226. Дифференцировать острую кишечную непроходимость от острого панкреатита позволяют: а. Общий анализ крови. б. Определение уровня трансаминаз крови. в. Исследование электролитного состава крови. г. Определение амилазы в крови. д. Обзорная рентгеноскопия брюшной полости. Выберите правильную комбинацию ответов:

1. а, в.

2. б, г.

3. б, д.

4. в, д.

5.

+г, д.

227. Характер болей при деструктивном панкреатите:

1. схваткообразные боли;

2. боль неопределенного характера;

3. боль, вызывающая беспокойство;

4.

+сильная, постоянная боль;

5. боль отсутствует.

228. Больной 35 лет поступил в клинику с диагнозом острый панкреатит. Укажите наиболее информативный показатель в энзимной фазе заболевания:

1.

+амилаза крови;

2. трипсиноген;

3. аминотрансфераза;

4. альдолаза;

5. лактаза.

229. Больной поступил в клинику с подозрением на острый панкреатит.

Укажите наиболее информативный метод диагностики заболевания:

1. целиакография;

2.

+ультразвуковое исследование;

3. лапароцентез;

4. термография;

5. гастродуоденоскопия.

230. Выберите правильную комбинацию ответов у больных с осложнениями острого панкреатита: а) шок и острая сердечная недостаточность; б) перфорация желчного пузыря; в) перитонит; г) дивертикул 12-перстной кишки; д) аррозивные кровотечения.

1. а, в, г.

2. б, г, д.
3. а, б, в, г.
- 4.
- +а, в, д.

5. все ответы правильные.

231. Больная 40 лет поступила в клинику на 2 сутки с момента заболевания.

После осмотра и обследования поставлен диагноз: панкреонекроз.

Состояние средней тяжести, выраженная ферментативная интоксикация, клинической картины панкреатогенного перитонита нет. Какой метод лечения, угнетающий панкреатический протеиновый синтез, наиболее эффективен и доступен?

1. дренирование грудного лимфатического протока;
- 2.
- +цитостатики;
3. локальная желудочная гипотермия;
4. гемосорбция;
5. лапароскопический перитонеальный диализ.

232. Механизм лечебного действия цитостатиков при остром панкреатите:

1. блокада блуждающего нерва;
2. уменьшение воспаления в железе;
3. уменьшение болей;
- 4.
- +блокада белкового синтеза в клетках железы;
5. инактивация панкреатических ферментов.

233. Наиболее частые косвенные признаки острого панкреатита при гастродуоденоскопии:

1. острые язвы желудка;
2. острые язвы 12-перстной кишки;
- 3.
- +отек и гиперемия задней стенки желудка;
4. кровоизлияния на передней стенки желудка;
5. утолщение складок желудка и 12-перстной кишки.

234. Больной 30 лет поступил в клинику на 2-е сутки заболевания с диагнозом: острый панкреатит с выраженной ферментативной интоксикацией и панкреатогенным перитонитом. Укажите метод выведения панкреатических ферментов из организма:

1. локальная внутрижелудочная гипотермия;
- 2.
- +перитонеальный диализ;
3. перидуральная анестезия;
4. катетеризация пупочной вены;
5. катетеризация аорты.

235. Выберите наиболее информативные методы диагностики острого панкреатита (жирового, геморрагического) в стадии токсемии: а) рентгенологическое исследование желудка; б) целиакография; в) портография; г) лапароскопия; д) ультразвуковое исследование.

1. все ответы правильные.
2. б, в, г.
- 3.
- +г, д.
4. а, б, д.
5. в, г.

236. У больного 20 лет клиническая картина острого панкреатита, но нельзя исключить прободную язву желудка. Решено выполнить диагностическую лапароскопию. Выберите достоверный лапароскопический признак деструктивного панкреатита:

1. пневматизация кишечника;
2. гиперемия брюшины;
3. отек большого сальника;

4. наличие желудочного содержимого в брюшной полости;

5.

+бляшки стеатонекроза на брюшине.

237. В каком случае назначение цитостатиков при остром панкреатите нецелесообразно?

1. деструктивные формы панкреатита в стадии токсемии;

2. дыхательная недостаточность;

3.

+гнойные

осложнения

панкреатита

с

почечнопеченочной

недостаточностью;

4. коллапс;

5. желтуха.

238. Наиболее частая причина смерти при деструктивном панкреатите в поздние сроки заболевания:

1.

+гнойные осложнения;

2. желтуха;

3. энцефалопатия;

4. почечная недостаточность;

5. тромбоэмболия легочной артерии.

239. На 15-е сутки у больного с деструктивным панкреатитом сохраняются выраженные явления интоксикации, температура тела

39° С, озноб,

потливость, лейкоцитоз, гиперемия кожи в поясничной области. Диагноз:

1. отечный панкреатит;

2. абсцесс поджелудочной железы;

3. абсцесс сальниковой сумки;

4. гнойный перитонит;

5.

+забрюшинная флегмона.

240. Показания для внутривенного форсированного диуреза у больного с деструктивным панкреатитом:

1. геморрагический синдром;

2.

+интоксикация;

3. парез кишечника;

4. болевой синдром;

5. дыхательная недостаточность.

241. Показания к оперативному вмешательству при деструктивном панкреатите:

1. парапанкреатический инфильтрат;

2.

+гнойный парапанкреатит;

3. отек забрюшинной клетчатки;

4. панкреатогенный перитонит;

5. тяжелая интоксикация.

242. Больной госпитализирован в клинику с жалобами на боли в эпигастальной области, тошноту, рвоту. В течение 6 месяцев похудел на 15 кг.

При рентгенологическом исследовании желудка выявлено отеснение его кпереди. Предварительный диагноз:

1. стеноз привратника;

2.

+рак поджелудочной железы;

3. язвенная болезнь желудка;

4. рак желудка;

5. опухоль толстой кишки.

243. Характерными осложнениями первичного хронического панкреатита являются: а) холедохолитиаз; б) киста, свищи, регионарная портальная гипертензия; в) желтуха, сужение 12-перстной кишки; г) желудочное кровотечение; д) колит. Выберите правильную комбинацию ответов:

1. а, в, г.

2. г, д.

3.

+б, в.

4. а, г, д.

5. б, г.

244. Признаки инкреторной недостаточности поджелудочной железы при хроническом панкреатите:

1. желтуха;

2. частые потери сознания;

3.

+высокое содержание сахара в крови и моче;

4. увеличение печени, пальпируемый желчный пузырь;

5. креаторея, стеаторея.

245. У больного при РПХГ обнаружен расширенный главный панкреатический проток по типу «цепь озер», кальцинаты в протоке. При лабораторном исследовании выявлено повышение уровня сахара крови, признаки экскреторной недостаточности железы (креатостеаторея).

Укажите оптимальный вид операции:

1. субтотальная резекция железы;

2. панкреатодуоденальная резекция;

3.

+панкреатоеюностомия;

4. желудка;

5. дуоденоэнтеростомия.

246. Больной в течение

15 лет страдает хроническим панкреатитом.

Укажите простейший способ обнаружения кальциноза поджелудочной железы:

1. эксплоративная лапаротомия;

2. лапароскопия;

3. ирригоскопия;

4. холангиография;

5.

+обзорная рентгенография брюшной полости.

247. Больной в течение 10 лет страдает хроническим панкреатитом, отмечает частые поносы, похудание, боли после еды. Укажите характерные признаки нарушения внешнесекреторной деятельности поджелудочной железы:

1. сухость кожных покровов;

2. диабет;

3.

+креато- и стеаторея;

4. расширение вен передней брюшной стенки;

5. почечно-печеночная недостаточность.

248. Спустя 6 месяцев после перенесенного панкреонекроза у больного 45 лет при УЗИ выявлена киста тела поджелудочной железы 3х4 см. Укажите начальный вариант лечения:

1. цистозентероанастомоз;

2.

+наружное дренирование под контролем УЗИ;

3. панкреатодуоденальная резекция с пломбировкой протоков;

4. марсупиализация;
5. цистогастростомия.

249. Больной 40 лет в течение 10 лет страдал хроническим рецидивирующим панкреатитом. Во время операции заподозрен рак железы. Ваши действия для уточнения диагноза и определения объема оперативного вмешательства:

1. прекратить операцию, закрыть брюшную полость, дообследовать больного;
2. +цитологическое и гистологическое исследование биопсийного материала (срочное) с последующим определением объема операции;
3. панкреатэктомия;
4. наружный дренаж панкреатических протоков Т-образным дренажем;
5. маргинальная невротомия.

250. На 10-е сутки после резекции поджелудочной железы из дренажа, оставленного у культи железы, начало выделяться в больших количествах прозрачное содержимое без запаха. Каким методом можно уточнить характер осложнения?

1. эндоскопическая панкреатография;
2. лапароскопия;
3. +фистулография;
4. ультразвуковая эхолокация;
5. рентгенологическое исследование желудка и 12-перстной кишки.

251. Во время операции по поводу хронического панкреатита наиболее полное представление об изменениях в панкреатических протоках дает:

1. пункционная биопсия;
2. +интраоперационная панкреатография;
3. гистологическое исследование участков железы;
4. холангиоскопия;
5. дебитометрия желчных протоков.

252. Наружное дренирование кисты поджелудочной железы показано при:

1. малигнизации;
2. +нагноении кисты;
3. механической желтухе;
4. кровотечении в просвет кисты;
5. для этой операции нет показаний.

253. Укажите показатель лабораторного теста исследования внутрисекреторной функции поджелудочной железы:

1. +сахар крови;
2. секретин;
3. панкреозимин крови;
4. железо;
5. адреналин крови.

254. Назовите пищеварительные гормоны, участвующие в регуляции секреции панкреатического сока:

1. калликреин;
2. +секретин, панкреозимин;
3. брадикинин;
4. трипсин;
5. адреналин.

255. Во время операции у больной 70 лет обнаружена большая киста тела поджелудочной железы, спаянная с задней стенкой желудка. Какая операция наиболее целесообразна в данной ситуации?

1. иссечение кисты по Мельникову;

- 2.
- +цистогастроанастомоз;
3. цистодуоденоанастомоз;
4. цистозэнтероанастомоз с энтероэнтероанастомозом;
5. резекция желудка с кистой.

256. У больного 40 лет с хроническим панкреатитом при РПХГ обнаружен стеноз фатерова соска на протяжении 0,8 см. Какой метод лечения Вы предпочтете?

1. холедоходуоденоанастомоз;
- 2.
- +эндоскопическая папиллотомия;
3. холецистоэнтероанастомоз;
4. трансдуоденальная папиллосфинктеропластика;
5. наружное дренирование холедоха.

257. Больной 40 лет жалуется на слабость, головные боли, потливость, тремор рук, усиливающийся при физической нагрузке. При исследовании сахара крови - гипогликемия. При компьютерной томографии выявлено образование в теле поджелудочной железы до 3 см в диаметре. Диагноз:

- 1.
- +инсулинома;
2. глюкагонома;
3. гастринома;
4. цистаденокарцинома;
5. ацинарный рак.

258. На операции обнаружено образование в хвосте поджелудочной железы 3х4 см. Больной длительное время страдал сахарным диабетом. При гистологическом исследовании установлено, что опухоль исходит из альфаклеток. Укажите вид операции:

1. панкреатэктомия;
- 2.
- +энуклеация опухоли;
3. гемирезекция железы с опухолью;
4. маргинальная невротомия;
5. панкреатодуоденальная резекция.

259. Больная 63 лет жалуется на постоянные тупые боли в эпигастральной области, плохой аппетит, слабость, похудание, субфебрильную температуру. Перед поступлением в клинику появилась иктеричность склер. Какие методы диагностики Вы предпочтете? а) спленопортография; б) ретроградная панкреатохолангиография; в) лапароскопия; г) УЗИ и КТ; д) лапароцентез. Выберите правильную комбинацию ответов:

1. а, б, д.
- 2.
- +б, г.
3. в, г, д.
4. а, д.
5. все указанные методы.

260. Больной 30 лет жалуется на боли в эпигастральной области, тошноту, периодически – рвоту. Ежегодно выявляется язва двенадцатиперстной кишки, осложняющаяся кровотечением. При гастродуоденоскопии обнаружена пенетрирующая язва желудка, выявлены высокий уровень гастрина в крови, высокая кислотность желудочного сока. Укажите причину заболевания:

1. глюкагонома;
- 2.
- +гастринома;
3. смешанная опухоль поджелудочной железы;
4. опухоль ацинарной ткани;
5. инсулинома.

261. У больной 45 лет на операции подтвержден диагноз рака головки

поджелудочной железы. Железа подвижна, метастазов нет. Выберите радикальную операцию:

1. гемирезекция поджелудочной железы;
- 2.
- +панкреатодуоденальная резекция;
3. цистозентероанастомоз;
4. гастрозентероанастомоз;
5. панкреатозентероанастомоз.

262. Больной 58 лет поступил с жалобами на боли в эпигастриальной области, похудание на 10 кг, отвращение к жирным продуктам, плохой аппетит, метеоризм, поносы, повышение температуры тела (37,3° С). Болен около года. При осмотре: желтушность кожных покровов, при пальпации живота определяется увеличенный, безболезненный желчный пузырь.

Предположительный диагноз:

1. язва желудка;
2. острый холецистит;
- 3.
- +рак поджелудочной железы;
4. гепатит;
5. ХДН.

263. У больной 60 лет при поступлении жалобы на опоясывающие боли в эпигастриальной области, многократную рвоту пищей и желчью. При пальпации: болезненность в эпигастриальной области с раздражением брюшины. Тахикардия. Лейкоциты крови $-10,0 \times 10^9/\text{л}$, амилаза крови -130 г/л

(по Каравею). На рентгенограмме

- пневматизация поперечно-ободочной кишки. Ваш диагноз:

- 1.
- +острый панкреатит;
2. обострение язвенной болезни;
3. острый гастрит;
4. острый холецистит;
5. острая кишечная непроходимость.

264. Укажите доброкачественные эпителиальные опухоли поджелудочной железы: а) аденома; б) папиллома; в) цистаденома; г) фиброма; д) миксома; е) гемангиома; ж) миома; з) невринома. Выберите правильную комбинацию ответов:

- 1.
- +а, б, в.
2. а, б, д.
3. б, г.
4. а, в, е.
5. г, е, ж, з.

265. У больной 70 лет с механической желтухой на операции обнаружена опухоль головки поджелудочной железы. Желчный пузырь увеличен в размерах. При пункции получена густая, темная желчь. Единичные метастазы в печень. Какая операция необходима?

1. панкреатодуоденальная резекция;
- 2.
- +холецистозентероанастомоз с энтероэнтероанастомозом;
3. холецистэктомия;
4. холедоходуоденоанастомоз;
5. наружное дренирование холедоха.

266. У больной 70 лет – интенсивная механическая желтуха в течение месяца. Отмечает кожный зуд, потерю аппетита и массы тела. Желчный пузырь увеличен, безболезненный. Предположительный диагноз:

1. рак желчного пузыря;
- 2.

+рак головки поджелудочной железы;

3. рак печени;

4. рак желудка;

5. рак ободочной кишки.

267. Больной 35 лет заболел внезапно после погрешности в диете. В анамнезе: язвенная болезнь 12-перстной кишки. Боли в эпигастриальной области, а затем по всему животу, рвота. Состояние тяжелое, цианоз, тахикардия. Температура

—

37° С, АД

—

110/80 мм рт. ст., язык

обложен, сухой. При пальпации живота отмечается болезненность во всех отделах,

положительные симптомы раздражения брюшины,

перистальтика ослаблена. На рентгенограмме: свободного воздуха в брюшной полости нет. Как уточнить причину перитонита?

1. УЗИ;

2. гастродуоденоскопия;

3. пневмогастрография;

4.

+лапароскопия;

5. рентгенологическое исследование желудка и 12-перстной кишки.

268. У больной 40 лет с клиникой разлитого перитонита при лапароскопии обнаружен геморрагический выпот в количестве 1,5 л, гематома в области брыжейки поперечно-ободочной кишки и гепатодуоденальной связки, гиперемия брюшины; желчный пузырь обычных размеров. Ваш диагноз:

1. закрытая травма брюшной полости;

2. внематочная беременность;

3.

+геморрагический панкреонекроз;

4. разрыв кисты яичника;

5. разрыв селезенки.

269. Во время лапароскопии у больного 40 лет обнаружено до 1,5 л геморрагической жидкости. Какие дополнительные лабораторные исследования жидкости позволят уточнить диагноз?

1. определение лейкоцитов;

2. определение гемоглобина;

3.

+определение амилазы;

4. цитологическое исследование;

5. исследование микробной флоры.

270. Больной 40 лет с клиникой геморрагического панкреонекроза 2 недели лечится в стационаре. Температура тела 39°С, озноб, потливость, боли в эпигастриальной области, лейкоциты

— 15,0x10⁹/л. В эпигастриальной

области пальпируется больших размеров инфильтрат. Какое

инструментальное обследование необходимо для уточнения характера осложнения:

1. гастродуоденоскопия;

2. рентгенография желудка;

3. рентгенография толстой кишки;

4. лапароскопия;

5.

+УЗИ с возможной пункцией.

271. У больного 45 лет с постнекротическим инфильтратом в эпигастриальной области при пункции железы под контролем УЗИ получено гнойное содержимое. В сальниковой сумке определяется отграниченное жидкостное образование, железа увеличена в размерах. Какой метод

лечения следует выбрать:

1. антибиотикотерапия и дезинтоксикационная терапия;
 2. противовоспалительная терапия и физиотерапия;
 3. противовоспалительная терапия и рентгенотерапия;
 4. лапаротомия, вскрытие и дренирование сальниковой сумки;
 - 5.
- +дренирование гнойника под контролем УЗИ с промыванием полости антисептиками.

6. Острая кишечная непроходимость.

272. Укажите наиболее информативный метод исследования при острой кишечной непроходимости:

- 1.
- +обзорная рентгенография брюшной полости
2. фиброколоноскопия
3. гастроскопия
4. ангиография
5. УЗИ

273. Выберите признак нежизнеспособности ущемленной петли кишки:

1. гиперемия серозной оболочки
- 2.
- +отсутствие перистальтики и пульсации брыжеечных сосудов
3. кал с примесью крови
4. наличие мутной грыжевой воды
5. дилатация приводящего сегмента кишки

274. Инвагинация относится к непроходимости:

1. спастической
 2. паралитической
 3. обтурационной
 4. странгуляционной
 - 5.
- +смешанной

275.

Консервативное лечение острой кишечной непроходимости применяется только при:

1. Завороте
2. Узлообразовании
3. Инвагинации
- 4.
- +Динамической непроходимости
5. Обтурации желчным камнем

276. Не нарушается кровообращение в брыжейке кишки при:

1. Завороте
- 2.
- +Обтурации
3. Узлообразовании
4. Инвагинации
5. Ущемлении

277. Самым информативным методом ранней диагностики острой тонкокишечной непроходимости является один из следующих:

1. Обзорная рентгеноскопия брюшной полости;
2. Лапароскопия;
- 3.
- +Ирригоскопия;
4. ФГДС;
5. Колоноскопия.

278. Эффект от консервативного лечения наиболее вероятен при следующих видах острой кишечной непроходимости: а. Заворот тонкой кишки; б. Узлообразование между петлями тонкой и сигмовидной кишкой; в. Спастическая кишечная непроходимость; г. Травматический парез

кишечника; д. Копростаз. Выберите правильное сочетание ответов:

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

279.

Клиническими признаками странгуляционной кишечной непроходимости являются: а. Постоянные боли в животе; б. Однократная рвота; в. Многократная рвота; г. Схваткообразные боли в животе; д. Положительный симптом «шума плеска»^а. Правильным будет:

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

280. В раннем периоде заболевания при острой тонкокишечной непроходимости в организме больного развивается: а. Гиперкалиемия; б. Дегидратация; в. Снижение гематокрита; г. Повышение гематокрита; д. Гипокалиемия. Выберите правильное сочетание ответов:

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

281. Для обтурационной кишечной непроходимости патогномоничны следующие симптомы: а. Постоянные боли в животе; б. Схваткообразные боли в животе; в. Рвота цвета кофейной гущи; г. Вздутие живота; д. Западение эпигастральной области. Выберите правильное сочетание ответов:

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

282. Решающими методами исследования в постановке диагноза «острая кишечная непроходимость»^а являются: а. Обзорная рентгеноскопия брюшной полости; б. Исследование пассажа бария по кишечнику; в. Эзофагогастродуоденоскопия; г. Лапароскопия; д. Определение электролитов плазмы. Выберите правильную комбинацию ответов:

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

283. Схваткообразные боли в животе наблюдаются при следующих острых заболеваниях органов брюшной полости: а. Кишечной непроходимостью, обусловленной обтурацией просвета поперечной ободочной кишки опухолью; б. Параличе тонкого кишечника, вызванном оперативным вмешательством на аорте; в. Завороте тонкой кишки; г. Жировом панкреонекрозе; д. Инвагинации тонкой кишки в слепую. Выберите правильную комбинацию ответов:

1. б,д;
2. в,г;
3. а,в,д;

4. а,б,г,д;

5. При всех перечисленных заболеваниях.

284. При каком виде кишечной непроходимости могут наблюдаться кровянистые выделения из прямой кишки?

1. Паралитической;

2. Спастической;

3.

+Инвагинации;

4. Завороте тонкой кишки;

5. Инфаркте кишечника.

285. В каких случаях применяют консервативное лечение острой кишечной непроходимости? а. Заворот; б. Узлообразование; в. Спастическая непроходимость; г. Паралитическая непроходимость; д. Копростаз.

Правильным будет:

1. а,в,д;

2. б,в,д;

3.

+в,г,д;

4. б,г,д;

5. а,г,д.

286. При выборе лечебной тактики у больного с острой кишечной непроходимостью ориентируются на: а. Вид непроходимости; б.

Локализацию уровня непроходимости; в. Наличие перитонеальных симптомов; г. Интенсивность перистальтики; д. Интенсивность болей.

Выберите правильное сочетание ответов:

1. а,г;

2. б,д;

3. в,г;

4. г,д;

5. а,б,в.

287. Больной оперируется по поводу острой кишечной непроходимости. На операции обнаружен заворот около 1,5 м тонкой кишки на 360 градусов.

После расправления заворота, новокаиновой блокады брыжейки и согревания петли кишки последняя приобрела багровый оттенок с пятнами цианоза, не перистальтирует, пульсация терминальных отделов брыжейки не определяется. Укажите оптимальный вариант хирургической тактики:

1.

+Необходимо выполнить резекцию тонкой кишки с наложением анастомоза, назоинтестинальную интубацию;

2. Следует

ограничиться

назоинтестинальной

интубацией и

лапаростомией;

3. Целесообразно наложить илиотрансверзоанастомоз «бок в бок»^а;

4. Операцию нужно закончить лапаростомией, от резекции кишки воздержаться;

5. Показана интестинопликация по Ноблю.

288. Больному с раком слепой кишки, осложненным острой кишечной непроходимостью, в ранние сроки заболевания рациональнее всего выполнить следующую операцию:

1.

+Правостороннюю гемиколэктомию с илиотрансверзоанастомозом;

2. Наложение илиостомы;

3. Наложение цекостомы;

4. Операцию Гартмана;

5. Операцию Микулича.

289. Для низкой толстокишечной непроходимости характерно все, кроме:

1. Постепенного нарастания симптомов;

2. Вздутия живота;

3. Появления чаш Клойбера;
4. Задержки стула;
- 5.

+Быстрого обезвоживания.

290. Причиной развития паралитической кишечной непроходимости может быть: а. Перитонит; б. Свинцовое отравление; в. Острый панкреатит; г. Забрюшинная гематома;

д.

Расстройство

мезентериального

кровообращения. Отметьте лучшую комбинацию ответов:

1. а,б,в,г;
2. б,в,г,д;
3. а,в,г,д;
4. Все верно;
5. Все неверно.

291. Дегидратация организма наиболее быстро развивается при:

- 1.
- +Завороте тонкой кишки;
2. Завороте сигмовидной кишки;
3. Опухоли прямой кишки с явлениями кишечной непроходимости;
4. Обтурационной толстокишечной непроходимости;
5. Илеоцекальной инвагинации.

292. Появление симптома

«шума плеска» при острой кишечной

непроходимости объясняется:

1. Наличием выпота в брюшной полости;
- 2.
- +Скоплением жидкости и газа в приводящей петле кишечника;
3. Скоплением жидкости и газа в отводящей петле кишечника;
4. Наличием свободного газа в брюшной полости;
5. Все перечисленное неверно.

293. Больной 66 лет оперируется по поводу острой кишечной непроходимости, первые признаки которой появились трое суток назад. На операции установлено, что имеется опухоль сигмовидной кишки, полностью обтурирующая просвет. Проксимальнее опухоли ободочная и подвздошная кишки резко раздуты, переполнены жидким содержимым и газами. Дистальнее опухоли сигмовидная кишка в спавшемся состоянии. Видимых метастазов не выявлено. Больному следует выполнить оперативное вмешательство в следующем объеме: а. Мезосигмопликация по Гаген-Торну; б. Обструктивная резекция сигмовидной кишки, одностольная колостомия; в. Обходной илиосигмоанастомоз «бок в бок»; г. Назоинтестинальная интубация; 5. Субтотальная колэктомия, энтеростомия. Правильным будет:

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

294. Для паралитической кишечной непроходимости характерно: а. Асимметрия живота; б. Задержка стула и газов; в. Схваткообразные боли в животе; г. Резкое равномерное вздутие живота; д. Симптом Цеге-Мантейфеля. Отметьте лучшую комбинацию ответов:

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

+б,г.

295. Характерными признаками острой механической кишечной непроходимости являются: а. Постоянные боли в животе; б. Однократная рвота; в. Положительный симптом «шума плеска»^а; г. Схваткообразные боли в животе; д. Многократная рвота. Правильным будет:

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

+в,г,д.

296. Для обтурационной кишечной непроходимости характерны следующие рентгенологические признаки: а. Чаши Клойбера; б. Свободный газ под правым куполом диафрагмы; в. Крипты Керкрингера («симптом

перистости»^а); г. Симптом Валя; д. Симптом Цеге-Мантейфеля.

Правильным будет:

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

297. Лечебные мероприятия при обтурационной кишечной непроходимости заключаются в следующем: а. Введение спазмолитиков; б. Выполнение сифонной клизмы; в. Коррекция водно-электролитных нарушений; г. Введение наркотических обезболивающих; д. Применение препаратов, усиливающих моторику кишечника. Отметьте лучшую комбинацию ответов:

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

298. Срочное оперативное вмешательство при острой механической кишечной непроходимости показано в следующих случаях: а. При завороте тонкой кишки; б. При выраженных водно-электролитных нарушениях; в. В период заболевания, сопровождающийся схваткообразными болями в животе; г. При появлении признаков местного перитонита; д. При выявлении множественных «чаш Клойбера»^а. Выберите лучшую комбинацию ответов:

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

+Все ответы верны.

299. При определении жизнеспособности кишки, подвергнувшейся странгуляции, необходимо ориентироваться на: а. Цвет кишки; б. Наличие перистальтики в зоне странгуляции; в. Пульсацию сосудов брыжейки; г. Наличие выпота в брюшной полости; д. Наличие странгуляционных борозд. Правильным будет:

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

+б,в,д.

300. У больной 75 лет, с острой кишечной непроходимостью на почве опухоли сигмовидной кишки, поступившей в поздние сроки заболевания, наиболее рациональна следующая тактика:

1. Обследование и выполнение операции через 48-72 часа;
2. Строго консервативная терапия;
3. Инфузионная терапия и сифонные клизмы;
4. Подготовка к операции в течение 2-3 часов с последующим выполнением операции Гартмана;
5. +Экстренная операция с выполнением резекции сигмовидной кишки и анастомозом «конец в конец»^а.

301. Наиболее частой причиной тонкокишечной механической непроходимости являются:

1. Инородные тела;
2. Желчные камни;
3. Опухоли;
4. +Спайки брюшной полости;
5. Гельминты.

7. Осложнения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки

302. Наиболее информативным методом диагностики перфоративных язв является:

1. эзофагогастродуоденоскопия
2. УЗИ
3. лапароцентез
4. +лапароскопия
5. обзорная рентгенография брюшной полости

303. При рецидиве язвенного гастродуоденального кровотечения показано:

1. +экстренная операция
2. срочное хирургическое вмешательство
3. эндоваскулярная селективная гемостатическая терапия
4. повторная эндоскопическая гемостатическая терапия
5. интенсивная консервативная гемостатическая терапия

304. Установить источник гастродуоденального кровотечения позволяет:

1. рентгенологическое исследование желудка
2. лапароскопия
3. назогастральный зонд
4. +ЭГДС
5. повторное определение гемоглобина и гематокрита

305. Исчезновение болей и появление «мелены»^а при дуоденальной язве характерно для:

1. Пилородуоденального стеноза
2. Перфорации язвы
3. Малигнизации язвы
4. +Кровотечения
5. Пенетрации в поджелудочную железу

306. При установлении диагноза перфоративной язвы показаны:

1. +Экстренная операция
2. Консервативное лечение в течение 24 час
3. Консервативное лечение по Тейлору
4. Динамическое наблюдение
5. Амбулаторное лечение

307. Пенетрирующая язва желудка и двенадцатиперстной кишки может

привести к развитию: а. Абсцесса брюшной полости. б. Пилефлебита. в. Желудочноорганного свища. г. Острого панкреатита. д. Кровотечения. Выберите правильное сочетание ответов:

1. а,в,д;
2. б,в,г;
3. а,б,в ;
- 4.
- +в,г,д;
5. Всё верно.

308.

Объясните причину появления напряжения мышц в правой подвздошной области, возникающего при прободной язве 12 п.к.:

1. Рефлекторные связи через спинномозговые нервы;
2. Скопление воздуха в брюшной полости;
- 3.
- +Затекание кислого желудочного содержимого по правому боковому каналу;
4. Развивающийся разлитой перитонит;
5. Висцеро-висцеральные связи с червеобразным отростком.

309. В патогенезе язвенной болезни желудка играют роль: а. Снижение моторики желудка. б. Дуоденогастральный рефлюкс. в. Стеноз чревного ствола. г. Нарушение защитных свойств слизистой оболочки. д. Рефлюкс-эзофагит. Выберите правильную комбинацию ответов:

- 1.
- +а,б,г;
2. б,г,д;
3. а,б,в,г;
4. а,в,г;
5. Все ответы правильные.

310. Среди препаратов, применяемых для лечения язвенной болезни 12-перстной кишки, одна из групп указана неправильно:

1. Гистаминоблокаторы;
2. Н-2 блокаторы;
- 3.
- +Нестероидные противовоспалительные средства;
4. Антацидные препараты;
5. Седативные средства.

311. Больному, страдающему язвой 12-перстной кишки, пенетрирующей в поджелудочную железу, предпочтительно выполнить следующую операцию:

1. Дистальную субтотальную резекцию желудка;
- 2.
- +Резекцию 2/3 желудка по Гофместеру-Финстереру;
3. Стволовую ваготомию и дренирующую операцию;
4. Селективную проксимальную ваготомию;
5. Пилоропластику по Финнею.

312. Объем резекции желудка (2/3) при операциях по поводу язвенной болезни 12-перстной кишки обусловлен:

1. Особенности кровоснабжения желудка;
2. Необходимостью сохранения достаточного для нормального пищеварения объема культи желудка;
- 3.
- +Необходимостью удаления гастрин- и кислотопродуцирующей зоны желудка;
4. Является оптимальным для наложения надежного

гастроэнтероанастомоза;

5. Все ответы правильные.

313. Среди способов исследования секреторной активности желудка наиболее информативными являются: а. Фракционное зондирование желудка. б. Фракционное зондирование желудка с использованием максимального ги-стаминового теста Кея. в. Фракционное зондирование желудка с использованием инсулинового теста Голландера. г. Электрогастрография. д. Хромогастроскопия. Выберите правильную комбинацию ответов:

1. а,б,г;

2. а,б,в;

3.

+б,в,;

4. в,д;

5. Все ответы правильные.

314. Среди осложнений язвенной болезни выберите состояния, всегда являющиеся показанием к экстренному оперативному вмешательству: а. Перфорация. б. Пенетрация. в. Декомпенсированный стеноз привратника. г. Малигнизация. д. Профузное желудочнокишечное кровотечение. Правильным будет:

1. а,г,д;

2. а,в,д;

3.

+а,д;

4. Только а;

5. Все ответы правильные.

315. Изолированная селективная проксимальная ваготомия показана при:

1. Язве антрального отдела желудка;

2. Дуоденальной язве с явлениями субкомпенсированного стеноза привратника;

3. Прободной язве 12-перстной кишки;

4.

+Дуоденальной хронической язве без явлений стеноза;

5. Гастродуоденальном кровотечении.

316. Показаниями к хирургическому лечению неосложненной язвенной болезни желудка являются: а. Язва, резистентная к H_2 - блокаторам и антацидным препаратам. б. Инвалидизирующая язва. в. Длительный язвенный анамнез с частыми обострениями. г. Молодой возраст больного. д. Язва, не заживающая более 3 месяцев. Выберите правильную комбинацию ответов:

1. а,в,г;

2. а,в,д;

3. б,в,д;

4. а,б,в,д;

5.

+Все ответы правильные.

317. Выберите осложнение язвенной болезни желудка, для которого характерно вынужденное положение больного с приведенными к животу ногами и доскообразное напряжение брюшных мышц:

1. Пенетрация язвы в малый сальник;

2. Прикрытая перфорация;

3.

+Перфорация в свободную брюшную полость;

4. Пенетрация в поджелудочную железу;

5. Декомпенсированный стеноз привратника, протекающий с выраженными водно-электролитными нарушениями.

318. Типичными осложнениями язвы передней стенки 12-перстной кишки являются: а. Перфорация. б. Кровотечение. в. Пенетрация в головку поджелудочной железы. г. Перфорация и пенетрация в головку поджелудочной железы. д. Перфорация в забрюшинное пространство. Правильным

будет:

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

+а,б.

319. Максимальный гистаминовый тест, применяемый при язвенной болезни, используют в целях:

1. Исследования моторики желудка;
- 2.
- +Исследования гуморальной фазы желудочной секреции;
3. Определения ощелачивающей функции антрального отдела желудка;
4. Определения базальной кислотопродукции желудка;
5. Оценки эффективности терапии гистаминоблокаторами.

320. При трансформации язвы желудка в рак можно отметить появление следующих клинических признаков: а. Появление ахилии. б. Изменение ритма болей. в. Появление анемии. г. Изменение аппетита. д. Уплотнение "ниши" при рентгенологическом исследовании желудка. Укажите лучшую комбинацию ответов:

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

+Все ответы верные.

321. У больного 56 лет, неотягощенного сопутствующими заболеваниями, оперированного через 4 часа от начала заболевания, во время операции обнаружена перфоративная язва антрального отдела желудка. Ваша тактика?

1. Ушивание язвы;
- 2.
- +Резекция 2/3 желудка;
3. Резекция 3/4 желудка с большим и малым сальником;
4. Ушивание язвы и трунккулярная ваготомия;
5. Антрумэктомия.

322. Для декомпенсированного стеноза привратника характерно: 1. Рвота пищей, съеденной накануне. 2. Напряжение мышц брюшной стенки. 3. Снижение диуреза. 4. Симптом "шум плеска" в желудке натощак. 5. Задержка бария в желудке более 24 час, определяемая при рентгеноскопии желудка. Правильным будет:

1. а,б,г;
- 2.
- +а,в,г,д;
3. а,б,г,д,;
4. а,б,в,г;
5. Все ответы верные.

323. Симптомами прободной язвы желудка являются: а. "Кинжальная" боль. б. Доскообразный живот. в. Многократная рвота. г. Положительный симптом «исчезновения печеночной тупости»^а. д. Схваткообразные боли в верхней половине живота. Правильным будет:

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

324. У больного 65 лет, страдающего 4 года язвенной болезнью, диагностирована прободная язва 12-перстной кишки. Давность заболевания 15 ча-

сов. Какая операция предпочтительна в этом случае?

- 1.
- +Ушивание перфорации;
2. Стволовая ваготомия с пилоропластикой по Финнею;
3. Резекция желудка;
4. Гастроэнтероанастомоз;
5. Антрумэктомия вместе с язвой 12-перстной кишки

325. Больному 32 лет с прикрытой перфорацией язвы 12-перстной кишки, поступившему через сутки с момента заболевания, показано:

- 1.
- +Экстренная операция;
2. Строго консервативное лечение;
3. Операция в случае неэффективности консервативного лечения;
4. Лечение по методу Тэйлора;
5. Лапароскопическое дренирование брюшной полости.

326. Для кровоточащей язвы 12-перстной кишки характерны следующие клинические признаки: а. Усиление болей в животе. б. Рвота "кофейной гущей". в. Уменьшение болевого синдрома. г. Брадикардия. д. Мелена.

Укажите оптимальную комбинацию ответов:

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

327. У больных с язвенной болезнью риск желудочно-кишечного кровотечения наиболее высок при:

1. Перфорации язвы;
 2. Стенозе привратника;
 - 3.
- +Пенетрации язвы в малый сальник;
4. Малигнизации;
 5. Во всех случаях.

328. При прободной язве желудка, в случае категорического отказа больного от операции показано: а. Промывание желудка холодной водой. б.

Длительная назогастральная аспирация. в. Стимуляция кишечника. г.

Антибактериальная терапия. д. Придать больному положение

Тренделенбурга. Выберите правильное сочетание ответов:

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

329. Укажите осложнения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, для которого характерно исчезновение болей в эпигастрии и появление мелены.

1. Пилорoduоденальный стеноз;
 2. Перфорация язвы;
 - 3.
- +Кровотечение из язвы;
4. Малигнизация язвы;
 5. Пенетрация язвы в поджелудочную железу.

330. Укажите патофизиологические сдвиги, характерные для декомпенсированного стеноза привратника: а. Гиперволемиа. б. Анемия. в. Метаболический алкалоз. г. Гиповолемиа. д. Респираторный ацидоз. е. Гипокалемия. ж. Гиперкалемия. Правильным будет:

1. а,в,е;
2. б,г,ж;

3.

+в,г,е;

4. г,д,ж;

5. б,в,г.

331. Оптимальным вариантом хирургического лечения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, осложненной субкомпенсированным стенозом привратника, является:

1. Передняя гастроэнтеростомия;

2. Гастродуоденоанастомоз;

3. Селективная проксимальная ваготомия;

4.

+Селективная проксимальная ваготомия в сочетании с пилоропластикой по Финнею;

5. Субтотальная резекция желудка вместе с большим и малым сальником.

332. Какое вещество вырабатывают G-клетки?

1. пепсин;

2.

+гастрин;

3. пепсиноген;

4. соляная кислота;

5. глюкагон.

333. Какой из перечисленных гормонов и гуморальных факторов не имеет отношения к регуляции кислотопродукции?

1. холецистокинин;

2. гастрин;

3. ацетилхолин;

4.

+глюкагон;

5. секретин.

334. Какой признак наиболее точно характеризует так называемое "нарушение дуоденальной проходимости", обусловленное синдромом верхней брыжеечной артерии? а) встречается у молодых неполных женщин; б) состоит в сдавлении двенадцатиперстной кишки верхней брыжеечной артерией; в) типичными проявлениями являются тошно-та, рвота и боль в эпигастральной области после еды; г) облегчение наступает по мере увеличения массы тел. Выберите правильную комбинацию ответов:

1. а, б.

2. б, в.

3.

+все ответы правильные.

4. б, г.

5. в, г.

335. Какой из нижеперечисленных факторов не является фактором агрессии в патогенезе язвенной болезни?

1. соляная кислота;

2. пепсин;

3.

+хеликобактер пилори;

4. нестероидные противовоспалительные средства;

5. бикарбонаты.

336. Изолированная селективная проксимальная ваготомия не показана при следующих состояниях: а) препилорической язве желудка; б) медиогастральной язве желудка; в) хронической дуоденальной язве; г) язве двенадцатиперстной кишки, осложненной компенсированным стенозом; д) язве двенадцатиперстной кишки, осложненной субкомпенсированным стенозом. Выберите правильную комбинацию ответов:

1. а, б, в.

2.

- +а, б, г, д.
- 3. б, в, г, д.
- 4. в, д.
- 5. б, в, г.

337. Какие методики определения желудочной секреции соляной кислоты следует использовать перед планированием операции с ваготомией? а) аспирация желудочного содержимого тонким зондом с использованием раздражителей (капуста, кофеин); б) аспирация желудочного содержимого толстым зондом и использование тех же раздражителей; в) внутрижелудочная суточная рН-метрия; г) рН-метрия; д) аспирация желудочного содержимого тонким зондом с использованием парентеральных раздражителей. Выберите правильную комбинацию ответов:

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

338. После тщательного клинического обследования больному поставлен диагноз: синдром Золлингера-Эллиссона. Какое из утверждений можно считать верным в отношении этого синдрома?

- 1. данный синдром является послеоперационным осложнением хирургических вмешательств по поводу язвенной болезни и приводит к устойчивым рвотам после приема пищи;
- 2. данный синдром известен также как синдром верхней брыжеечной артерии;
- 3. данный синдром состоит в нарушении проходимости дистальных отделов желудка, обусловленном язвенной деформацией;
- 4.

+это форма тяжелого течения язвенной болезни, вызванной гастринпродуцирующей опухолью поджелудочной железы;

5. встречается в психиатрической практике у больных, часто глотающих инородные тела.

339. У больного 48 лет с гигантской язвой желудка с рецидивирующим течением (язвенной болезнью страдает на протяжении 11 лет) выявлена гистаминорефрактерная ахлоргидрия. Какова лечебная тактика?

- 1. стационарное консервативное лечение в течение 8 недель и выписка больного;
- 2. стационарное лечение до заживления язвы и выписка больного;
- 3. консервативное лечение в стационаре и последующее санаторно-курортное лечение;
- 4. курортное лечение;
- 5.

+противоязвенная терапия перед плановой операцией в рамках предоперационной подготовки;

6. экстренная операция.

340. Основными стимуляторами секреции кислоты в желудке являются: а) ацетилхолин; б) гистамин; в) гастрин; г) адреналин; д) простагландины. Выберите правильную комбинацию ответов:

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

341. У больного 48 лет сочетанная форма язвенной болезни (выраженная рубцовая язвенная деформация луковицы двенадцатиперстной кишки с субкомпенсированным пилоробульбарным стенозом и хроническая язва угла желудка). Какая операция показана больному?

- 1.

- +резекция желудка;
- 2. селективная проксимальная ваготомия;
- 3. стволовая ваготомия с пилоропластикой;
- 4. гастроэнтеростомия;
- 5. ваготомия с гемигастрэктомией.

342. Какие из перечисленных симптомов характерны для кровоточащей гастродуоденальной язвы? а) усиление болей в животе; б) отсутствие болевого синдрома в этот период; в) кал по типу "малинового желе"; г) рвота "кофейной гущей"; д) мелена. Выберите правильную комбинацию ответов:

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

343. Определите основные показатели, характеризующие кровотечение тяжелой степени: а) частота пульса больше 120 ударов в минуту; б) систолическое АД ниже 80 мм рт.ст.; в) Hb ниже 80 г/л; г) дефицит ОЦК больше 20%; д) дефицит ГО больше 30%. Выберите правильную комбинацию ответов:

- 1. а, б, в.
- 2. б, в, г.
- 3.
- +все ответы правильные.
- 4. в, г, д.
- 5. все ответы неправильные.

344. Наиболее частым источником массивного кровотечения из верхних отделов ЖКТ является:

- 1. желудочная язва;
- 2. дуоденальная язва;
- 3. рак желудка;
- 4.
- +синдром Меллори-Вейсса;
- 5. геморрагический гастрит.

345. Какой из методов наиболее достоверен в определении точной локализации источника кровотечения из верхних отделов ЖКТ?

- 1. энтерография;
- 2. компьютерная томография;
- 3.
- +эндоскопическая эзофагогастродуоденоскопия;
- 4. ангиография;
- 5. радионуклидное сканирование.

346. Какие 2 метода хирургического лечения могут быть применены при синдроме Меллори-Вейсса? а) атрансторакальная перевязка варикозных вен; б) эндоскопический метод остановки кровотечения; в) лапаротомия, гастротомия с прошиванием кровоточащего сосуда; г) лапаротомия и резекция желудочно-пищеводного перехода; д) антибиотики и наблюдение. Выберите правильную комбинацию ответов:

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

347. У больного 44 лет, поступившего в стационар через 6 часов после начала массивного ЖКК, проявившегося рвотой алой кровью и коллапсом, произведена ЭГДС. Установлен источник кровотечения – дуоденальная язва – и выполнена эндоскопическая коагуляция сосудов в дне язвы, после чего кровотечение остановилось. В ходе интенсивной

терапии в отделении реанимации через 8 часов после ЭГДС наступил рецидив кровотечения. Что из нижеперечисленного показано данному больному?

1.

+экстренная лапаротомия;

2. внутривенное введение вазопрессина;

3. повторное эндоскопическое исследование;

4. введение назогастрального зонда и промывание желудка ледяной водой;

5. наблюдение и продолжение консервативных мероприятий.

348. Обязательными методами клинического обследования больных язвенной болезнью являются: а) рентгенологический; б) ЭГДС; в) исследование желудочной секреции; г) иономанометрия; д) УЗИ; е) КТ; ж) исследование на хеликобактер пилори. Выберите правильную комбинацию ответов:

1. а, б, ж.

2. а, б, в.

3.

+б, в, г.

4. в, г, д.

5. д, е, ж.

349. Триада Мондора при перфоративной язве включает в себя: а) язвенный анамнез; б) свободный газ на обзорном рентгенологическом снимке; в)

“доскообразный” живот; г) исчезновение печёночной тупости при перкуссии; д) “кинжальные” боли. Выберите правильную комбинацию ответов:

1. а, б, в.

2. а, в, д.

3.

+в, г, д.

4. б, г, д.

5. б, в, г.

350. Молодой мужчина поступил в приемное отделение с жалобами на сильнейшие боли в животе. Страдает язвенной болезнью несколько лет. АД - 90/60 мм рт. ст., пульс - 100 ударов в 1 мин, анурия. Пальпаторно: передняя брюшная стенка резко напряжена. Показания к неотложной операции у этого больного менее всего будут зависеть от следующего фактора:

1. общего состояния больного;

2. срока от начала заболевания;

3. степени распространенности перитонита;

4.

+длительности язвенного анамнеза;

5. цифр артериального давления.

351. Назовите классические клинические признаки перфоративной гастродуоденальной язвы в первые часы после начала заболевания: а) предшествующий прием алкоголя или чрезмерное физическое напряжение; б) резкая, “кинжальная” боль в эпигастрии; в) доскообразное напряжение мышц живота; г) “вагусный” замедленный пульс; д) наличие язвенного анамнеза. Выберите правильную комбинацию ответов:

1. а, б, в, г.

2. все правильно.

3. а, г, д.

4. б, в, г.

5.

+б, в, г, д.

352. Что из перечисленного является наиболее предпочтительным для больного молодого возраста с перфоративной дуоденальной язвой при отсутствии предшествующего язвенного анамнеза и других осложнений,

присущих язвенной болезни?

1. метод Вангенстина-Тейлора;
2. ваготомия с дренирующей желудок операцией;
3. резекция желудка;
4. лапароскопическое ушивание перфоративной язвы;
- 5.

+традиционное ушивание перфоративной язвы.

353. Женщина 75 лет поступила с картиной разлитого перитонита 3-суточной давности. Длительный язвенный анамнез. При обзорной рентгенографии брюшной полости выявлен "свободный газ". Данной больной показана:

1. эндоскопическая эзофагогастродуоденоскопия;
 2. рентгеноскопия желудка с барием;
 - 3.
- +неотложная лапаротомия;
4. наблюдение;
 5. УЗИ.

354. Мужчина 55 лет поступил в стационар с жалобами на рвоту пищей в течение недели. Длительный язвенный анамнез. В последние полтора года – частые рвоты съеденной накануне пищей. Похудание на 20 кг. Гематокрит – 55%. Какое лечение нецелесообразно?

1. выполнение эзофагогастродуоденоскопии с проведением зонда в тонкую кишку для эн-терального питания;
2. регулярное промывание желудка;
3. катетеризация центральной вены;
- 4.

+назначение метоклопрамида для стимуляции эвакуаторной функции желудка;

5. назначение H₂-блокаторов внутривенно.

355. Мужчина 55 лет поступил в стационар с жалобами на рвоту пищей в течение недели. Кожные покровы и слизистые оболочки сухие. Гематокрит – 55%. В анамнезе отмечен постоянный болевой синдром, сменяющийся в последнее время чувством тяжести в эпигастральной области. Ранее не обследовался. При рентгеноскопии желудка выявлен значительно увеличенный желудок. Укажите патологическое состояние, чаще других встречающееся при наличии указанных симптомов:

1. гипертензия;
 - 2.
- +электролитные нарушения;
3. лихорадка;
 4. нарушение функции печени;
 5. гипергликемия.

356. В каких случаях необходимо исследовать уровень гастрина у больных с пептической язвой? а) при множественных язвах; б) при рецидиве язвы после хирургического лечения; в) при базальной гипохлоргидрии; г) при длительно незаживающей язве; д) при базальной гиперхлоргидрии.

Выберите правильную комбинацию ответов:

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

357. У больного – декомпенсированный стеноз пилоро-бульбарной области на фоне 10-летнего язвенного анамнеза. В среднетяжелом состоянии он поступил с жалобами на многократную рвоту и отрыжку тухлым. Отмечает выраженную слабость. Истощен. Какой симптом является патогномоничным для данной категории больных?

1. симптом "падающей капли" и вздутия живота;

2. "кинжальная боль" в эпигастральной области и ригидность брюшной стенки;
 3. симптом "шума плеска";
 4. отсутствие перистальтики, стул в виде "малинового желе";
 5. +локальная болезненность при пальпации в правом подреберье и высокий лейкоцитоз.
- 358. У больного – декомпенсированный стеноз пилоро-бульбарной области на фоне 10-летнего язвенного анамнеза. В среднетяжелом состоянии он поступил с жалобами на многократную рвоту и отрыжку тухлым. Отмечает выраженную слабость. Истощен. Какое метаболическое нарушение является причиной состояния этого больного при поступлении?**
1. ни одно из перечисленных ниже нарушений;
 2. дыхательный ацидоз;
 3. метаболический ацидоз;
 4. дыхательный алкалоз;
 5. +метаболический алкалоз.
- 359. У больного – декомпенсированный стеноз пилоро-бульбарной области на фоне 10-летнего язвенного анамнеза. В среднетяжелом состоянии он поступил с жалобами на многократную рвоту и отрыжку тухлым. Отмечает выраженную слабость. Истощен. После стабилизации метаболических показателей и общего состояния больной дал согласие на оперативное лечение. При дообследовании выявлено, что больной гипосекретор, имеются эндоскопические признаки выраженного гастрита во всех отделах желудка. Выберите метод операции:**
1. селективная проксимальная ваготомия;
 2. ваготомия с дренирующей желудок операцией;
 3. +резекция желудка по Бильрот II;
 4. наложение гастростомы по Витцелю;
 5. фундопликация по Ниссену.
- 360. Выберите наиболее частую причину рецидива язвы после органосохраняющей операции с ваготомией при адекватном снижении кислотопродукции после операции:**
1. синдром Золлингера-Эллисона;
 2. неполная ваготомия;
 3. дуоденогастральный рефлюкс желчи;
 4. +гастрит оперированного желудка;
 5. чрезмерное употребление алкоголя.
- 361. У больного, перенесшего резецирующую операцию по поводу язвенной болезни, возник рецидив (по данным ЭГДС). Какова причина рецидива? а) синдром Золлингера-Эллисона; б) неполная ваготомия; в) оставленная при резекции часть антрума; г) экономная резекция желудка; д) нарушение диеты. Выберите правильную комбинацию ответов:**
1. а, б, в.
 2. в, г, д.
 3. б, в, г.
 4. +а, в, г.
 5. б, в, д.
- 362. У больного, перенесшего субтотальную резекцию желудка по поводу язвенной болезни, развился демпинг-синдром. Что из нижеперечисленного можно узнать при анализе жалоб этого больного, что точно характеризовало бы данный синдром? а) он вызывает чувство полноты в эпигастральной области и рвоту; б) вызывает тошноту, головокружение и сердцебиение; в) начинается в силу быстрого опорожнения желудка,**

приводящего к перерастяжению тощей кишки накапливающейся жидкостью; г) может быть купирован соблюдением соответствующей диеты. Выберите правильную комбинацию ответов:

1.

+все ответы правильные.

2. а, б.

3. б, в.

4. в, г.

5. г.

363. Какие утверждения в отношении синдрома приводящей петли можно считать верными? а) проявлением его являются тошнота, чувство тяжести и боли в эпигастральной области, разрешающиеся после рвоты с желчью без примеси пищи; б) часто встречается у больных, перенесших резекцию желудка по типу Бильрот I; в) лечение состоит в достижении адекватного дренирования приводящей петли, обычно путем реконструкции гастроеюностомы в анастомоз по Ру; г) синдром с трудом поддается лечению и нередко рецидивирует после оперативной реконструкции.

Выберите правильную комбинацию ответов:

1. а, б.

2. б, в.

3. в, г.

4.

+а, в.

5. б, г.

364. К предраковым заболеваниям желудка относятся следующие нозологии: а) хроническая язва желудка; б) синдром Меллори-Вейсса; в) полипоз желудка; г) хронический гастрит с дисплазией слизистой оболочки. Выберите правильную комбинацию ответов:

1. а, б, в.

2.

+а, в, г.

3. б, в, г.

4. а, б, г.

5. все ответы правильные.

365. Выберите три правильных утверждения, касающихся эпидемиологических аспектов рака желудка: а) заболеваемость раком желудка в некоторых развивающихся странах Восточной Европы и Японии снижается; б) встречаемость рака желудка среди мужчин вдвое выше, чем среди женщин; в) уровень 5-летней выживаемости после лечения больных с ранним раком желудка составляет около 40%; г) встречаемость рака желудка среди старших возрастных групп выше, чем у молодых; д) заболеваемость раком желудка и ободочной кишки, по статистическим данным, одинакова. Выберите правильную комбинацию ответов:

1.

+б, в, г.

2. а, б, в.

3. б, в, д.

4. а, г, д.

5. в, г, д.

366. Каковы дооперационные критерии раннего рака желудка? а) низкая степень морфологической дифференцировки опухоли; б) глубина инвазии, ограниченная слизистой оболочкой и подслизистой основой; в) опухоли размером менее

2 см

(по эндоскопическим данным); г) опухоли без

признаков раковой интоксикации; д) опухоли без метастазов Вирхова и Крукенберга. Выберите правильную комбинацию ответов:

1.

+б, в.

2. а, б.
3. а, г.
4. б, г.
5. г, д.

367. Больному после перенесенного ушивания малигнизированной перфоративной язвы желудка показано:

1. наблюдение без противоязвенной терапии;
2. наблюдение с проведением противоязвенной и антихеликобактерной терапии;
3. ваготомия с дренирующей желудок операцией через 2-3 месяца;
4. резекция желудка через 2-3 месяца;
- 5.

+гастрэктомия после обследования.

368. Прямыми рентгенологическими признаками язвенной болезни желудка являются: а) "ниша"; б) воспалительный вал; в) конвергенция складок слизистой оболочки; г) нарушение моторики желудка; д) изменение рельефа слизистой оболочки. Выберите правильную комбинацию ответов.

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

+а, б, д.

369. Больной 69 лет обратился с жалобами на постоянные боли в эпигастриальной области, не связанные с приемом пищи, нарастающую слабость, резкое снижение аппетита, работоспособности. Кожные покровы бледно-розовой окраски. В легких патологии не выявлено. Живот мягкий, несколько болезненный в эпигастрии. Врач заподозрил рак желудка, назначил ряд исследований. Какие находки позволяют подтвердить IV стадию заболевания? а) метастаз в область пупка; б) асцит; в) метастаз Вирхова; г) метастаз Шницлера; д) метастазы в печень. Выберите правильную комбинацию ответов:

1.

+все ответы правильные.

2. а, б.
3. б, в.
4. в, г.
5. г, д.

9. Заболевания тонкой и ободочной кишки.

370. При язвенном колите чаще всего поражается кишка:

1. восходящая
2. ободочная
3. нисходящая
4. слепая
- 5.

+прямая

371. При лечении неспецифического язвенного колита применяют все перечисленные препараты, кроме:

1. антибиотиков
- 2.

+слабительные

3. витаминов
4. иммуностимуляторов
5. гормональных препаратов

372. Для оперативного лечения язвенного колита применяется:

1. илеостомия
2. тотальная проктоколэктомия с илеостомией
3. субтотальная колэктомия с илеостомией

4.

+все названные операции

5. ни одна из них

373. При перфорации кишки, связанной с язвенным колитом, показано:

1.

+ушивание перфорации

2. проксимальная колостомия

3. тотальная колэктомия и илеостомия

4. резекция сегмента кишки с перфорацией

5. выведение петли с перфорацией из брюшной полости

374. Для болезни Крона не характерно:

1. развитие наружных и внутриорганных свищей

2. длительное течение заболевания

3.

+поражение только слизистой оболочки кишки

4. развитие параректальных свищей

5. анемия

375. Консервативное лечение неспецифического язвенного колита включает:

1. диету

2. витамины

3. сульфаниламиды

4. десенсибилизирующую терапию

5.

+все перечисленное

376. Дивертикулез обычно наблюдается:

1. в пищеводе

2. в желудке

3. в 12-перстной кишке

4. в подвздошной кишке

5.

+в ободочной кишке

377. Токсическая дилатация ободочной кишки при неспецифическом язвенном колите может осложняться:

1. кровотечением

2. перфорацией

3. кишечной непроходимостью

4. интоксикацией

5.

+всем названным

378. Дивертикул Меккеля может быть причиной:

1. инвагинации

2. кишечной непроходимости

3. перфорации

4. кровотечения

5.

+все перечисленное верно

379. При болезни Гиршпрунга не имеет диагностического значения:

1. ирригоскопия

2. исследование пассажа бария по толстой кишке

3.

+измерение тонуса внутреннего сфинктера прямой кишки

4. биопсия по Свенсону

5. колоноскопия

380. Чаще всего дивертикулез локализуется в кишке:

1. восходящей

2. поперечноободочной

3. слепой

4.

+сигмовидной

5. прямой

381. Наиболее достоверным методом диагностики полипов ободочной кишки является:

1. рентгеноскопическое исследование пероральным введением бария
2. +ирригоскопия
3. колоноскопия
4. исследование кала на скрытую слизь
5. УЗИ

382. Меккелев дивертикул является анатомическим элементом:

1. +подвздошной кишки
2. тощей кишки
3. он представляет собой выпячивание желчных ходов
4. часто возникает после аппендэктомии
5. все перечисленное верно

383. При острой правосторонней толстокишечной непроходимости при тяжелом состоянии больного необходимо выполнить:

1. правостороннюю гемиколэктомию
2. наложение обходного илеотрансверзоанастомоза
3. подвесную илеостомию
4. +цекастомию
5. резекцию кишки с опухолью

384. К облигатным предракам ободочной кишки относят:

1. ювенильные полипы
2. одиночный полип ободочной кишки
3. регионарный энтерит
4. терминальный илеит
5. +диффузный семейный полипоз

385. При обтурационной кишечной непроходимости на почве рака сигмовидной кишки в 80 лет показана:

1. +левосторонняя гемиколэктомия с наложением трансверзостомы
2. наложение трансверзостомы
3. обходной трансверзосигмоанастомоз
4. резекция сигмы с анастомозом конец в конец
5. объем операции определяется состоянием больного и брюшной полости

386. Для болезни Гиршпрунга характерны следующие симптомы: а. запоры; б. вздутие живота; в. рвота; г. периодические боли в животе; д. тошнота

1. а,б,в
2. а,в,г
3. б,в,г,д
4. а,б,г
5. все правильно

387. Неспецифический язвенный колит следует дифференцировать со следующими заболеваниями: а. дизентерией; б. раком прямой кишки; в. простатитом; г. болезнью Крона

1. а,б,в.
2. б,в.
3. в,г.
4. а,в,г.
5. +а,б,г.

388. Консервативное лечение дивертикулеза включает различные мероприятия, кроме:

1. спазмолитиков
2. сульфаниламидных препаратов

3.

+цитостатиков

4. теплых клизм с растворами антисептиков

5. антибиотикотерапии

389. К осложнениям дивертикулеза не относится:

1. дивертикулит;

2. кровотечение;

3. перфорация;

4. свищ;

5.

+малигнизация.

390. Для болезни Гиршпрунга характерны следующие симптомы: а) запоры; б) отставание в физическом развитии; в) кишечные кровотечения; г) жидкий стул со слизью; д) расширение кишки выше аганглионарной зоны. Выберите правильную комбинацию ответов:

1. а, б, в.

2. а, в, г.

3. б, в, д.

4.

+а, б, д.

5. все правильно.

391. Неспецифический язвенный колит следует дифференцировать со следующими заболеваниями: а) дизентерия; б) рак прямой кишки; в) простатит; г) болезнь Крона. Выберите правильную комбинацию ответов:

1. а, б, в.

2. б, в.

3. в, г.

4. а, в, г.

5.

+а, б, г.

392. Перечислите основные средства лечения дивертикулеза, осложненного дивертикулитом: а) прием сульфосалицилатов; б) использование гидрокортизона; в) резекция сегмента толстой кишки с дивертикулами; г) теплые микроклизмы с антисептиками; д) сифонные клизмы; е) антибиотики. Выберите правильную комбинацию ответов:

1. а, б, в.

2. б, в, г.

3. +а, г, е.

4. в, г, д.

5. в, д, е.

393. В комплекс консервативных мероприятий в остром периоде неспецифического язвенного колита входят все препараты, кроме:

1. антибиотиков;

2.

+прокинетики;

3. витаминов;

4. гормональных препаратов;

5. иммуностимуляторов.

394. Больной 76 лет 3 часа назад внезапно отметил острые боли в нижних отделах живота, холодный пот, тошноту. Из анамнеза известно, что в течение 3 лет он страдает запорами, иногда в кале бывает темная кровь и слизь. В последние полгода увеличилась продолжительность запоров, больной стал периодически ощущать вздутие живота. В течение последних 4 дней стула не было, перестали отходить газы. При объективном осмотре: язык суховат, кожа бледно-розовая. Больной пониженого питания. Пульс – 96 уд./мин. При перкуссии живота – тимпанит, живот умеренно вздут, значительно болезнен и напряжен в нижних отделах, больше слева, там же

– положительные симптомы раздражения брюшины.

Предположительный диагноз:

1. дивертикулез сигмовидной кишки с подозрением на микроперфорацию;
2. +рак сигмовидной кишки, обтурирующей ее просвет, перфорация, перитонит;
3. заворот сигмовидной кишки;
4. обтурационная толстокишечная непроходимость;
5. неспецифический язвенный колит.

395. Больная 67 лет в течение 6 месяцев отмечает слабость, снижение аппетита, периодические боли в правой половине живота, больше в подвздошной области, похудание, чередование частого стула и запоров. При анализе крови выявлена анемия. В кале иногда появляется кровь. При ирригоскопии в слепой кишке обнаружен дефект наполнения 2х3 см с неровными, бугристыми контурами. Ваш диагноз:

1. дивертикул;
2. актиномикоз;
3. +опухоль слепой кишки;
4. туберкулез;
5. неспецифический язвенный колит.

396. У больного 55 лет появился частый стул – до 20-30 раз в сутки, с примесью крови и слизи, температура 38,0°C, боли в левой подвздошной области, которые усиливаются при позывах к дефекации, тонус сфинктера снижен. Бактериологическое исследование кала: дизентерийных бактерий, амieb не выявлено. Ректороманоскопия - слизистая оболочка резко гиперемирована, отечная, имеются поверхностные, разных размеров кровоточащие язвы. При рентгенографии: складки слизистой оболочки утолщены, умеренное диффузное расширение кишки, циркулярные спастические сокращения. Ваш диагноз:

1. дизентерия;
2. болезнь Крона;
3. +неспецифический язвенный колит, тяжелое течение;
4. амeбиаз;
5. дивертикулез.

397. Больной 40 лет резко истощен, поступил с температурой 38°C, с жалобами на кровотечение из ануса, задержку стула в течение 5 дней, неотхождение газов. При осмотре: печень – на 7-8 см ниже края реберной дуги, бугристая; при пальцевом исследовании прямой кишки на 4 см от ануса определяется плотная бугристая опухоль, контактно крово-точащая, полностью перекрывающая просвет кишки. Паховые лим-фоузлы увеличены. Поставлен диагноз - рак прямой кишки с метаста-зами в печень и паховые лимфоузлы, с явлениями непроходимости. Предположительный объем операции:

1. пробная лапаротомия;
2. брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки;
3. левосторонняя гемиколэктомия;
4. +двуствольная сигмостомия;
5. передняя резекция прямой кишки.

398. У больной 40 лет, страдающей дивертикулезом ободочной кишки, возникли боли в левой подвздошной области, поднялась температура до 39°C, отмечалась

задержка газов и стула. За медицинской помощью обратилась через 3 суток. При осмотре: в левой подвздошной области пальпируется опухолевидное образование без четких границ, плотное, болезненное, малоподвижное; в анализе крови – лейкоцитоз. При УЗИ: тень неоднородная по строению, с высокой акустической плотностью, в центре которой гомогенная тень с ровными контурами. Ваш диагноз:

1. перекрут кисты левого яичника;
- 2.
- +перфорация дивертикула с образованием абсцесса;
3. левосторонний аднексит;
4. рак ободочной кишки с перфорацией;
5. заворот сигмовидной кишки с ее некрозом.

399. В клинику поступил больной 62 лет с жалобами на выделение крови из ануса, сильное похудание, периодические запоры. Какой метод исследования можно применить для уточнения диагноза в первую очередь?

1. ирригоскопия;
2. ректороманоскопия;
3. колоноскопия;
- 4.
- +пальцевое исследование прямой кишки;
5. антеградный пассаж бария по кишечнику.

400. У больного 46 лет появились жалобы на жидкий стул с примесью слизи и крови, общую слабость, повышение температуры. При ректороманоскопии: на фоне отека слизистой оболочки и отсутствия сосудистого рисунка определяется контактная кровоточивость, поверхность слизистой оболочки шероховатая, видны сливающиеся эрозии и язвы. При рентгенологическом исследовании с бариевой клизмой отмечается сужение просвета, сглаживание гаустрации, нечеткость контуров, образование спикuloобразных выпячиваний. Ваш диагноз:

1. полип кишки;
- 2.
- +неспецифический язвенный колит;
3. доброкачественная опухоль;
4. дивертикулез;
5. хронический спастический колит.

401. Больной 50 лет жалуется на недомогание, повышение температуры до субфебрильной, поносы. При физикальном исследовании: пальпируется инфильтрат в правой половине живота. При колоноскопии выявлены глубокие язвы в виде продольных щелей, слизистая оболочка между ними выглядит как "булыжная мостовая" с очагами гранулемного воспаления. В анализе крови: анемия, диспротеинемия, нарушение электролитного баланса. Ваш диагноз:

- 1.
- +болезнь Крона;
2. аппендикулярный инфильтрат;
3. дивертикулез;
4. неспецифический язвенный колит;
5. полипы ободочной кишки.

402. Выберите наиболее информативный метод рентгенологического исследования при раке ободочной кишки. Выберите правильный ответ:

1. обзорная рентгенография брюшной полости;
2. исследование пассажа по кишечнику;
- 3.
- +ирригоскопия;
4. пневмоперитонеум и ретроперитонеум;
5. селективная ангиография.

403. Какие из указанных методов наиболее информативны в диагностике рака ободочной кишки? а) лапароскопия; б) селективная ангиография; в) ректороманоскопия; г) колоноскопия; д) сканирование печени. Выберите правильную комбинацию ответов:

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

5. в, г, д.

404. У больной 34 лет за два часа до поступления в клинику внезапно появились сильные схваткообразные боли в животе, возникшие после еды. Была многократная рвота, скудный однократный стул. Заболеванию предшествовал недельный курс голодания, самостоятельно проводившийся больной. Состояние больной тяжелое, она беспокойна, мечется в постели. Выражение лица страдальческое, определяется цианоз губ. Дыхание учащено, пульс – 112 уд./мин, АД 100/60 мм рт. ст. Живот – умеренно вздут, асимметричный. В мезогастрии пальпируется эластическое болезненное образование овальной формы. На высоте схваткообразных болей выслушивается усиленная резонирующая перистальтика. Определяется "шум плеска". Укажите правильный клинический диагноз:

1. опухоль нисходящей ободочной кишки, острая obturational-ная кишечная непроходимость;
2. разрыв аневризмы брюшного отдела аорты;
3. гангренозный холецистит, возможно с перфорацией;
- 4.
- +заворот тонкой кишки, острая strangulation-ная кишечная непроходимость;
5. геморрагический панкреонекроз.

405. Больной в течение последних трех месяцев отмечает умеренные ноющие боли в правой подвздошной области, вздутие живота, усиленное урчание кишечника, слабость, субфебрильную температуру. Около месяца беспокоят запоры, сменяющиеся жидким стулом со слизью и следами темной крови. Три дня назад боли в животе значительно усилились и приняли схваткообразный характер, перестали отходить газы. Состояние больного тяжелое, пульс – 94 уд./мин. Живот вздут, при пальпации мягкий, болезненный в правой подвздошной области, где определяется малоподвижный плотный инфильтрат. Перистальтика резонирующая. При обзорной рентгенографии брюшной полости выявлены множественные горизонтальные уровни жидкости, чаши Клойбера. Укажите правильный клинический диагноз:

- 1.
- +опухоль слепой кишки, осложнившаяся obturational-ной кишечной непроходимостью;
2. периаппендикулярный абсцесс с прорывом в брюшную полость;
3. илеоцекальная форма инвагинации;
4. тромбоз верхней брыжеечной артерии;
5. острая токсическая дилатация толстой кишки.

406. Больной 56 лет оперируется по поводу острой кишечной непроходимости. Первые признаки непроходимости появились трое суток назад. На операции выявлена опухоль в средней трети сигмовидной кишки, полностью obturating просвет. Проксимальнее опухоли ободочная и подвздошная кишка резко раздуты, переполнены жидким содержимым и газами. Дистальнее опухоли – сигмовидная кишка в спавшемся состоянии. Видимых метастазов не выявлено. Больному следует произвести оперативное вмешательство в следующем объеме: а) мезосигмопликация по Гаген-Торну; б) обструктивная резекция сигмовидной кишки, одностольная колостомия (операция Гартмана); в) обходной илеосигмоанастомоз "бок в бок"; г) наложение сигмостомы; д) субтотальная колэктомия, энтеростомия. Выберите правильную комбинацию ответов:

1. а, г.
2. а, в.
- 3.
- +б, г.

4. б, д.

5. в, г.

407. Больной 38 лет оперирован по поводу перфоративной язвы желудка, разлитого серозно-фибринозного перитонита. Было выполнено ушивание перфорации, дренирование брюшной полости. На третьи сутки после операции появились вздутие живота, тошнота, была одна кратная рвота. Стула не было, газы не отходили. При осмотре: состояние больного средней тяжести. Пульс – 88 уд./мин. Живот равномерно вздут, при пальпации мягкий, болезненный в области операции. Симптомов раздражения брюшины нет. Перистальтика вялая, единичными волнами. "Шум плеска" не определяется. По дренажам из брюшной полости отделяемого нет. При рентгенографии брюшной полости определяется пневматоз петель тонкой кишки. Укажите осложнение послеоперационного периода, развившееся у больного:

1. острое расширение желудка;
2. острая спаечная кишечная непроходимость;
- 3.

+послеоперационный парез кишечника;

4. тромбоз мезентериальных сосудов;
5. геморрагический панкреонекроз.

408. Больного 67 лет в течение полугода беспокоят запоры по 3-4 дня, появление слизи и следов темной крови в кале. За двое суток до поступления в клинику появились схваткообразные боли в животе, перестали отходить газы, не было стула. Состояние больного средней тяжести. Живот вздут, видна перистальтика кишечника. При пальпации: живот мягкий, умеренно болезненный во всех отделах. Выслушиваются усиленные кишечные шумы. При ректальном исследовании определяется атония сфинктера, на высоте пальца патологии не выявлено. Во время выполнения сифонной клизмы в прямую кишку удается ввести не более 500,0 мл воды. При обзорной рентгенографии брюшной полости выявляются множественные тонко- и толстокишечные уровни жидкости с газом над ними. Укажите правильный клинический диагноз:

1. заворот сигмовидной кишки, острая странгуляционная кишечная непроходимость;
- 2.

+опухоль ректосигмоидного отдела толстой кишки, острая обтурационная кишечная непроходимость;

3. неспецифический язвенный колит, токсическая дилатация толстой кишки;
4. спастическая кишечная непроходимость;
5. илеоцекальная инвагинация.

409. Больной оперируется по поводу острой кишечной непроходимости через 12 часов с момента заболевания. На операции обнаружен заворот около 1,5 м тонкой кишки на 360°. Петля кишки с пятнами цианоза, не перистальтирует, пульсация терминальных артерий брыжейки не определяется. Укажите оптимальный вариант хирургической тактики:

1. наложить обходной анастомоз между приводящей и отводящей петлями кишки;
2. выполнить новокаиновую блокаду брыжейки, ликвидировать заворот и оценить жизнеспособность кишки;
- 3.

+резекция кишки до ликвидации заворота с наложением анастомоза;

4. резекция кишки до ликвидации заворота с выведением еюностомы;
5. новокаиновая блокада брыжейки кишки, ликвидация заворота, назоинтестинальная интубация тонкой кишки без её резекции.

410. Больная 62 лет поступила в отделение через 12 часов после начала заболевания с жалобами на схваткообразные боли в животе, тошноту, рвоту. В анамнезе

– аппендэктомия. Боли появились после приема

растительной пищи. Состояние больной средней тяжести. Пульс

уд./мин. Живот умеренно вздут, отмечается западение правой под-вздошной области. В проекции восходящей ободочной кишки пальпируется мягкоэластическое опухолевидное образование овальной формы.

Перистальтика усилена, с резонирующим оттенком. При ректальном исследовании выявлены кровянистые выделения из прямой кишки. Выполнена ирригоскопия, определяется симптом "двузубца". Укажите правильный клинический диагноз:

1. опухоль слепой кишки, obturационная кишечная непроходимость;
2. абсцесс правой подвздошной области;
3. сдавление толстой кишки кистой яичника с развитием obturационной кишечной непроходимости;
4. +илеоцекальная форма инвагинации;
5. токсическая дилатация толстой кишки.

411. Больной экстренно оперирован по поводу толстокишечной непроходимости через 3 часа после начала заболевания. В анамнезе: неоднократно лечился консервативно по поводу заворота сигмовидной кишки на фоне долихосигмы. На операции выявлен заворот сигмовидной кишки на 360°. Поперечно-ободочная и нисходящая кишка раздуты, содержат жидкость и газ; подвздошная кишка – обычного диаметра. Выполнены расправление заворота, блокада брыжейки раствором новокаина, согревание кишки. Сигмовидная кишка признана жизнеспособной. Оптимальным вариантом завершения операции является: а) резекция сигмовидной кишки; б) наложение обходного илеосигмоанастомоза; в) трансанальная интубация левой половины толстой кишки; г) интестинопликация по Ноблю; д) мезосигмопликация по Гаген-Торну. Выберите правильную комбинацию ответов:

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

412. Больная 74 лет экстренно оперирована по поводу obturационной кишечной непроходимости. На операции в брюшной полости обнаружено около 1,5 л светло-желтого выпота. При ревизии выявлена опухоль слепой кишки с переходом на восходящую ободочную размерами 10,0x12,0 см, плотная, бугристая, неподвижная, полностью obtурирующая просвет кишки. Подвздошная кишка резко раздута жидким содержимым и газом, толстая кишка в спавшемся состоянии. В брыжейке тонкой кишки и толстой кишки определяются увеличенные плотные лимфоузлы. В печени пальпируются очаговые образования размерами от 1,0 до 3,5 см. Больной необходимо выполнить оперативное вмешательство следующего объема: а) резекция слепой кишки; б) ограничиться ревизией брюшной полости; в) назоинтестинальная интубация; г) правосторонняя гемиколэктомия; д) обходной илеотрансверзоанастомоз. Выберите правильную комбинацию ответов:

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

413. Больной 41 года шесть суток назад оперирован по поводу гангренозного аппендицита, диффузного серозно-фибринозного перитонита. Сегодня появились схваткообразные боли в животе, рвота, вздутие живота. Консервативное лечение было неэффективным, и больной через 6 часов после боли повторно оперирован. На операции выявлено, что на

расстоянии

3,0 м от связки Трейтца тонкая кишка деформирована спайками по типу "двустволки". Проксимальные отделы кишки раздуты, содержат жидкость и газ, дистальные - в спавшемся состоянии. Какой объем оперативного вмешательства необходимо выполнить? а) рассечение спаек; б) интестинопликация по Чайлдс-Филлипсу; в) интестинопликация по Ноблю; г) обходной энтероэнтероанастомоз; д) назоинтестинальная интубация. Выберите правильную комбинацию ответов:

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

414. Появление "шума плеска" при острой кишечной непроходимости объясняется:

1. наличием выпота в брюшной полости;
2. +скоплением жидкости и газа в приводящей петле кишечника;
3. скоплением жидкости и газа в отводящей петле кишечника;
4. наличием свободного газа в брюшной полости;
5. все перечисленное неверно.

415. Наиболее информативным методом инструментальной диагностики острой спаечной кишечной непроходимости является:

1. +обзорная рентгенография брюшной полости;
2. лапароскопия;
3. ангиография;
4. гастроскопия;
5. колоноскопия.

416. Выберите правильную тактику в начальной стадии obturационной опухолевой толстокишечной непроходимости:

1. только консервативное лечение;
2. экстренная операция;
3. плановая операция;
4. +оперативное лечение при неэффективности консервативных мероприятий;
5. назогастральная интубация.

417. Для заворота сигмовидной кишки характерны следующие симптомы, кроме:

1. схваткообразных болей;
2. асимметрии живота;
3. "шума плеска"
4. симптома Цеге фон Мантейфеля;
5. +диареи.

418. Консервативное лечение obturационной кишечной непроходимости заключается в следующем: а) декомпрессия желудка; б) сифонная клизма; в) коррекция водно-электролитных нарушений; г) введение промедола; д) введение препаратов, усиливающих моторику кишечника. Выберите правильное сочетание ответов:

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

419. При осмотре больного 53 лет, предъявляющего жалобы на боль в правой подвздошной области, тошноту, повышение температуры тела, Вы

обнаружили положительные симптомы Ровзинга, Ситковского, Бартомье-Михельсона, Воскресенского. О каком заболевании можно думать?

1. остром холецистите;
2. остром панкреатите;
3. почечной колике;
- 4.
- +остром аппендиците;
5. кишечной непроходимости.

420. Какие симптомы наиболее характерны для острого деструктивного аппендицита с местным перитонитом? а) "доскообразный" живот; б) симптом "токсических ножниц"; в) внезапное усиление болей в эпигастральной области; г) положительный симптом Щеткина-Блюмберга в правой подвздошной области; д) исчезновение печеночной тупости.

Выберите правильную комбинацию ответов:

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

421. Больной 46 лет предъявляет жалобы на боли в животе, тошноту, повышение температуры тела до 37,8°C. Объективно: состояние удовлетворительное. Пульс

–

96 уд./мин, удовлетворительный. Живот при пальпации болезненный, напряжен в правой подвздошной области. Здесь же определяется симптом Щеткина-Блюмберга, положительные симптомы Ровзинга, Ситковского. Лейкоциты крови $10,8 \times 10^9/\text{л}$. Укажите правильный диагноз:

1. острый аппендицит;
2. острый холецистит;
- 3.
- +почечная колика справа;
4. острый панкреатит;
5. пилефлебит.

422. При осмотре больного Вы поставили диагноз: острый аппендицит без явлений перитонита. Для выполнения аппендэктомии оптимальным доступом будет:

1. доступ по Кохеру;
2. доступ по Пфаненштилю;
3. нижнесрединная лапаротомия;
- 4.
- +доступ Волковича-Дьяконова;
5. доступ по Пирогову.

423. У больного 80 лет, находящегося в терапевтическом отделении по поводу повторного инфаркта миокарда, Вы диагностировали острый флегмонозный аппендицит. Выберите правильную хирургическую тактику:

1. консервативное лечение, антибактериальная терапия;
- 2.
- +аппендэктомия в экстренном порядке доступом Волковича-Дьяконова;
3. необходимо произвести лапароскопию, при подтверждении диагноза установить дренаж для введения антибиотиков;
4. выполнить операцию из нижнесреднего доступа;
5. оперативное лечение следует предпринять только в случае прогрессирования перитонита.

424. Больной 28 лет жалуется на боли в правой подвздошной области, которые начались 12 часов тому назад в эпигастрии и в последующем сместились в правую подвздошную и мезогастральную область. Общее

состояние больного –удовлетворительное. Температура – 37,7°C, пульс – 96 уд./мин, ритмичный, удовлетворительный. Язык влажный, обложен по краям. Живот – мягкий. Небольшая болезненность в правой подвздошной области, симптом Щеткина-Блюмберга сомнительный. Болезненность в области треугольника Пти, здесь же определяется ригидность мышц. Симптомы Пастернацкого, Образцова (псоассимптом) - положительные. Анализ крови: лейкоциты – $11,8 \times 10^9/\text{л}$, палочкоядерный сдвиг – 9%. Анализ мочи: удельный вес – 1016, свежие эритроциты – 3-4 в поле зрения. Выберите наиболее вероятный диагноз:

1. +острый аппендицит с ретроцекальным расположением червеобразного отростка;
2. правосторонняя почечная колика;
3. острый гастродуоденит;
4. правосторонний пиелонефрит;
5. опухоль правой половины ободочной кишки.

425. При проведении дифференциального диагноза между острым холециститом и острым аппендицитом с высоким расположением червеобразного отростка наиболее информативными будут следующие инструментальные методы обследования: а) обзорная рентгенография органов брюшной полости; б) УЗИ органов брюшной полости; в) пероральная холецистография; г) лапароцентез; д) лапароскопия. Выберите правильную комбинацию ответов:

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

426. Вы оперируете больного 31 года по поводу острого аппендицита. При вскрытии брюшной полости установлено, что имеется острый флегмонозный аппендицит, купол слепой кишки не изменен. Выберите наиболее рациональный способ обработки культи червеобразного отростка после выполнения аппендэктомии:

1. перевязка кетгутовой ли-гатурой без погружения культи в кисетный шов;
2. +перевязка кетгутовой лигатурой с последующим погружением культи в кисетный шов;
3. обработка культи отсечённого отростка коагулятором без погружения в купол слепой кишки;
4. погружение культи червеобразного отростка в кисетный шов без предварительной перевязки;
5. погружение непере-вязанной культи отростка отдельными узловыми шелковыми швами.

427. У больного 30 лет, оперированного по поводу острого аппендицита, по вскрытии брюшной полости разрезом по Волковичу-Дьяконову обнаружено, что червеобразный отросток не изменен. Подвздошная кишка на протяжении 60 см от илеоцекального угла резко отечна, гиперемирована, в брыжейке ее определяются точечные кровоизлияния и увеличенные лимфоузлы. Диагностирована болезнь Крона. Определите дальнейшие действия хирурга: а) произвести аппендэктомию, ушить операционную рану наглухо; б) выполнить резекцию пораженного участка тонкой кишки и аппендэктомию; в) воздержаться от аппендэктомии, осуществить блокаду брыжейки тонкой кишки новокаином с добавлением антибиотиков; г) ввести в брюшную полость через контрапертуру микроирригатор для дальнейшего введения антибиотиков; д) произвести срединную лапаротомию для детальной оценки состояния кишечника. Выберите правильную комбинацию ответов:

1. а, б.

2. б, д.

3.

+в, г.

4. а, в, г.

5. а, б, г.

428. Вы оперируете больную 25 лет с предположительным диагнозом: острый флегмонозный аппендицит. На операции выявлено, что в правой подвздошной ямке и в малом тазу имеется серозный выпот без запаха. Червеобразный отросток длиной около 10 см – утолщен, гиперемирован, без налета фибрина. Ваши действия и их последовательность:

1. выполнить аппендэктомию;

2. осуществить ревизию органов малого таза и терминального отдела подвздошной кишки;

3.

+произвести ревизию терминального отдела подвздошной кишки, органов малого таза и при отсутствии патологии со стороны других органов – аппендэктомию;

4. учитывая невыраженность воспалительных изменений в червеобразном отростке, ограничиться оставлением микроирригатора для введения антибиотиков;

5. произвести аппендэктомию и дренирование малого таза.

429. Вы оперируете больного 25 лет по поводу острого флегмонозного аппендицита из доступа по Волковичу-Дьяконову. По вскрытии брюшной полости обнаружено, что в правой подвздошной ямке имеется незначительное количество выпота соломенного цвета. В рану удалось вывести купол слепой кишки с основанием червеобразного отростка. Последний утолщен, гиперемирован, с налетом фибрина. Однако вер-хушка червеобразного отростка не выводится. Ваши дальнейшие дей-ствия:

1. необходимо рассечь париетальную брюшину правого лате-рального канала и выделить червеобразный отросток;

2.

+произвести ретроградную аппендэктомию;

3. осуществить дренирование брюшной полости;

4. выполнить срединную лапаротомию с последующей аппендэктомией;

5. поставить тампоны к предполагаемому месту расположения верхушки отростка.

430. При проведении дифференциального диагноза у больной 26 лет между острым аппендицитом

(тазовое расположение) и прервавшейся

внематочной беременностью следует принимать во внимание следующие

моменты: а) жалобы и данные анамнеза; б) показатели гемоглоби-на; в)

результаты пункции заднего свода влагалища; г) наличие симп-тома

Кулленкампа; д) результаты влагалищного и ректального ис-следования.

Выберите правильную комбинацию ответов:

1. а, б.

2. а, б, в.

3. а, б, в, г.

4. а, б, в, д.

5.

+все ответы правильные.

431. При проведении дифференциального диагноза между острым ап-пендицитом и прикрытой перфорацией 12- перстной кишки необхо-димо применить следующие методы обследования: а) гастродуодено-скопию; б) обзорную рентгеноскопию брюшной полости; в) УЗИ брюшной полости; г) лапароскопию; д) ирригоскопию. Выберите правильную комбинацию ответов:

1. а, б, в.

2. б, в, д.

3.

+а, б, г.

4. б, д.

5. все ответы правильные.

432. У больного пять дней назад появились боли в эпигастральной области, которые затем сместились в правую подвздошную область. Больной принимал тетрациклин и анальгин, обратился к врачу на пятый день заболевания в связи с сохранением болей. Состояние больного – удовлетворительное. Температура – 37,4°C, пульс

– 88 уд./мин. В правой подвздошной области пальпируется образование 12х8 см плот-

ноэластической консистенции, неподвижное, с четкими границами, умеренно болезненное. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Лейкоциты крови – 11,0х10⁹/л. О каком заболевании можно думать?

1. опухоль слепой кишки;

2. терминальный илеит;

3.

+аппендикулярный инфильтрат;

4. туберкулез;

5. ущемленная правосторонняя паховая грыжа.

433. Больной 27 лет оперирован по поводу острого аппендицита. На операции: флегмонозно измененный отросток и мутный выпот в правой подвздошной области. Хирург ограничился только удалением червеобразного отростка. На 6 день после операции у больного появились умеренные боли в прямой кишке, болезненное мочеиспускание. При ректальном исследовании выявлено выбухание передней стенки прямой кишки, гомотенное, плотное, умеренно болезненное. Температура тела – 37,2°C, лейкоциты крови – 9,1х10⁹/л. О каком осложнении можно думать?

1. разлитом перитоните;

2. пиелостите;

3. абсцессе правой подвздошной ямки;

4. поддиафрагмальном абсцессе;

5.

+воспалительном инфильтрате в дугласовом пространстве.

434. У больной 34 лет на 7 день после операции по поводу флегмонозно-гангренозного аппендицита появились ознобы, боли в прямой кишке, тенезмы. При ректальном исследовании обнаружен инфильтрат в малом тазу. Через

3 дня после проведенного лечения, включавшего теплые ромашковые клизмы и антибиотики, состояние больной не улучшилось.

При ректальном исследовании отмечено размягчение инфильтрата.

Температура приняла гектический характер. Ваш диагноз:

1. пиелонефрит;

2. tuboовариальный абсцесс;

3.

+абсцесс дугласова пространства;

4. перитонит;

5. пилефлебит.

435. У больной с аппендикулярным инфильтратом в процессе консервативного лечения усилились боли в правой подвздошной области и появились ознобы. При ультразвуковом исследовании выявлены признаки абсцедирования инфильтрата. Укажите наиболее эффективный способ дренирования гнойника:

1. вскрыть абсцесс доступом в правой подвздошной области, тампонада и дренирование полости абсцесса, аппендэктомия производить не следует;

2. произвести аппендэктомию из доступа в правой подвздошной области и установить микроиригатор в брюшную полость для инфузии антибиотиков;

3. лапаротомия, аппендэктомия, дренирование брюшной полости;

4.

+дренировать абсцесс под контролем УЗИ;

5. вскрыть абсцесс через задний свод влагалища.

436. У больного, оперированного по поводу перфоративного аппендицита с местным перитонитом, на 7 сутки после операции появились боли в правой половине грудной клетки, ознобы. При рентгеноскопии обнаружен выпот в правом плевральном синусе, высокое стояние правого купола диафрагмы и ограничение его подвижности. При ультразвуковом исследовании в поддиафрагмальном пространстве выявлено объемное образование, содержащее жидкость. О каком заболевании можно думать?

1. правосторонняя пневмония;

2.

+поддиафрагмальный абсцесс;

3. острый холецистит;

4. острый панкреатит;

5. киста печени.

437. У больного 59 лет трое суток назад появились боли в эпигастральной области, которые сместились в правую подвздошную область. Больной принимал анальгин и прикладывал к животу грелку, после чего боли в животе стихли. На следующий день боли возобновились, распространились по всему животу, появилась многократная рвота. Состояние больного тяжелое. Пульс

—

128 уд./мин. Язык сухой. Живот болезненный и напряженный во

всех отделах. Симптом Щеткина-Блюмберга

—

положительный по всему животу. Лейкоцитоз

- $18,6 \times 10^9/\text{л}$. О каком

заболевании можно думать?

1.

+острый перфоративный аппендицит, разлитой перитонит;

2. пилефлебит;

3. перфоративная язва желудка;

4. пищевая токсикоинфекция;

5. деструктивный холецистит.

438. Больная 56 лет оперирована по поводу острого аппендицита через 72 часа после начала заболевания. На операции: в правой подвздошной ямке имеется воспалительный конгломерат, состоящий из слепой кишки, петель тонкого кишечника и большого сальника. Хирург попытался разделить конгломерат, но червеобразный отросток не нашел. Ваша дальнейшая тактика:

1. продолжить разделение тупым и острым путем воспалительного инфильтрата для поиска отростка;

2. установить дренаж в малый таз, аппендэктомию не производить, ушить операционную рану наглухо;

3. ограничиться диагностической ревизией;

4. произвести резекцию слепой кишки с отростком и припаянными петлями тонкой кишки;

5.

+ввести в брюшную полость через рану отграничивающие тампоны и дренаж, аппендэктомию в плановом порядке через 4-6 месяцев.

439. У больного на третьи сутки после операции аппендэктомии по поводу гангренозного аппендицита развилась картина гнойной интоксикации, гипертермия. При осмотре живота имеет место метеоризм, болезненность его правой половины без перитонеальных симптомов. На 8 сутки у больного развилась желтуха, отмечены гепатомегалия, явления почечной недостаточности, высокая температура с ознобами. Ваш диагноз:

1. холедохолитиаз;

- 2.
- +пилефлебит;
3. пиелонефрит;
4. абсцесс брюшной полости;
5. энтероколит.

440. Развитие пилефлебита наиболее вероятно при одной из следующих форм острого аппендицита:

1. катаральном;
2. флегмонозном;
3. ретроцекальном;
- 4.
- +гангренозном с переходом некротического процесса на брыжейку отростка;
5. аппендикулярном инфильтрате.

441. Разлитой гнойный перитонит может быть следствием всех перечисленных заболеваний, кроме:

1. перфорации дивертикула Меккеля;
2. деструктивного аппендицита;
- 3.
- +стеноза большого дуоденального соска;
4. рихтеровского ущемления грыжи;
5. острой кишечной непроходимости.

442. Для поздней стадии перитонита характерно все перечисленное, кроме:

1. вздутия живота;
2. гиповолемии;
3. исчезновения кишечных шумов;
4. гипопроотеинемии;
- 5.
- +усиленной перистальтики.

443. Как устанавливается диагноз общего перитонита до операции?

1. рентгенологически;
2. анамнестически;
3. лабораторным определением признаков воспалительной реакции;
- 4.
- +по клиническим признакам;
5. по ультразвуковым данным.

444. К осложнениям острого перитонита относятся шок, сепсис, шоковое легкое, пневмония, а также:

- 1.
- +печеночно-почечная недостаточность;
2. гиперкоагуляция;
3. диспротеинемия;
4. острое расширение желудка;
5. тромбоэмболия легочной артерии.

445. Какие фазы развития перитонита Вы знаете? а) реактивная; б) функциональная недостаточность паренхиматозных органов; в) терминальная; г) токсическая; д) необратимых изменений. Выберите правильную комбинацию ответов:

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

446. Укажите дополнительный метод лечения острого гнойного перитонита, часто применяемый в послеоперационном периоде:

1. дренирование грудного лимфатического протока с лимфосорбцией;
2. гемосорбция;
- 3.

+санационная релапаротомия;

4. эндолимфатическое введение антибиотиков;

5. локальная внутрижелудочная гипотермия.

447. Оптимальный путь введения антибиотиков у больных с разлитым перитонитом в послеоперационном периоде: а) подкожно; б) внутримышечно; в) внутривенно; г) внутриартериально; д) внутрибрюшинно.

Выберите правильную комбинацию ответов:

1. а, б, в, г.

2. б, в, г.

3. а, в, г, д.

4. а, г, д.

5.

+в, г, д.

10. Заболевания прямой кишки

448. Наиболее радикальным методом в лечении острого тромбоза геморроидальных узлов следует считать:

1. склеротерапию

2. пресакральную новокаиновую блокаду

3. антикоагулянты

4.

+оперативное вмешательство

5. применение холода

449. Предрасполагающим фактором в возникновении трещины анального канала является:

1. запор

2. хронический парапроктит

3. недостаточность сфинктера

4.

+криптит

5. папиллит

450. Для выявления типичных отдаленных метастазов рака прямой кишки используется:

1. лабораторное исследование

2. пальцевое исследование прямой кишки

3.

+лапароскопия

4. ректороманоскопия

5. ирригоскопия

451. Наиболее рациональным лечением рака прямой кишки является:

1. химиотерапия

2. симптоматическое лечение

3. рентгенорадиотерапия

4.

+комбинированное лечение

5. хирургическое вмешательство

452. Наиболее тяжелой формой острого парапроктита является:

1. ишиоректальный

2. ретроректальный

3. подслизистый

4.

+пельвиоректальный

5. подкожный

453. При раке прямой кишки 2-й стадии на 15 см от ануса показана:

1. операция Гартмана

2. брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки, колостомия

3.

+передняя резекция

4. промежностная ампутация прямой кишки

5. двуствольная колостомия

454. При болях спустя

15 минут после стула, незначительной

**кровоточивости из прямой кишки после дефекации, запорах, стул обоязни
вероятнее пред-положить:**

1. геморрой
2. параректальный свищ
- 3.
- +трещину анального канала
4. рак прямой кишки
5. хронический папиллит

**455. При кровотечении после дефекации в виде струйки крови и зуде в
области анального отверстия можно думать о:**

1. параректальном свище
- 2.
- +геморрое
3. раке прямой кишки
4. полипе прямой кишки
5. трещине анального канала

456. Хирургическое лечение анальной трещины включает:

1. растяжение сфинктера прямой кишки
2. диатермокоагуляцию трещины
3. иссечение трещины
4. прижигание настойкой йода
- 5.

+все перечисленное верно

**457. Для подтверждения диагноза трещины анального прохода использует-
ся:**

- 1.
- +аноскопия
2. измерение давления в прямой кишке
3. колоноскопия
4. ректоскопия
5. ирригоскопия

**458. Наиболее рациональным методом лечения острого парапроктита
является:**

1. физиотерапия
2. сидячие теплые ванны
3. пункция гнойника
4. антибиотикотерапия
- 5.

+вскрытие гнойника

**459. Среди причин, предрасполагающих к возникновению острого па-
рапроктита, на первом месте стоит:**

1. геморрой
2. повреждение слизистой прямой кишки при медицинских манипуляциях
- 3.
- +микротравмы слизистой прямой кишки
4. огнестрельные ранения прямой кишки
5. воспалительные заболевания соседних с прямой кишкой органов

**460. Какие методы лечения следует применять при остром парапроктите:
а) массивная антибактериальная терапия; б) физиотерапевтическое лече-
ние; в) экстренная операция; г) плановая операция**

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

**461. С какими заболеваниями следует дифференцировать острый па-
рапроктит: а) карбункулом ягодичы; б) флегмоной ягодич; в) абсцессом**

предстательной железы; г) нагноением копчиковых кист; д) бартолинитом

1. а,б
2. в,д
3. г
4. все ответы неправильные
- 5.

+все ответы правильные

462. При лечении острого парапроктита необходимо придерживаться следующих принципов: а) ранняя операция; б) адекватное вскрытие и санация гнойного очага; в) иссечение внутреннего отверстия; г) адекватное дренирование

1. а,б
2. а,б,г
3. а,в
4. б,г
- 5.

+все ответы правильные

463. Для хронического парапроктита наиболее характерным является:

1. гематурия
- 2.
- +наличие свищевого отверстия на коже промежности
3. выделение алой крови в конце акта дефекации
4. боли внизу живота
5. диарея

464. Для исследования свищей прямой кишки применяются:

1. наружный осмотр и пальпация
2. пальцевое исследование прямой кишки
3. прокрашивание свищевого хода и зондирование
4. фистулография
- 5.

+все перечисленное

465. Для геморроя типичны:

1. частый жидкий стул, тенезмы, слизисто-кровянистые выделения, периодическое повышение температуры тела
2. сильная боль после дефекации, выделение капель крови после нее, хронические запоры
3. неустойчивый стул, иногда с примесью крови, кал типа «овечьего»^а
4. постоянная боль в области заднего прохода, усиливающаяся после приема алкоголя и острых блюд, зуд анальной области
- 5.

+выделение алой крови при дефекации, увеличение геморроидальных узлов

466. Наиболее распространенными методами лечения хронического геморроя являются:

- 1.
- +хирургический - геморроидэктомия
2. консервативный - диета, свечи, микроклизмы
3. склерозирующая терапия
4. лигирование латексом, шелком
5. физиотерапия

467. Клиническими симптомами рака прямой кишки являются: а) выделения из заднего прохода слизи и гноя; б) тенезмы; в) ректальные кровотечения; г) запоры; д) похудания; е) схваткообразные боли внизу живота

- 1.
- +а,б,г,д,
2. а,б,д
3. в,д,е,
4. г,д,е
5. а,в,д

468. Самая частая форма парапроктита:

- 1.
- +подкожный парапроктит
2. подслизистый парапроктит
3. седалищно-прямокишечный
4. тазово-прямокишечный
5. межмышечковый парапроктит

469. Операцию по поводу острого парапроктита лучше всего провести:

1. под внутривенным наркозом
 2. под местной анестезией
 3. с применением сакральной анестезии
 4. под перидуральной анестезией
 - 5.
- +с использованием любого вида обезболивания, кроме местной анестезии

470. В случае лечения по поводу острого тромбоза геморроидальных узлов в амбулаторных условиях, рациональнее всего:

1. назначить слабительные (сернокислая магнезия), свинцовые примочки, внутрь эскузан или аспирин, свечи с красавкой
 2. сделать новокаиновую блокаду, вправить узлы
 - 3.
- +назначить анальгетики, на первые 2-3 дня примочки, постельный режим, повязки с гепариновой мазью, диету
4. удалить тромбированные узлы
 5. применить склерозирующую терапию

471. Консервативная терапия при острой анальной трещине предусматривает:

1. нормализацию стула
 2. лечебные клизмы
 3. снятие спазма сфинктера
 4. применение местно средств, способствующих заживлению раневой поверхности
 - 5.
- +все перечисленное

472. Наличие инородного тела в прямой кишке может проявляться:

1. кишечной непроходимостью
 2. кровотечением
 3. болями в прямой кишке и чувством распирания
 4. повышением температуры и развитием воспалительного процесса в параректальной клетчатке
 - 5.
- +всеми перечисленными симптомам

473. Среди факторов, предрасполагающих к возникновению острого парапроктита, самым частым является:

1. геморрой;
 2. повреждение слизистой оболочки прямой кишки при медицинских манипуляциях;
 - 3.
- +микротравмы слизистой оболочки прямой кишки;
4. огнестрельные ранения прямой кишки;
 5. воспалительные заболевания соседних с прямой кишкой органов.

474.

Какие методы лечения следует применять при остром пельвиоректальном парапроктите? а) массивная антибактериальная терапия; б) физиотерапевтическое лечение; в) экстренная операция; г) плановая операция. Выберите правильную комбинацию ответов:

1. а, б.
2. а, г.
3. а, б, г.

4.

+б, в.

5. а, в.

475. С какими заболеваниями следует дифференцировать острый парапроктит: а) карбункул ягодицы; б) флегмона ягодицы; в) абсцесс предстательной железы; г) нагноение копчиковых кист; д) бартолинит.

Выберите правильную комбинацию ответов:

1. а, б.

2. в, д.

3. г.

4. все неправильно.

5.

+все правильно.

476. При лечении острого парапроктита необходимо придерживаться следующих принципов: а) ранняя операция; б) адекватное вскрытие и санация гнойного очага; в) иссечение внутреннего отверстия; г) адекватное дренирование. Выберите правильную комбинацию ответов:

1. а, б.

2. а, б, г.

3. а, в.

4. б, г.

5.

+все ответы правильные.

477. Какие из перечисленных мероприятий используют для профилактики острого парапроктита? а) очистительные клизмы; б) лекарственные клизмы; в) солевые слабительные; г) лечение сопутствующих проктологических и желудочно-кишечных заболеваний; д) отказ от пользования после дефекации бумагой в пользу обмывания промежности. Выберите правильную комбинацию ответов:

1. а, б.

2. а, в, г.

3. б, в, д.

4.

+б, г, д.

5. все ответы правильные.

478. Для хронического парапроктита наиболее характерным признаком является:

1. гематурия;

2.

+наличие свищевого отверстия на коже промежности;

3. выделение алой крови в конце акта дефекации;

4. боли внизу живота;

5. диарея.

479. Для исследования свищей прямой кишки применяется:

1. наружный осмотр и пальпация;

2. пальцевое исследование прямой кишки;

3. прокрашивание свищевого хода и зондирование;

4. фистулография;

5.

+все перечисленное.

480. Наиболее распространенным методом лечения хронического геморроя является:

1.

+хирургический - геморроидэктомия;

2. консервативный - диета, свечи, микроклизмы;

3. склерозирующая терапия;

4. лигирование латексом, шелком;

5. физиотерапия.

481. Для трещины прямой кишки характерен следующий симптомоком-

плекс:

1. умеренная боль в анальной области, усиливающаяся в момент дефекации, провоцируемая приемом алкоголя и острых блюд, зуд анальной области, обильное кровотечение после акта дефекации;
2. чувство неполного опорожнения при акте дефекации, лентовый кал, окрашенный кровью, тенезмы, неустойчивый стул, выделение слизи, нередко - однократной порции темной крови;
3. неустойчивый стул, чувство тяжести в тазовой области, кал обычной конфигурации, с темной или алой кровью, кал "овечьего" типа, вздутый живот;
4. частый жидкий стул, тенезмы, слизисто-кровянистые выделения, иногда профузные поносы, возможна температурная реакция;
5. +сильнейшая боль после акта дефекации, кровотечение в виде 2-3 капель крови после акта дефекации, стул обильный, хронические запоры.

482. Укажите наиболее часто встречающуюся клинико-анатомическую форму парапроктита:

1. +подкожный парапроктит;
2. подслизистый парапроктит;
3. седалищно-прямокишечный;
4. тазово-прямокишечный;
5. межмышечный парапроктит.

483. Операцию по поводу острого парапроктита лучше всего проводить:

1. под внутривенным наркозом;
2. под местной анестезией;
3. с применением сакральной анестезии;
4. под перидуральной анестезией;
- 5.

+с использованием любого вида обезболивания, кроме местной анестезии.

484. В случае лечения по поводу острого тромбоза геморроидальных узлов в амбулаторных условиях, рациональнее всего:

1. назначить слабительные (сернокислую магнезию), свинцовые примочки, внутрь эскузан или аспирин, свечи с красавкой;
2. сделать новокаиновую блокаду, вправить узлы;
- 3.

+назначить анальгетики, постельный режим, повязки с гепариновой мазью, диету;

4. удалить тромбированные узлы;
5. применить склерозирующую терапию.

485. Эпителиальный копчиковый ход:

1. связан с крестцом;
2. связан с копчиком;
- 3.

+оканчивается слепо в подкожной клетчатке межягодичной области;

4. расположен между задней поверхностью прямой кишки и передней поверхностью крестца;
5. сообщается с просветом прямой кишки.

486. Наличие инородного тела в прямой кишке может проявляться:

1. кишечной непроходимостью;
2. кровотечением;
3. болями в прямой кишке и чувством распирания;
4. повышением температуры и развитием воспалительного процесса

в

параректальной клетчатке;

- 5.

+всеми перечисленными симптомами.

11. Перитонит.

487. Самой частой причиной перитонита является:

- 1.
- +острый аппендицит
2. прободная язва
3. сальпингит
4. странгуляция тонкой кишки
5. рак желудка

488. Почему следует выбирать срединный лапаротомный доступ при распространенном гнойном перитоните:

- 1.
- +полноценная ревизия и санация брюшной полости
2. минимальная травма брюшной полости
3. минимальная кровопотеря
4. минимальный уровень инфицирования раны
5. минимальная вероятность послеоперационной вентральной грыжи

489. Как устанавливается диагноз

«распространенный перитонит»^а

до

операции:

1. анамнестически
- 2.
- +клинически
3. рентгенологически
4. при ректальном исследовании
5. лабораторными и биохимическими анализами

490. Какой самый частый путь проникновения инфекции в брюшную полость при первичных перитонитах у взрослых:

1. гематогенный
2. лимфогенный
- 3.
- +через маточные трубы
4. проникновение инфекции через переднюю брюшную стенку без ее повреждения
5. гематогенно-лимфогенный

491. Какой вид операции следует избрать при прободной язве, сопровождающейся

**распространенным
фибринозно-гнойным
перитонитом:**

1. резекцию желудка
2. стволовую ваготомию, гастроэнтеростомию
- 3.
- +ушивание перфоративного отверстия и дренирование брюшной полости
4. гастрэктомию
5. лапаротомию, дренирование брюшной полости

492. Окрашенный кровью экссудат в брюшной полости наблюдается всегда, кроме:

- 1.
- +туберкулезного перитонита
2. нарушения внематочной беременности
3. мезентериального тромбоза
4. острого панкреатита
5. перекрученной кисты яичника

493. Фибринозных наложений на брюшине не бывает при перитоните:

- 1.
- +серозном
2. фибринозном
3. гнойном
4. гнилостном

5. каловом

494. Для терминальной стадии перитонита характерно все, кроме:

1. исчезновения кишечных шумов
2. обезвоживания
3. вздутия живота
- 4.

+усиленной перистальтики

5. коллапса

495. Операционный доступ при распространенном перитоните - это:

1. ниже-срединная лапаротомия
- 2.

+срединно-срединная лапаротомия

3. параректальный разрез
4. трансректальный разрез
5. разрез по Волковичу-Дьяконову

496. Почему у детей с острым аппендицитом быстро развивается распространенный перитонит:

1. у них отсутствуют специфические антитела
2. выражены лимфоидные фолликулы в червеобразном отростке
- 3.

+большой сальник у них «короткий»^a

4. толстокишечное содержимое содержит больше микробов, чем у взрослого

5. снижена дезинтоксикационная функция печени

497. При межкишечном формирующемся абсцессе консервативная терапия показана:

- 1.
- +в стадии воспалительного инфильтрата
2. в стадии сформировавшегося абсцесса
3. при сообщении полости абсцесса с полостью полого органа
4. при прорыве абсцесса в свободную брюшную полость
5. при множественных абсцессах брюшной полости

498. Характер болей при распространенном перитоните:

1. схваткообразные
2. интенсивные с беспокойным поведением больного
- 3.
- +постоянные, усиливающиеся при движении
4. резко интенсивные, не снимающиеся введением наркотиков
5. коликоподобные, сопровождающиеся тенезмами

499. Выберите клинический признак, не характерный для перитонита

1. Тахикардия.
2. Сухой язык.
3. Напряжение мышц брюшной стенки и положительный симптом Щеткина-Блюмберга.
4. Отсутствие перистальтики кишечника.
- 5.

+Симптом Куленкампа.

500. Больная 40 лет, оперирована через 1,5 суток от начала заболевания срединным лапаротомным доступом. При ревизии брюшной полости установлено, что в нижнем этаже брюшной полости имеется гиперемия и отек брюшины с наложениями пленок фибрина, гнойный перитонитальный экссудат в полости малого таза. Червеобразный отросток утолщен, напряжен, темно-багрового цвета с перфорационным отверстием, из которого поступает гной. Выберите оптимальный метод лечения:

- 1.
- +Аппендэктомия, санация и дренирование брюшной полости. Установка дренажей. Ушивание лапаротомной раны наглухо.
2. Аппендэктомия, санация брюшной полости. Установка тампона и микроиригатора в полость малого таза. Ушивание лапаротомной раны

наглухо.

3. Аппендэктомия, санация брюшной полости. Ушивание лапаротомной раны наглухо.

4. Аппендэктомия, санация брюшной полости. Илеостомия. Ушивание лапаротомной раны наглухо.

5. Аппендэктомия, лапаростомия.

501. Выберите из перечисленных методы, не позволяющие диагностировать абсцессы брюшной полости: а. Ультразвуковое сканирование. б. Обзорная рентгенография брюшной полости. в. Колоноскопия. г. Компьютерная томография. д. Лапароскопия. Отметьте лучшую комбинацию ответов:

1. а,в,д.

2. б,г.

3.

+в.

4. б,г,д.

5. а,д.

502. Больной 60 лет, страдающий ишемической болезнью сердца, госпитализирован через 3 суток от начала заболевания, когда появились боли в эпигастрии, распространившиеся затем по всему животу. Дважды была рвота. Состояние больного тяжелое. Сознание спутанное. Кожные покровы бледные. Имеются отеки обеих голеней. ЧДД - 26 в минуту. ЧСС - 120 ударов в минуту. АД - 90/60 мм рт.ст. Язык сухой, обложен. Живот в акте дыхания не участвует, напряжен, болезненный во всех отделах, где определяется симптом Щеткина-Блюмберга. Кишечные шумы не выслушиваются. Суточный диурез - 800 мл. Лейкоциты крови - $15 \times 10^9/\text{л}$. гемоглобин - 131 г/л., диастаза мочи - 64 ЕД. При обзорной рентгенографии брюшной полости выявлен свободный газ под диафрагмой. Выберите оптимальную лечебную тактику:

1. Лапароскопия с целью уточнения диагноза и выбора хирургического доступа.

2.

+Предоперационная инфузионная и кардиальная терапия в течение 1-2 часов с последующей операцией.

3. Больной не нуждается в предоперационной инфузионной терапии. Показана экстренная операция.

4. Ультразвуковое исследование брюшной полости с целью уточнения диагноза и выбора хирургического доступа.

5. Предоперационная инфузионная и кардиальная терапия в течение 1-2 часов с последующей эзофагогастроскопией.

503. Одним из показаний к назоинтестинальной интубации является разлитой гнойный перитонит. Выберите из нижеперечисленных основные функции зонда, обосновывающие патогенетическое применение этого метода лечения при перитоните: а. Необходимость длительной декомпрессии тонкой кишки. б. Необходимость детоксикации кишечного содержимого. в. Профилактика спаечной непроходимости кишечника. г. Селективная деконтаминация кишечника. д. Необходимость раннего энтерального питания. Правильным будет:

1. а,б,в,д.

2. б,в,г,д.

3. Только в.

4. Только д.

5.

+Все ответы верные.

504. Проводя дифференциальную диагностику между внутрибрюшным кровотечением и перитонитом, выберите из нижеперечисленных правильное сочетание клинических симптомов, патогномоничных только для перитонита: а. Симптом «Ваньки-встаньки». б. Симптом Куленкампа. в. Симптом Щеткина-Блюмберга. г. Аускультативный симптом «гробовой тишины». д. Постоянные боли в животе. Правильным будет:

1. а,д.
2. б,д.
3. б,в.
- 4.

+в,г.

5. а,б,в.

505. Больной 33 лет предъявляет жалобы на боли в нижних отделах живота, тошноту, рвоту, повышение температуры до 38°C. Болен в течении 2 суток, когда появились боли в верхних отделах живота, тошнота. Через 6 часов боли переместились в правую подвздошную область, была однократная рвота. Состояние средней тяжести. Пульс 90 ударов в минуту, АД 120/80 мм рт. ст. Язык сухой, обложен налётом. Живот несколько вздут, болезненный в правой, левой подвздошных и надлобковых областях, где определяется мышечное напряжение и положительный симптом Щёткина-Блюмберга. Кишечные шумы ослаблены. Мочеиспускание не нарушено. При ректальном исследовании имеется выраженная болезненность прямой кишки без нависания стенок. Лейкоциты крови - $15 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ - 16 мм/час. Укажите клинический диагноз:

1. Терминальный илеит (болезнь Крона), диффузный перитонит.
2. Деструктивный холецистит, диффузный перитонит.
- 3.

+Деструктивный аппендицит, диффузный перитонит.

4. Панкреонекроз, панкреатогенный перитонит.
5. Прободная язва желудка, распространенный перитонит.

506. При перитоните высокоинформативным методом дифференциальной диагностики его причины и характера является:

- 1.
- +Лапароскопия.
2. Ультрасонография.
3. Лапароцентез.
4. Компьютерная томография.
5. Определение уровня С-реактивного белка.

507. Укажите из представленных клиническую форму перитонита, не требующую оперативного лечения:

1. Местный фибринозно-гнойный.
- 2.
- +Панкреатогенный ферментативный.
3. Диффузный фибринозно-гнойный.
4. Желчный.
5. Каловый.

508. При разлитых формах фибринозно-гнойного перитонита наиболее точными характеристиками микрофлоры перитонеального экссудата являются: а. Мономикробный рост бактерий. б. Полимикробный рост бактерий. в. Превалирование бактерий грамотрицательного спектра. г. Превалирование бактерий грамположительного спектра. д. Наличие бактериальной микрофлоры. Выберите наилучшую комбинацию ответов:

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

+б,в,д.

509. Из представленных этиологических форм перитонита выберите одну, характеризующуюся трудностями диагностики и наиболее тяжелым течением:

- 1.
- +Послеоперационный.
2. Панкреатогенный.
3. Посттравматический.
4. Аппендикулярный.

5. После гемодиализа.

510. Из представленных заболеваний выберите одно, для которого в патогенезе бактериальный фактор в ранние сроки заболевания не играет ведущей роли:

1. Перфорация опухоли толстой кишки.

2.

+Панкреонекроз.

3. Травма тонкой кишки.

4. Деструктивный аппендицит.

5. Деструктивный холецистит.

511. Из представленных заболеваний одно в качестве причины перитонита указано неверно:

1. Деструктивный холецистит.

2.

+Гнойный холангит.

3. Мезентериальный тромбоз.

4. Деструктивный аппендицит.

5. Кишечная непроходимость.

512. Основными факторами, определяющими исход заболевания при перитоните являются: а. Распространенность поражения брюшины. б. Вирулентность возбудителей. в. Источник перитонита. г. Давность заболевания. г. Возраст больного. Выберите наилучшую комбинацию ответов:

1. а,б,в.

2. а,г,д.

3. а,б,в,д.

4. б,в,г,д.

5.

+Все верно.

513. Выраженность эндогенной интоксикации при перитоните обусловлена: а.Метаболическими нарушениями. б. Гиповолемией. в. Нарушениями микроциркуляции. г. Парезом кишечника. д. Состоянием клеточного иммунитета. Выберите наилучшую комбинацию ответов:

1. а,г,д.

2. а,б,в.

3. а,б,в,д.

4. б,в,г,д.

5.

+Все верно.

514. В дифференциальной диагностике перитонита аппендикулярного и гинекологического происхождения наиболее точным методом является:

1.

+Лапароскопия.

2. Ультрасонография.

3. Пункция заднего свода влагалища.

4. Обзорный снимок брюшной полости.

5. Лапароцентез.

515. Показанием к этапной ревизии и санации брюшной полости в абдоминальной хирургии являются: а. Каловый перитонит. б. Разлитой гнойный перитонит. в. Мезентериальный тромбоз. г. Флегмона передней брюшной стенки. д. Инфицированный панкреонекроз. Выберите наилучшую комбинацию ответов:

1. а,б,г.

2. б,д.

3. а,б,в,д.

4. б,в,г,д.

5.

+Все верно.

516. Антибактериальными препаратами выбора при распространенном фибринозно-гнойном перитоните являются: а. Карбапенемы. б. Фторхи-

нолоны. в. Цефалоспорины III и IV поколения. г. Метронидазол. д. Макролиды. Выберите наилучшую комбинацию ответов:

- 1.
- +а,б,в,г.
2. б,д.
3. а,б,в,д.
4. б,в,г,д.
5. Все верно.

517. ОСНОВНЫМИ АНАТОМИЧЕСКИМИ ОБЛАСТЯМИ ЖИВОТА ЯВЛЯЮТСЯ :

1. надчревная,
 2. чревная,
 3. подчревная,
 4. лобковая,
 - 5.
- +только 1,2,3.

518. К АНАТОМИЧЕСКИМ ОБЛАСТЯМ ЖИВОТА ОТНОСЯТ ВСЕ, КРОМЕ:

1. собственно эпигастральной,
 2. правой подреберной,
 3. левой подреберной ,
 4. пупочной,
 - 5.
- +паховых.

519. РАЗЛИЧАЮТ ЭТАЖИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ :

1. верхний,
 2. средний,
 3. нижний,
 - 4.
- +только 1,3.
5. правильно 1,2,3.

520. ОСНОВНЫМИ СУМКАМИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ ВСЕ, КРОМЕ :

1. сальниковой,
 2. поджелудочной,
 - 3.
- +позадиободочной,
4. правой печеночной,
 5. левой печеночной.

521. СВОБОДНОГО СООБЩЕНИЯ С БРЮШНОЙ ПОЛОСТЬЮ НЕ ИМЕЮТ ЛИШЬ СУМКИ:

1. преджелудочная,
 2. правая печеночная,
 3. левая печеночная,
 - 4.
- +сальниковая,
5. только 2,3

522. ЧЕТКО ЛОКАЛИЗОВАННЫЕ БОЛИ И НАПРЯЖЕНИЕ МЫШЦ БРЮШНОЙ СТЕНКИ ИМЕЮТ МЕСТО ТОЛЬКО ПРИ ВОСПАЛЕНИИ :

1. брюшинной полости таза,
 - 2.
- +париетальной брюшины живота,
3. висцеральной брюшины,
 4. брюшины, покрывающе печень,
 5. только 1,2.

523. ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ БРЮШИНЫ К ЛЮБОМУ РАЗДРАЖЕНИЮ И ЧЕТКОСТЬ ЛОКАЛИЗАЦИИ БОЛИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ИННЕРВАЦИЕЙ:

- 1.

- +соматическими нервами,
- 2. парасимпатическими нервами,
- 3. симпатическими нервами,
- 4. сочетанием парасимпатических и симпатических нервов,
- 5. соматическими и симпатическими нервами.

524. БРЮШИНА ВЫПОЛНЯЕТ ФУНКЦИЮ:

1. резорбтивную,
2. экссудативную,
3. барьерную (механическая защита),
4. барьерную (защита от инфекции),
- 5.

+все названные функции.

525. К НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ АЭРОБНОЙ ГРАМПОЛОЖИТЕЛЬНОЙ МИКРОБНОЙ ФЛОРЕ ОТНОСЯТ:

1. кишечную палочку,
- 2.
- +стрептококки,
3. синегнойную палочку,
4. протей,
5. клебсиелл.

526.

АСЕПТИЧЕСКИЙ ПЕРИТОНИТ НЕ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ СКОПЛЕНИИ В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ :

1. хилезной жидкости,
2. панкреатического сока,
3. содержимого тощей кишки,
- 4.

+транссудата,

5. содержимого вскрывшейся в брюшной полости кисты.

527. К ОСОБЫМ ФОРМАМ ПЕРИТОНИТА ОТНОСЯТ ВСЕ, КРОМЕ:

1. канцероматозного,
2. паразитарного,
3. гранулематозного,
- 4.

+туберкулезного,

5. ревматоидного.

528. ОСНОВНЫМИ ПУТЯМИ ПРОНИКНОВЕНИЯ ИНФЕКЦИИ В БРЮШНУЮ ПОЛОСТЬ ПРИ ПЕРВИЧНОМ ПЕРИТОНИТЕ ЯВЛЯЮТСЯ :

1. гематогенный,
2. лимфогенный,
3. через маточные трубы,
4. только 1,2.
- 5.

+правильно 1,2,3.

12. Заболевания щитовидной железы

529. Для болезни Гревса-Базедова не характерно наличие:

1. зоба
2. тахикардии
3. экзофтальма
- 4.

+диастолического шума на верхушке сердца

5. все перечисленное характерно для данного заболевания

530. Лечебное мероприятие, не применяемое для лечения больных тиреотоксикозом:

1. прием мерказолила
2. дигитализация
- 3.

+атропинизация

4. препараты йода

5. седативные препараты

531. Для тиреотоксического криза характерно все, кроме:

1. потери сознания

2.

+симптома Хвостека

3. гипертермии

4. тахикардии

5. нервно-психических расстройств

532. При тиреотоксикозе наблюдается:

1.

+уменьшение пульсового давления

2. патологическая мышечная слабость

3. светобоязнь

4. патологическая жажда

5. несахарное мочеизнурение

533. Зоб у лиц одной биогеохимической области определяется как:

1. эпидемический

2. спорадический

3. острый струмит

4.

+эндемический

5. массовый тиреотоксикоз

534. Судороги, симптомы Хвостека и Труссо после струмэктомии обусловлены:

1. гипотиреозом

2. тиреотоксическим кризом

3. травмой гортанных нервов

4.

+гипопаратиреозом

5. остаточными явлениями тиреотоксикоза

535. Осложнением не характерным для операций на щитовидной железе является:

1. кровотечение

2. воздушная эмболия

3.

+жировая эмболия

4. повреждение трахеи

5. поражение возвратного нерва

536. Какой из перечисленных симптомов не является проявлением тиреотоксикоза:

1. экзофтальм

2.

+увеличение массы тела

3. тахикардия

4. тремор рук

5. симптомы Грефе, Мебиуса и Штельвага

537. Гипокортицизму, сопутствующему тиреотоксическому зобу, не соответствует:

1.

+эозинофилия

2. адинамия

3. гиперплазия лимфоидного аппарата

4. увеличение пульсового давления

5. все перечисленное соответствует данному заболеванию

538. Наиболее частым осложнением струмэктомии является:

1. повреждение возвратного нерва

2. рецидив тиреотоксикоза

3. тетания

4.

+гипотиреоз

5. прогрессирующий экзофтальм

539. Назовите наиболее частую причину возникновения эндемического зоба:

1.

+недостаточное поступление йода в организм

2. болезни желудка и кишечника

3. наличие струмогенных веществ

4. нарушение утилизации йода организмом

5. заболевания печени и почек

540. Какой ведущий гистологический признак аутоиммунного тиреоидита:

1. разрастание стромы

2. неравномерное увеличение фолликулов

3.

+инфильтрация лимфоцитами

4. наличие атипичных клеток

5. инфильтрация нейтрофильными лейкоцитами

541. Укажите оптимальный объем операции при узловом эутиреоидном зобе:

1. энуклеация узла

2.

+резекция доли железы

3. субтотальная резекция железы

4. тиреоидэктомия

5. операция Крайля

542. Проявлением тиреотоксикоза не является:

1.

+симптом Греффе и Мебиуса

2. тахикардия

3. экзофтальм

4. тремор нижних конечностей

5. увеличение щитовидной железы

543. Сходство тиреотоксической аденомы и диффузного токсического зоба в том, что они:

1. вызывают декомпенсацию сердечной деятельности

2. поражают лиц одного возраста

3. часто дают экзофтальм

4.

+имеют одинаковую симптоматику тиреотоксикоза

5. все верно

544. Не является признаком тиреотоксического сердца:

1.

+мерцательная аритмия

2. кардиодилатация

3. систолический шум на верхушке

4. высокое систолическое давление

5. низкое систолическое давление

545. Заболевание щитовидной железы, всегда протекающее с повышением функции, т.е. с гипертиреозом:

1.

+Базедова болезнь

2. эндемический зоб

3. тиреоидит

4. зоб Риделя

5. зоб Хашимото

546. Укажите наиболее информативное исследование для установления диагноза аутоиммунного тиреоидита:

1. биопсия щитовидной железы
2. пальпация железы
- 3.

+УЗИ

4. исследование основного обмена
5. радионуклидное исследование

547. Какой наиболее частый признак невротической стадии тиреотоксикоза по Милку:

1. увеличение щитовидной железы
- 2.
3. общая слабость, похудение
3. экзофтальм
4. увеличение печени
5. тиреотоксическое сердце

548. Появление у больного после тиреоидэктомии осиплости голоса, поперхивания позволяет заподозрить:

1. повреждение трахеи
- 2.
- +повреждение n. laryngeus recurrens
3. инородное тело гортани
4. развитие гематомы послеоперационной раны
5. тиреотоксический криз

549. При развитии паратиреоидной тетании после струмэктомии показано:

1. гемотрансфузия
2. гипотермия
3. оксигенотерапия
4. микродозы йода
- 5.

+все перечисленное неверно

550. «Ранним»^а симптомом рака щитовидной железы является:

- 1.
- +уплотнение и увеличение железы
2. боль при глотании
3. дисфагия
4. осиплость голоса
5. похудение

551. Основным методом диагностики опухолей щитовидной железы является:

1. физикальный
2. рентгенологический
- 3.
- +морфологический
4. радиоизотопный
5. УЗИ

552. Основным методом лечения опухолей щитовидной железы считается:

1. лучевой
- 2.
- +хирургический
3. химиотерапевтический
4. иммунотерапия
5. гормонотерапия

553. Для выявления опухолей щитовидной железы не применяется:

1. пробная эксцизия
2. пункционная биопсия толстой иглой
3. трепанобиопсия
4. цитологическое исследование пунктата
- 5.
- +пункционная биопсия тонкой иглой

554. Больная

30 лет поступила с жалобами на раздражительность, повышенную утомляемость, немотивированные колебания настроения. При осмотре обнаружено диффузное увеличение обеих долей щитовидной железы. Положительные глазные симптомы: расширение глазных щелей, редкое мигание. Пульс – 115 уд./мин. В течение 2 лет периодически лечилась тиреостатическими препаратами без большого эффекта. Поставлен диагноз: диффузный зоб 3 степени с явлениями тиреотоксикоза средней тяжести. Лечебная тактика?

1. срочная субтотальная струмэктомия;
2. лечение тиреостатическими препаратами;
3. +субтотальная резекция щитовидной железы после подготовки антитиреоидами;
4. лечение радиоактивным йодом;
5. гемиструмэктомия после подготовки.

555. У больной 30 лет выявлено плотной консистенции опухолевидное образование в правой доле щитовидной железы размерами 2х2 см.

Периферические лимфоузлы не увеличены. Данные радиоизотопного сканирования подтверждают диагноз: узловой эутиреоидный зоб. Лечение?

1. +резекция части доли щитовидной железы с узлом;
2. субтотальная струмэктомия;
3. гемиструмэктомия;
4. вылущивание опухоли;
5. консервативное лечение.

556. На 2-й день после операции по поводу диффузного токсического зоба у больного внезапно появилось двигательное и психическое возбуждение, тахикардия 130 уд./мин, температура тела 39,8° С. Диагноз?

1. гиперпаратиреоз;
2. гипопаратиреоз;
3. +тиреотоксический шок;
4. гипотиреоз;
5. тиреоидит оставшейся части щитовидной железы.

557. Больной

35 лет произведена субтотальная резекция щитовидной железы по поводу тиреотоксического зоба. На следующий день появились жалобы на слабость, затруднение глотания, распирающие боли в левой половине шеи. Снята повязка. При осмотре обнаружена выраженная припухлость левой половины шеи мягкой консистенции. Из раны небольшое кровянистое отделяемое. Тактика?

1. пункция, отсасывание отделяемого;
2. +снять швы, удалить сгустки, остановить кровотечение;
3. гемостатическая терапия;
4. холод на левую половину шеи;
5. антибиотикотерапия.

558. У больной, оперированной по поводу диффузного зоба с явлениями тиреотоксикоза средней тяжести, на следующий день после операции отмечаются парестезии в области кончиков пальцев рук, ощущение "мурашек". Затем появился симптом "руки акушера", боли в мышцах предплечий. Какое осложнение можно предположить у больной?

1. гипотиреоидная реакция;
2. гипертиреоидная реакция;
3. +паратиреоидная недостаточность;
4. гиперпаратиреоз;
5. повреждение n.vagus.

559. Больная 60 лет жалуется на раздражительность, непереносимость жары, похудание, сердцебиение, повышенную потливость. Отмечается нарушение ритма сердечных сокращений. Глазные симптомы отсутствуют. При пальпации щитовидной железы определяется узел с четкими границами, не спаянный с окружающими тканями, смещающийся при глотании. Диагноз?

- 1.
- +узловой токсический зоб;
2. рак щитовидной железы;
3. киста щитовидной железы;
4. абсцесс щитовидной железы;
5. холодная аденома щитовидной железы.

560. Больная 25 лет при поступлении в отделение жалуется на общую слабость, быстрые смены настроения, раздражительность, плаксивость, утомляемость. Беспокоит также опухолевидное образование на передней поверхности шеи. При осмотре: увеличение обеих долей щитовидной железы 3 ст., положительные глазные симптомы. Тахикардия 120 уд./мин. При пальпации щитовидная железа эластичной консистенции, диффузно увеличены обе доли. Диагноз?

1. токсическая аденома;
- 2.
- +диффузный токсический зоб;
3. рак щитовидной железы;
4. струмит;
5. тиреоидит.

561. Больная 30 лет поступила с жалобами на боли при глотании и увеличение левой доли щитовидной железы. Из анамнеза известно, что недавно больная перенесла фолликулярную ангину. При осмотре: температура 38С, левая доля щитовидной железы увеличена, уплотнена, болезненна. Пульс 100 уд./мин. В анализе крови: лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, СОЭ 30 мм/час. Основной обмен 25%. Диагноз?

1. тиреотоксический зоб;
2. эутиреоидный зоб;
3. острый тиреоидит;
4. шейный лимфаденит;
- 5.
- +абсцесс щитовидной железы.

562. Больной 45 лет был прооперирован по поводу гипертиреоидного зоба. Сразу же после операции появилась осиплость голоса, больной стал поперхиваться. Какое осложнение струмэктомии возникло у данного больного?

1. повреждение трахеи;
- 2.
- +повреждение возвратного гортанного нерва;
3. инородное тело гортани;
4. гематома;
5. тиреотоксический криз.

563. Больная 30 лет поступила с жалобами на опухолевидное образование на передней поверхности шеи, которое появилось 5 лет назад и с тех пор медленно увеличивалось. В левой доле щитовидной железы при пальпации определяется плотное образование с гладкой поверхностью размерами 8х5 см, безболезненное. Пульс 78 уд./мин. Основной обмен 10%. Какое лечение показано этой больной?

1. субтотальная резекция щитовидной железы;
2. энуклеация узла;
- 3.
- +резекция левой доли железы;
4. струмэктомия с удалением регионарных лимфоузлов;
5. паратиреоаденомэктомия.

564. У больной 60 лет 10 лет назад диагностирован узловой эутиреоид-ный зоб размерами 5х3 см. За последние полгода образование увеличилось вдвое, ухудшилось общее состояние больной, появились слабость, быстрая утомляемость. При пальпации поверхность щитовидной железы неровная, консистенция плотная. Образование малоподвижное. Лимфоузлы на левой половине шеи увеличены, плотные. Диагноз?

1. острый тиреоидит;
2. тиреотоксический узловой зоб;
3. эутиреоидный узловой зоб;
- 4.
- +малигнизация зоба;
5. паратиреоаденома.

565. Больной 40 лет заболел остро: озноб, слабость, затруднение глотания, боли в области шеи с иррадиацией в уши, голову, усиливающиеся при поворотах, температура

38°C. Больного беспокоит потливость. При

пальпации щитовидная железа увеличена, болезненна, не спаяна с окружающими тканями, уплотнена, флюктуирующих участков нет.

Подчелюстные, шейные лимфоузлы не увеличены. В анализе крови: СОЭ до 21 мм/ч, относительный лимфоцитоз. При исследовании накопления йода щитовидной железой на сканограмме участки про-светления, накопление снижено. Диагноз?

1. флегмона шеи;
2. кровоизлияние в узловой зоб;
- 3.
- +острый тиреоидит;
4. инфицированная киста шеи;
5. диффузный токсический зоб.

566. Больная поступила с жалобами на раздражительность, потливость, слабость, сердцебиение. Больна II года. Щитовидная железа не увеличена. Основной обмен - 30%. При физикальном обследовании больной никакой патологии не выявлено. При рентгенологическом исследовании в переднем средостении на уровне II ребра справа определяется образование округлой формы размером

5х5 см с четкими границами. Какое

дополнительное исследование необходимо для уточнения диагноза?

1. пункционная биопсия;
- 2.
- +сканирование щитовидной железы;
3. анализ крови (эозинофилия) для исключения эхинококковой кисты;
4. в/кожная проба с эхинококковым диагностикумом;
5. медиастиноскопия.

567. Какой метод диагностики следует избрать как наиболее исчерпывающий при подозрении на малигнизацию узлового зоба?

- 1.
- +пункционная биопсия;
2. радиоизотопное исследование функции железы;
3. сцинтиграфия железы;
4. УЗИ щитовидной железы;
5. компьютерная томография железы.

568. У больной 50 лет диагностирован рак щитовидной железы. При осмотре определяется плотный узел в правой доле, лимфоузлы 3х4 см по ходу кивательной мышцы плотные, увеличенные, безболезненные. Как радикально лечить больную?

1. энуклеация узла;
2. субтотальная струмэктомия;
3. лучевая терапия;
4. гемиструмэктомия справа;
- 5.

+струмэктомия с удалением регионарных лимфоузлов.

569. Больная 24 лет поступила с жалобами на раздражительность, потливость, слабость, сердцебиение. Болеет 2 года. Щитовидная железа не увеличена. Основной обмен

+30%. При рентгеноскопии в переднем

средостении образование округлой формы 5х5 см с четкими контурами.

Легочная ткань прозрачна. Какие дополнительные методы исследования необходимы для уточнения диагноза?

1. рентгенография грудной клетки и пищевода;
2. пневмомедиастиноскопия;
3. радиоизотопное сканирование щитовидной железы;
4. ультразвуковое сканирование щитовидной железы;
- 5.

+все перечисленное.

570. При биохимическом исследовании крови выявлены: гиперкальциемия, гипофосфатемия. При рентгенологическом исследовании обнаружен остеопороз костей. Стернальная пункция без особенностей. Диагноз?

1. миеломная болезнь;
2. остеопороз костей таза;
3. фиброзная дисплазия;
- 4.

+гиперпаратиреоз;

5. болезнь Педжета.

571. При выявлении солитарного узла в щитовидной железе показано: а) сканирование щитовидной железы; б) рентгенологическое исследование грудной клетки и трахеи; в) определение гормонов щитовидной железы; г) определение антител щитовидной железы; д) ультразвуковое исследование щитовидной железы; е) диагностическая пункция. Выберите правильную комбинацию ответов:

1. а, б, в.
2. г, д, е.
- 3.

+все методы исследования показаны.

4. б, в, д, е.

5. а.

572. У больной 46 лет с жалобами на чувство тяжести за грудиной и непостоянную одышку при физической нагрузке при рентгенологическом исследовании грудной клетки за рукояткой грудины выявлена опухоль с четкими контурами,

8 см в диаметре, смещающая трахею вправо.

Щитовидная железа пальпаторно не увеличена, мягкой консистенции.

Ваш диагноз?

- 1.
- +загрудинный зоб;
2. тимома;
3. тератома;
4. дермоидная киста;
5. лимфома.

573. У больной 35 лет через двое суток после субтотальной резекции щитовидной железы по поводу диффузного тиреотоксического зоба появились онемение кончиков пальцев рук, скованность в конечностях, подрагивание мышц лиц. Диагноз?

1. повреждение верхнего гортанного нерва во время операции;
2. гипотиреоз;
- 3.

+гипопаратиреоз вследствие операционной травмы паратиреоидных желез;

4. гиперпаратиреоз;
5. тиреотоксический шок.

Заболевания молочной железы

573. При фиброаденоме молочной железы показана:

1. простая мастэктомия
2. ампутация молочной железы
- 3.
- +секторальная резекция
4. радикальная мастэктомия
5. лучевая терапия

574. Определите оптимальный вариант лечения острого гнойного интра-маммарного мастита:

- 1.
- +широкое вскрытие гнойника радиарным разрезом
2. вскрытие гнойника разрезом по переходной складке
3. повторные пункции гнойника с введением антибиотиков
4. иссечение по типу секторальной резекции с ушиванием раны на дренаже
5. мастэктомия

575. Основным путем оттока лимфы от молочной железы является:

1. перекрестный
2. подключичный
- 3.
- +подмышечный
4. парастернальный
5. межреберный

576. При диффузной мастопатии не применяется:

1. эстрогенные препараты
2. гепатопротекторы
3. длительный прием йодида калия
4. витаминотерапия
- 5.
- +лучевая терапия

577. Для молочной железы не являются регионарными лимфоузлы:

1. подмышечные
2. парастернальные
3. подключичные
4. лимфоузлы противоположной стороны
- 5.
- +все перечисленные лимфоузлы являются регионарными

578. Секторальная резекция молочной железы показана при:

1. агалактии
2. диффузной мастопатии
- 3.
- +узловой мастопатии
4. раке Педжета
5. гинекомастии

579. Выберите метод, применяющийся для дифференциальной диагностики опухолей молочной железы:

1. термография
2. маммография
3. рентгеноскопия грудной клетки
4. УЗИ молочной железы
- 5.
- +пункционная биопсия

580. При маммографии признаком мастопатии является:

1. тени узловой формы
2. усиление рисунка и удвоение контуров протоков
3. перидуктальный фиброз
4. микро- и макрокальцинаты
- 5.
- +все вышеуказанное

581. Выберите симптом, характерный для фиброаденомы молочной железы:

1.
+четкость границ при пальпации
2. симптом «площадки»^a
3. связь опухоли с окружающими тканями
4. симптом «лимонной корочки»^a
5. втянутость соска и выделения из него

582. Выделение крови из соска характерно для:

1.
+внутрипротоковой папилломы
2. болезни Педжета
3. узловой мастопатии
4. кисты
5. фиброаденомы

583. При фиброаденоме молочной железы характерен следующий симптом:

1. положительный симптом «умбиликации»^a
2. выделения из соска
3.
+положительный симптом Кенига
4. изменяется форма соска
5. боли в молочной железе

584. Укажите наиболее редкую причину развития мастопатий:

1. гиперандрогенемия
2. гиперэстрогенемия
3. гипоандрогенемия
4. гипоестрогенемия
5.
+психопатии

585. При выявлении микрокальцинатов при маммографии рекомендуется:

1. динамическое наблюдение
2.
+секторальная резекция со срочным гистологическим исследованием
3. пункционная биопсия
4. ультразвуковая диагностика
5. в наблюдении пациентка не нуждается

586. Наиболее эффективными методом исследования при опухоли молочной железы менее 0,5 см являются:

1.
+маммография
2. УЗИ
3. термография
4. пальпация
5. радиоизотопная диагностика

587. Назовите самую частую врожденную аномалию молочной железы:

1. инверсия соска
2. ателия
3. амастия
4.
+полителия и полимастия
5. дистопия млечных ходов

588. В верхне-наружном квадранте молочной железы одиночный безболезненный узел диаметром 5 см, плотной консистенции, хорошо отграниченный от окружающих тканей. Сосок не изменен, выделений нет. Регионарные лимфоузлы не увеличены. Ваш предварительный диагноз:

1.
+фиброаденома молочной железы
2. рак молочной железы
3. мастит
4. узловатая форма мастопатии

5. фиброзно-кистозная форма мастопатии

589. Выберите оптимальный вариант лечения острого гнойного ретромам-марного мастита:

1.
+вскрытие гнойника разрезом по переходной складке
2. пункция гнойника с введением антисептиков
3. иссечение по типу секторальной резекции с ушиванием раны на дренаже
4. мастэктомия
5. широкое вскрытие гнойника радиарным разрезом

590. У больной 50 лет молочная железа инфильтрирована, отечна, резко уплотнена и увеличена в объеме, кожа железы покрыта красными пятнами с неровными «языкообразными» краями, сосок втянут и деформирован. Ваш диагноз:

1. острый мастит
2. рак Педжета
3.
+рожеподобный рак
4. солидный рак
5. панцирный рак

591. Рак молочной железы чаще всего метастазирует в:

1. средостение
2.
+кости
3. кожу
4. печень
5. надпочечники

592. При лактостазе показано все, кроме:

1. массажа молочных желез
2. тщательного сцеживания молока
3.
+антибиотикотерапии
4. возвышенного положения молочных желез
5. продолжения кормления грудью

593. В положении лежа опухоль молочной железы может исчезать при симптоме:

1. умбиликации
2.
+Кенига
3. Пайра
4. Прибрама
5.
«апельсиновой корки»

594. Радикальная мастэктомия по Холстеду включает:

1.
+удаление молочной железы с большой и малой грудными мышцами, клетчаткой подключичной, подмышечной и подлопаточной области
2. то же
+ удаление парастернальной и медиастенальной клетчатки и лимфатических лимфоузлов
3. удаление молочной железы с малой грудной мышцей и клетчаткой подмышечной, подлопаточной и подключичной областей
4. удаление сектора молочной железы с подмышечной клетчаткой и лимфатическими узлами
5. удаление молочной железы

595. Опухоль молочной железы характеризуется:

1. размером
2. формой
3. консистенцией

4. локализацией

5.

+все ответы правильные

596. Секторальная резекция молочной железы показана:

1. при фиброаденоме

2. при диффузной мастопатии

3.

+при раке I стадии

4. при болезни Педжета

5. при гинекомастии

597. Наиболее информативными методами исследования при папиломе протока молочной железы являются:

1. пункционная биопсия

2. УЗИ

3. прицельная маммография

4.

+дуктография

5. термография

598. К факторам, увеличивающим риск возникновения рака молочной железы относят все, кроме

1. мастопатии

2. длительного лечения эстрогенами

3. травмы молочной железы

4. отсутствия беременностей

5.

+раннего наступления менопаузы - до 45 лет

599. При раке молочной железы наибольшее значение имеют все нижеперечисленные данные, кроме

1. возраста при первой беременности

2. числа беременностей, абортов

3. травмы молочной железы за несколько лет до появления опухоли

4. времени появления менструации и наступления менопаузы

5.

+продолжительности менструального цикла

600. Косвенными рентгенологическими признаками рака молочной железы являются все, кроме

1. кальцинатов

2. утолщения кожи на ограниченном участке

3. увеличения калибра подкожных вен в 2 раза

4.

+тени ткани молочной железы в виде треугольника

5. уменьшения ретромаммарного пространства

601. Листовидная фиброаденома характеризуется всем, кроме:

1. быстрого роста

2. склонности к озлокачиванию

3. возможностью рецидивирования

4. нередко большими размерами опухоли

5.

+частым вовлечением в процесс кожи, наличием изъязвлений

602. Особенности рака грудной железы у мужчин является все, кроме:

1. частого метастазирования в лимфоузлы

2. быстрого распространения за пределами грудной железы

3. частого поражения кожи соска

4. частого метастазирования в подмышечные лимфоузлы

5.

+лучший прогноз при лечении, чем у женщин

603. Факторами, влияющими на развитие фиброзно-кистозной мастопатии являются все, кроме

1. пролактина
2. нарушения соотношения протестостерона и эстрогенов
3. увеличения концентрации фолликулинстимулирующего гормона
- 4.
- +увеличения концентрации прогестерона во 2 фазе менструального цикла
5. увеличения выработки эстрогенов

604. Патологическими выделениями из соска сопровождаются все нижеперечисленное, кроме:

- 1.
- +фиброаденомы
2. узловой формы мастопатии
3. протоковых папиллом
4. фиброаденомы с интраканаликулярным ростом
5. диффузной фиброзно-кистозной мастопатии

605. Для всех дисгормональных заболеваний молочной железы характерно все, кроме:

1. сочетания с нарушением овариально-менструального цикла
2. изменения данных пальпации на протяжении менструального цикла
- 3.
- +наличия постоянных болей в молочных железах, иррадиирующих в спину, шею, надплечье
4. отсутствия гиперплазии лимфатических узлов
5. изменения болей на протяжении менструального цикла

606. Опухоль при узловой форме рака молочной железы имеет:

1. плотную консистенцию
2. бугристую поверхность
3. нечеткие контуры
- 4.

- +все ответы правильные
5. все ответы не правильные

607. Для маститоподобного рака молочной железы характерно все, кроме:

- 1.
- +возникновения только в период лактации
2. увеличения в объеме и резкого отека молочной железы
3. гиперемии кожи молочной железы
4. медленного развития болезни
5. повышения температуры тела

608. При беременности на состояние молочных желез оказывают влияние:

- 1.
- +гормоны, вырабатываемые плацентой и гормон желтого тела
2. плацентарные и фолликулостимулирующие гормоны
3. гормоны передней доли гипофиза и плацентарные гормоны
4. фолликулостимулирующий гормон
5. гормон желтого тела

609. При серзной форме острого лактационного мастита следует:

- 1.
- +провести тщательное сцеживание молока и рекомендовать обильное питье жидкости
2. назначить антибиотики и произвести тугое бинтование молочных желез
3. прекратить кормление и назначить физиотерапевтические процедуры
4. рекомендовать ограничить употребление жидкости

610. Ранняя стадия диффузной мастопатии - мастодиния характеризуется:

- 1.
- +болевыми ощущениями, усиливающимися в предменструальный период, и появлением малобользнейных уплотнений, как правило, исчезающих после менструации
2. постоянными болевыми ощущениями и наличием мелких уплотнений в молочной железе
3. болями в обеих молочных железах

4. выделениями из соска и нагрубанием молочных желез

5. выделениями из соска

611. К диффузным формам рака молочной железы относится:

1.

+отечно-инфильтративный, маститоподобный, рожеподобный, панцирный рак

2. внутрим протоковый, узловой

3. узловой, маститоподобный, рожеподобный

4. многоузловой-мультицентричный

5. рак Педжета

612. Наиболее значимым путем оттока лимфы от молочной железы

является:

1. перекрестный

2. подключичный

3.

+подмышечный

4. парастернальный

5. межреберный

613. Для симптома апельсиновой корки характерно:

1. втяжение кожи

2. деформация соска

3.

+отек и расширение кожных фолликулов

4. неподвижность молочной железы по отношению к большой грудной мышце

5. исчезновение опухоли при пальпации в положении лежа

614. Рак молочной железы чаще встречается в возрасте:

1.

25-30 лет

2.

30-40 лет

3.

40-50 лет

4.

+50-60 лет

5.

30-50 лет

615. Контрастная маммография выполняется при выявлении:

1. центрально расположенного опухолевого узла в молочной железе

2. регионарных метастазах

3. положительного симптома Кенига

4.

+выделений из соска

5. втяжения соска

616.

При осмотре молочной железы обращается внимание на все нижеперечисленное, кроме:

1. формы, положения и смещаемости железы

2. окраски кожных покровов в области железы

3.

+величины молочных желез

4. втяжения соска

5. наличия отека железы по типу апельсиновой корки

617. Для панцирного рака характерно:

1. поражение кожи и подкожной клетчатки над молочной железой и за ее пределами

2. плотная фиксация молочной железы к грудной клетке

3. уменьшение молочной железы в размерах

4.

+все ответы правильные

5. все ответы не правильные

618.

Операцией выбора при фиброаденоме молочной железы является:

1. вылушивание опухоли

2. простая мастэктомия

3. удаление опухоли вместе с тканью железы

4.

+секторальная резекция со срочным гистологическим исследованием

5. операция Пейти

619. Показанием к выполнению секторальной резекции молочной железы служит все, кроме:

1. фиброаденомы

2. аденомы

3.

+папилломы выводных протоков

4. листовидной фиброаденомы небольших размеров

5. гинекомастии

620. Добавочные молочные железы чаще всего располагаются:

1.

+в подмышечной впадине

2. на боковой поверхности грудной стенки

3. непосредственно над молочной железой

4. в надключичной области

5. ретромаммарно

621. При серозно-инфильтративной форме острого лактационного мастита рекомендуется:

1.

+тщательное регулярное сцеживание молока, обильное питье жидкости и назначение протеолитических ферментов

2. обезболивающие средства и ограничение приема жидкости

3. антибиотикотерапию

4. тугое бинтование молочных желез и прекращение кормления

5. прекращение лактации путем назначения парлодела

ВОПРОСЫ К ЭКЗАМЕНУ

1. Облитерирующий атеросклероз. Этиология. Клиническая картина. Лечение.

2. Комплексные мероприятия при профузных кровотечениях из пищеварительного тракта.

3. Дивертикулы пищевода. Клиника, диагностика, хирургическое лечение.

4. Предраковые заболевания желудка. Тактика хирурга.

5. Роль поликлиники в диспансерном методе обслуживания хирургических больных.

6. Методы обследования больных с облитерирующими заболеваниями сосудов нижних конечностей.

7. Реинфузия крови и аутогемотрансфузия. Определение понятия. Техника выполнения. Показания и противопоказания.

8. Хирургические методы лечения варикозного расширения вен нижних конечностей.

9. Бронхоэктатическая болезнь. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.

10. Эмболия легочной артерии. Этиология. Клинические формы. Диагностика, лечение. Реанимационные мероприятия.

11. Незаращение артериального (Боталлова) протока. Клиника, диагностика, лечение.

12. Тиреотоксический криз. Этиопатогенез. Клиника, лечение.

13. Эндемический зоб. Определение понятия. Классификация. Признаки зобной эндемии. Профилактика. Показания к операции.
14. Спонтанный пневмоторакс. Клиника. Диагностика. Лечение.
15. Легочное кровотечение. Причины, диагностическая и лечебная тактика.
16. Тиреотоксический зоб. Клиника, диагностика и лечение, показания к операции.
17. Облитерирующий эндартериит нижних конечностей. Определение понятия. Классификация. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
18. Заболевания молочной железы. Классификация, методы обследования.
19. Гангрена легкого. Диагностика, лечение, осложнения.
20. Кишечные свищи, Классификация, клиника, лечение.
21. Кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода и кардии. Клиника, диагностика и методы лечения.
22. Рентгенологические, эндоскопические, интраоперационные методы исследования при механической желтухе.
23. Острый и хронический абсцесс легкого. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
24. Хронический абсцесс легкого. Дифференциальный диагноз. Хирургическое лечение.
25. Медиастинит. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
26. Дифференциальная диагностика острого и хронического панкреатита.
27. Портальная гипертензия. Этиопатогенез, клиника, диагностика и лечение.
28. Хирургическая коррекция нарушений ритма.
29. Инородные тела бронхов. Диагностика и лечение. Бронхологические методы исследования в торакальной хирургии.
30. Кисты и свищи поджелудочной железы. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
31. Перикардиты. Классификация, этиология, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
32. Неспецифический язвенный колит. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
33. Ваготомия в хирургии язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. Постваготомные синдромы. Клиника. Диагностика, лечение.
34. Постхолецистэктомический синдром. Определение понятия. Причины, клиника, диагностика, лечение.
35. Спорадический зоб. Классификация. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
36. Полипоз ободочной кишки. Классификация. Клиника, диагностика, лечебная тактика.
37. Расслаивающая аневризма аорты. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
38. Доброкачественные опухоли молочной железы. Клиника, диагностика, лечение.
39. Эхинококкоз печени. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
40. Острый гнойный мастит. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
41. Ишемическая болезнь сердца. Клиника, диагностика, хирургическое лечение. Показания к операции.
42. Инородные тела пищевода. Клиника, диагностика, лечебная тактика.
43. Врожденные пороки "синего типа". Тетрада Фалло. Клиника, диагностика, лечение.
44. Острый гнойный плеврит. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
45. Эмпиема плевры. Классификация, клиника, диагностика, лечение.
46. Острый панкреатит. Этиология. Клиника. Диагностика. Принципы лечения.
47. Хронический панкреатит. Этиопатогенез, клиника, дифференциальный диагноз. Лечение.
48. Закрытая травма печени и селезенки. Дифференциальная диагностика повреждений
49. Химические ожоги пищевода. Первая помощь и принципы лечения в остром периоде.
50. Организация хирургической службы в поликлинике. Экспертиза трудоспособности

хирургических больных.

51. Инородные тела пищеварительного тракта. Клиника, диагностика, тактика хирурга.

52. Скользящие грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Клиника, дифференциальный диагноз и лечение.

53. Тиреотоксический зоб. Осложнения во время и после операции. Лечение осложнений.

54. Кардиоспазм. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.

55. Доброкачественные опухоли пищевода. Клиника, диагностика. Лечение.

56. Болезни оперированного желудка. Классификация, клиника диагностика, показания к хирургическому лечению.

57. Недостаточность митрального клапана. Этиология, гемодинамика, клиника, диагностика, профилактика и лечение.

58. Экстракорпоральные методы детоксикации в хирургии (гемо-, лимфосорбция, плазмаферез, АУФОК, ксеноспленоперфузия и др.).

59. Доброкачественные опухоли легких. Классификация, клиника, методы дифференциальной диагностики, лечение.

60. Механическая желтуха. Дифференциальная диагностика. Дополнительные методы обследования при желтухе.

61. Митральный стеноз. Механизм развития порока. Клиника, диагностика, принципы хирургического лечения.

62. Врожденные пороки. Классификация. Показания к хирургическому методу лечения. Тетрада Фалло. Способы операции.

63. Опухоли и кисты средостения. Классификация. Специальные методы обследования.

64. Повреждения и заболевания селезенки. Клиника, диагностика, лечение. Показания к спленэктомии.

65. Посттромбофлебитический синдром. Определение понятия, классификация, клиника, диагностика, лечение.

66. Болезнь Рейно. Этиология, классификация, клиника, диагностика, лечение.

67. Холангит. Клиника, диагностика. Лечение.

68. Специальные методы обследования пищевода. Классификация и дифференциальная диагностика заболеваний пищевода.

69. Тромбофлебит поверхностных вен нижних конечностей. Этиопатогенез. Классификация. Клиника, Лечение.

70. Классификация заболевания щитовидной железы.

71. Полипоз желудка. Этиопатогенез, дифференциальная диагностика, лечебная тактика.

72. Хронические окклюзионные поражения артерий верхних конечностей. Болезнь Такаясу. Клиника, диагностика, лечение.

73. Тромбофлебиты глубоких вен нижних конечностей. Клиника, диагностика, лечение. Принципы антикоагулянтной терапии. Показания к операции.

74. Аутоиммунный тиреоидит. Этиопатогенез, клиника, принципы лечения.

75. Доброкачественные опухоли и кисты средостения. Клиника, диагностика, лечение.

76. Синдром Лериша. Клиника, специальные методы обследования, лечение.

77. Организация хирургической службы населению России и Мордовии.

78. Геморрой. Этиопатогенез. Клиника, Дифференциальный диагноз. Лечение.

79. С.С.Юдин. Его роль в развитии хирургии желудка и двенадцатиперстной кишки.

80. Острая кишечная непроходимость. Классификация. Диагностика. Лечение.

81. Инвагинация кишечника. Клиника. Диагностика. Лечение. Показания к операции.

82. Странгуляционная кишечная непроходимость: завороты, узлообразование и инвагинация кишок.

83. Обтурационная непроходимость кишечника. Причины. Клиника. Диагностика. Тактика хирурга.

84. Пупочные грыжи. Грыжи белой линии живота. Клиника. Лечение.
85. Варикозное расширение вен нижних конечностей. Этиопатогенез. Клиника и лечение.
86. Перитонит. Этиопатогенез. Клиника, диагностика. Тактика хирурга.
87. Острый холецистит. Клиника, диагностика, лечение.
88. Желчнокаменная болезнь. Этиопатогенез. Клиника. Дифференциальный диагноз. Лечение.
89. Желудочно-кишечное кровотечение. Этиология. Клиника. Диагностика. Тактика хирурга.
90. Перфоративная язва желудка. Клиника. Диагностика. Лечение.
91. Острые нарушения проходимости магистральных артерий конечностей. Дифференциальный диагноз. Тактика хирурга.
92. Приобретенные паховые грыжи. Хирургическая анатомия пахового канала. Оперативное лечение паховых грыж.
93. Дифференциальная диагностика желудочно-кишечных кровотечений.
94. Ущемленная грыжа. Клиника, диагностика. Тактика хирурга.
95. Трещина заднего прохода. Клиника, диагностика. Лечение.
96. Острый аппендицит. Классификация. Клиника, диагностика. Особенности клиники у больных пожилого возраста, беременных и детей.
97. Острый аппендицит. Дифференциальный диагноз. Тактика хирурга.
98. Осложнения острого аппендицита. Диагностика. Тактика хирурга.
99. Послеоперационные осложнения при остром аппендиците. Тактика хирурга. Профилактика.
100. Рубцово-язвенный пилородуоденальный стеноз. Патогенез. Клиника, Хирургическое лечение.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ (ЗАДАЧИ К ЭКЗАМЕНУ)

Задача № 1

Мужчина 37 лет поступил через 16 часов от начала заболевания с жалобами на внезапно возникшие сильные схваткообразные боли в верхних отделах живота, повторные рвоты съеденной пищей, вздутие живота. Из анамнеза известно, что два года назад оперирован по поводу проникающего ранения брюшной полости с повреждением печени и поперечной ободочной кишки. В течение послеоперационного периода несколько раз наблюдались подобные приступы, которые эффективно купировались применением спазмолитиков. На этот раз приступ протекает более тяжело, привычные консервативные мероприятия не эффективны. Объективно: состояние средней степени тяжести, больной беспокоен, меняет положение. Пульс 90 в минуту, артериальное давление 110/70 мм рт. ст. Язык несколько суховат, обложен. Живот равномерно вздут, мягкий, болезненный больше в верхних отделах, перистальтика выслушивается, перитонеальные симптомы не определяются. На передней брюшной стенке гипертрофический рубец после срединной лапаротомии. Сутки назад был нормальный стул. При ректальном исследовании - следы кала обычной окраски.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. План дополнительного обследования больного?
3. Роль и объем рентгенологического обследования, интерпретация данных.

4. Этиология и патогенез нарушений, развивающихся при данной патологии.
5. Каков объем консервативных лечебных мероприятий необходимых для данного больного?
6. Показания к операции, варианты оперативных вмешательств?
7. Мероприятия, направленные на предупреждение рецидива заболевания.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ 1

1. Острая кишечная непроходимость, вызванная спайкообразованием или ущемленной посттравматической диафрагмальной грыжей.
2. В комплексе первичного обследования обязательны обзорная рентгенография брюшной полости с контролем пассажа бария, ультразвуковое исследование.
3. Основной этиологический фактор в данном случае – механическое препятствие, вызвавшее илеус, следствием которого является частичная или полная остановка кишечного пассажа и, выраженное в той или иной степени, нарушение кровоснабжения вовлеченной в процесс кишечной петли. В патогенетическом плане среди многообразных нарушений гомеостаза наибольшее клиническое значение имеют развивающиеся водно-электролитные нарушения, изменение проницаемости кишечной стенки, некроз стенки кишки, кишечная недостаточность, эндотоксикоз, вторичный перитонит.
4. Комплекс мероприятий, включающий: голод, дренирование желудка, обезболивание, мощную инфузионную терапию, спазмолитики, новокаиновые блокады, ГБО, очистительные клизмы, коррекцию развивающихся полиорганных нарушений.
5. Показанием к операции является отсутствие отчетливой положительной динамики (клинически и по рентгенологическим данным) от консервативного лечения в течение 6 часов, явления перитонита, ущемленная диафрагмальная грыжа. В данном случае возможными вариантами оперативного пособия будут: ликвидация непроходимости, френотомия или рассечение спаек, резекция (при некрозе) участка пострадавшего органа, трансназальная интубация тонкой кишки (по показаниям).
6. Тщательное соблюдение принципов оперативной техники, бережное отношение к тканям, интубация тонкой кишки, надежная герниопластика, наложение гидроперитонеума, раннее восстановление перистальтики, назначение в послеоперационном периоде ГБО, гидрокортизона, антигистаминных препаратов, физиотерапии и др.

Задача № 2

Больная, 68 лет, поступила в хирургическое отделение в экстренном порядке спустя 3 суток от начала заболевания с жалобами: на постоянные боли во всех отделах живота, многократную рвоту, задержку стула и неотхождение газов; на наличие в правой паховой области болезненного, опухолевидного выпячивания; на подъем t тела до 38° С. Заболевание началось с появления в правой паховой области опухолевидного, болезненного выпячивания. В последующем развился описанный симптомокомплекс, клиника заболевания прогрессировала. Объективно состояние больной тяжелое. Кожный покров бледно-розовый. В легких везикулярное дыхание, ослабленное в нижних отделах.

Хрипов нет. Пульс 100 в 1 минуту, ритмичный, слабого наполнения. АД - 10/70. Тоны сердца приглушены. Язык сухой, обложен у корня коричневым налетом. Живот вздут, болезненный при пальпации во всех отделах. Симптомы раздражения брюшины слабopоложительные. Аускультативно выслушиваются единичные кишечные шумы с «металлическим» оттенком. Определяется «шум плеска». Стула не было 2 дня, газы не отходят. В правой паховой области определяется опухолевидное образование до 5 см в диаметре. Кожа над ним гиперемирована, отечна, повышена кожная t° . При пальпации образование резко болезненное, плотно-эластической консистенции, с размягчением в центре.

1. Какой диагноз следует поставить в данном случае?
2. Этиопатогенез данной патологии?
3. Классификация заболевания?
4. Объем обследования больной в данном случае?
5. Тактика лечения данного заболевания?
6. Объем медицинской помощи и особенности оперативного пособия в конкретном случае?
7. Послеоперационное ведение больной?

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ 2

1. Ущемленная паховая грыжа. Флегмона грыжевого мешка
2. При небольших грыжевых воротах как правило развивается эластическое ущемление в связи с внезапным повышением внутрибрюшного давления, которое сопровождается перерастяжением грыжевых ворот и проникновением в грыжевой мешок большего, чем обычно, количества органов.
3. Виды ущемления: эластичное, каловое и смешанное
Формы ущемления: типичное, ретроградное (грыжа Майдля) и пристеночное (грыжа Рихтера)
4. Классическая картина ущемленной грыжи как правило не требует дополнительного обследования. Для диагностики явлений кишечной непроходимости (как в данном случае) выполняется обзорная рентгенография органов брюшной полости
5. Экстренная операция: выделение грыжевого мешка, вскрытие грыжевого мешка и фиксация его содержимого, рассечение ущемляющего кольца, определение жизнеспособности ущемленных органов, резекция нежизнеспособных органов, пластика грыжевых ворот.
6. Экстренная операция. Сначала выполняется срединная лапаротомия, резекция кишки в пределах жизнеспособных тканей. Концы ущемленной кишки лигируют и перитонизируют. Вторым этапом вскрывают грыжевой мешок, удаляют гнойный экссудат, ущемленную петлю кишки и грыжевой мешок. Пластику грыжевых ворот не выполняют, рану дренируют.

7. Основное внимание в послеоперационном периоде уделяют лечению запущенной (в данном случае) кишечной непроходимости. Рану в паху ведут как гнойную.

Задача № 3

Мужчина 60 лет поступил на 2-й день от начала заболевания с жалобами на схваткообразные боли средней интенсивности внизу живота, иррадиирующие в крестец, вздутие живота, задержку стула и газов. Заболевание началось постепенно. Больной страдает запорами, отмечает, что подобные состояния были несколько раз и разрешались дома после очистительной клизмы. Общее состояние больного относительно удовлетворительное, температура нормальная, пульс 90 в минуту, язык обложен, влажный. Живот «перекошенный» за счет вздутия правой его половины, при пальпации мягкий, умеренно болезненный по ходу левого бокового канала. Справа пальпируется большое образование плотнoэластической консистенции, перистальтика над ним не выслушивается. Определяется «шум плеска», при перкуссии - высокий тимпанит. При ректальном исследовании ампула прямой кишки пуста, при попытке сделать сифонную клизму удастся ввести не более 400 мл жидкости.

1. Какой клинический синдром имеет место у данного больного?
2. Вероятная причина развития этого синдрома у пациента?
3. Классификация данной патологии?
4. Применение каких дополнительных методов оправдано для подтверждения и уточнения предварительного диагноза?
5. Тактика хирурга при подтверждении вашего предварительного диагноза?
6. Варианты оперативного пособия в зависимости от стадии заболевания?
7. Особенности ведения послеоперационного периода.
8. Что такое проба Цегефон - Мантейфеля?

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ 3

У больного клиника обтурационной толстокишечной кишечной непроходимости опухолевого генеза. Из дополнительных методов обследования необходимы: обзорная рентгенография брюшной полости, контроль пассажа бария. Лечение больного оперативное. В предоперационном периоде: 10%-40 мл NaCl, паранефральная блокада, антибиотики. Тактику определяет хирург во время операции. Варианты оперативного пособия: гемиколэктомия. операции «типа Гартмана», резекции толстой кишки с наложением U-образного анастомоза, операция Цейтлера-Шлоффера. При наличии отдаленных метастазов и нерезектабельности опухоли - обходные анастомозы и выведение двухствольных колостом. Проба Цеге - фон- Мантейфеля: при постановке очистительной клизмы невозможно ввести более 300л жидкости. Признак обтурации сигмовидной кишки. При локализации опухоли в сигмовидной кишке – резекция сигмовидной кишки по Гартману, при локализации в нисходящей кишке – левосторонняя гемиколэктомия с выведением одноствольной трансверзостомы, при локализации в поперечноободочной кишке – резекция кишки типа Гартмана, при локализации в области правого фланга – правосторонняя гемиколэктомия. При неоперабельности опухоли – наложение

двуствольного ануса. Послеоперационное ведение по общим принципам, особое внимание требует уход за колостомой.

Задача № 4

У больной 50 лет 6 месяцев назад появились жалобы на боли за грудиной в проекции нижней её трети, возникающие во время приема пищи и почти постоянное чувство жжения в пищеводе. Изредка наблюдались явления дисфагии. Объективно: шея правильной формы, безболезненная при пальпации. Грудина без особенностей. Эпигастральная область обычной формы, безболезненная. При эзофагоскопии было установлено выпячивание левой стенки пищевода на уровне 32 см от резцов размерами 3 х 4 см с неизменной слизистой и входом в него до 2 см. Больная ранее не лечилась, впервые обратилась к врачу.

Ваш диагноз?

1. Классификация этой патологии.
2. Какие механизмы возникновения данной патологии Вы знаете?
3. Какие дополнительные методы исследования следует выполнить?
4. Какую тактику лечения следует избрать?
5. В чем заключается курс консервативных мероприятий при данной патологии?
6. Каковы возможные осложнения данного заболевания?
7. Что является показанием к операции и какие виды оперативного лечения применяются при данной патологии?

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ 4

Предварительный диагноз: Дивертикул пищевода. Дополнительные методы исследования: рентгеноэзофагогастроскопия, ФГДС.

Лечение: При небольших размерах дивертикула - консервативное лечение. Показание к хирургическому лечению - осложнения заболевания (перфорация, пенетрация, кровотечение, малигнизация, пищеводно-трахеальные свищи). Оперативное лечение: при глоточно - пищеводных дивертикулах - шейный доступ, при эпибронхиальных - левосторонний торакальный. Объем операции: дивертикулэктомия, дивертикулэктомия с пластикой пищевода лоскутом диафрагмы или плевры.

Задача № 5

У больной 25 лет среди полного здоровья появилась дисфагия, возникли боли за грудиной после проглатывания пищи, срыгивание непереваренных кусков пищи. Нища лучше проходит после запивания её теплой водой, молоком или чаем. При резком откидывании головы и наклоне туловища назад больная иногда чувствовала, как пища «проваливалась» в желудок. Объективно: полость рта, шея, грудина, эпигастральная область без особенностей.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо выполнить?
3. Какова этиология и патогенез данного заболевания?
4. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
5. Опишите рентгенологическую семиотику заболевания.
6. Какие стадии заболевания по Б. В. Петровскому следует различать?
7. Какие виды лечения применяются при данном заболевании?
8. Каковы показания к оперативному лечению, варианты операций?

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ 5

Предварительный диагноз: Ахалазия кардии. Для данного заболевания характерна триада симптомов: дисфагия, регургитация и боль. Дифференциальный диагноз: рак пищевода и рак кардии, дивертикул пищевода, эзофагит, эзофагоспазм, стриктуры пищевода. Методы исследования: Рентгеноэзофагогастроскопия, эзофагокимография, ФГДС, фармакологические пробы.

Консервативную терапию применяют только в начальных стадиях заболевания, а также как дополнение к кардиодилатации. Основной метод лечения - кардиодилатация (противопоказан при портальной гипертензии). Кардиотомия. Эндоскопическая эзофагомиотомия. Показания к оперативному лечению: Противопоказания к кардиодилатации. отсутствие эффекта от кардиодилатации, разрывы пищевода, стриктуры. Консервативно: стол 1, церукал 3-4 недели, седативные, витамины группы В. Вегетосимпатическая блокада (расслабление кардии).

Задача № 6

Больной П., 58 лет оперирован в экстренном порядке через 36 часов от начала заболевания по поводу прободной язвы желудка, осложненной разлитым гнойно - фибринозным перитонитом. Выполнено ушивание язвы, дренирование брюшной полости. Течение послеоперационного периода тяжелое. Несмотря на проводимую интенсивную терапию на четвертые сутки после операции у больного сохраняются боли в животе без четкой локализации, тошнота, температура 37,9 °С. Объективно: язык сухой, живот вздут, пальпаторно определяется разлитая болезненность. Перитонеальные симптомы слабо положительны. Сохраняется парез желудочно-кишечного тракта, за сутки из желудка эвакуируется 600 - 1000 мл застойного содержимого, не отходят газы и стул. По дренажам из брюшной полости умеренное количество серозно-гнойного отделяемого. Пульс 110 в минуту, лейкоцитоз 13,0 тысяч, Лейкоцитарный индекс интоксикации 6,9.

1. Ваш диагноз?
2. Причины данного состояния?
3. Какие исследования необходимо выполнить для решения вопроса о дальнейшей тактике лечения?

4. На что должно быть направлено консервативное лечение?
5. Каковы показания к операции?
6. Объем хирургической помощи?
7. Принципы ведения послеоперационного периода при данной патологии?

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ 6

Предварительный диагноз: прогрессирующий перитонит. Динамическая (паралитическая) кишечная непроходимость. Дополнительные методы исследования: УЗИ (состояние кишечных петель, жидкость в брюшной полости), контроль пассажа бария. Лечение должно быть направлено на стимуляцию кишечника. Консервативно: прозерин, 10%- 40 мл NaCl, клизма гипертоническим раствором, электростимуляция, ГБО. Если клиника перитонита прогрессирует - показана релапаротомия, ликвидация источника перитонита, санация брюшной полости, декомпрессия кишечника.

Задача № 7

Больная 41 года обратилась к хирургу поликлиники с жалобами на боли в области заднего прохода, повышение температуры до 38°C. До этого несколько дней находилась на больничном листе, выданным терапевтом по поводу субфебрилитета, общего недомогания. Из анамнеза выяснилось, что 5 лет назад было кратковременное воспаление в области ануса с незначительным выделением гноя. Объективно: В области ануса на 5 - 8 часах имеется болезненный воспалительный инфильтрат 2х3 см. с деформацией наружного анального отверстия и его зиянием. С трудом удерживает газы, из прямой кишки выделяется слизь.

1. О каком заболевании идет речь?
2. Клиническая классификация этого заболевания?
3. Характерен ли для данной патологии продормальный период?
4. Какие методы дополнительного обследования необходимо выполнить, в чем заключается подготовка к ним и почему это должно выполняться в дневное время?
5. Назначьте лечение при данном заболевании?
6. Перечислите клинико-патогенетические формы хронического и острого вариантов течения данной патологии?
7. В чем заключается профилактика данного заболевания?

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ 7

По-видимому, у больной острый парапроктит (подкожный). Классификация: Острый (подслизистый, подкожный, ишиоректальный, пелвиоректальный); хронический (интра-, транс-, и экстрасфинктерные полные и неполные свищи прямой кишки). Лечение острого парапроктита: в инфильтративную фазу - антибиотики, горячие микроклизмы, ректальная диатермия, свечи с анестезином. В фазу абсцедирования - вскрытие парапроктита.

Задача № 8

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

1. Каков Ваш диагноз?
2. Клиническая классификация этого заболевания?
3. Эти о патогенез данного заболевания?
4. Какие методы обследования необходимо проводить при этом заболевании?
5. Тактика амбулаторного хирурга в данной ситуации?
6. Методы и объем неотложной помощи при этой патологии?
7. Методы лечения данного заболевания?

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ 8

Диагноз: Геморрой, осложненный кровотечением. Методы исследования: ректальное исследование, аноскопия, ректороманоскопия. Тактика амбулаторного хирурга: при выраженной анемии -госпитализация в хирургическое отделение. Первая помощь заключается в обезболивании, наложении повязки, проведении противовоспалительной и гемостатической терапии. Методы лечения: (в зависимости от стадии процесса и после остановки кровотечения) - инфракрасная фотокоагуляция, лигирование латексными кольцами, склеротерапия, геморроидэктомия.

Задача № 9

Больной 15 лет предъявляет жалобы на неотхождение стула и газов, боли в животе постоянного характера. Из анамнеза установлено, что с раннего детства больной вынужден прибегать к ежедневным очистительным клизмам, чтобы добиться стула. В силу сложившихся обстоятельств (находился в поезде) добиться стула не удавалось в течение 3 суток. Объективно: Язык влажный. Живот несколько вздут, мягкий, болезненный по ходу ободочной кишки. Перитонеальных симптомов нет. Шум плеска не выслушивается. При ректальном исследовании: Тонус сфинктера повышен, ампула пуста.

1. Ваш диагноз?
2. Этиология и патогенез заболевания?
3. С какой патологией следует проводить дифференциальную диагностику?
4. Дополнительные методы исследования?

5. Первая помощь, консервативное лечение?
6. Показания к оперативному лечению?
7. Характер и объем оперативного пособия?
8. Возможные послеоперационные осложнения?

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ 9

Диагноз: болезнь Гиршпрунга, мегасигма. Этиология: врожденное недоразвитие интрамуральных нервных сплетений. Дифференциальную диагностику необходимо проводить с обтурационной кишечной непроходимостью, копростазом, инородным телом прямой кишки. Дополнительные методы исследования и первая помощь: ректальное исследование, очистительные клизмы, механическое опорожнение кишечника (если необходимо - под наркозом). В «холодном» периоде - ирригоскопия, колоноскопия. Показание к экстренной операции: кишечная непроходимость. Лечение болезни Гиршпрунга: резекция сигмовидной кишки в плановом порядке.

Задача № 10

Мужчину 57 лет беспокоят боли в левой икроножной мышце, зябкость стопы, быстрая утомляемость. Боль появляется после прохождения 60 - 70 метров. Длительность заболевания около 6 месяцев. При осмотре дистальные отделы левой ноги бледнее чем справа, холодные на ощупь, мышцы при пальпации болезненные. Пульс удается определить только на бедренной артерии в паховой области, он ослаблен. Над ней выслушивается систолический шум. Пульсация магистральных артерий правой ноги сохранена на всех уровнях, но несколько ослаблена.

1. Ваш диагноз?
2. Клиническая классификация этого заболевания?
3. Патогенез развития этого заболевания?
4. План обследования пациента?
5. С какими заболеваниями следует дифференцировать эту патологию?
6. Принципы лечения заболевания в зависимости от стадии процесса?
7. Возможные осложнения при лечении этого заболевания и меры их профилактики?

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ 10

Диагноз: Облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей (стеноз бедренно-подколенного сегмента слева), ишемия конечностей 2Б - 3 степени.

План обследования; Общий анализ крови, общий анализ мочи, кровь на сахар, ПТИ, флюорография, ЭКГ, холестерин, липопротеиды с определением коэффициента атерогенности, УЗ-доплерография, ангиография. Дифференциальный диагноз следует проводить с облитерирующим эндартериитом, болезнью Бюргера.

Лечение: при 1-2А степени ишемии конечностей лечение консервативное, при 2Б- 3 степени -оперативное. Метод выбора - в зависимости от типа поражения - реконструктивная операция (шунтирование, протезирование, реже эндартерэктомия). При невозможности выполнить реконструктивную операцию - симпатэкомия, профундопластика, РОТ.

Задача № 11

У женщины 27 лет, страдающей митральным пороком сердца с мерцательной аритмией, внезапно час назад возникли сильные боли в правой стопе и голени. К моменту осмотра интенсивность болей усилилась. Кожные покровы дистальных отделов правой ноги бледные, холодные на ощупь. Пальпация стопы и голени болезненна. Активные движения стопы ограничены, пассивные - в полном объеме. Тактильная и ироприоцептивная чувствительность снижены. Пульсация правой бедренной артерии под пауперной связкой усилена, на остальных уровнях - отсутствует.

1. Какой Ваш диагноз?
2. Этиология и патогенез данной патологии?
3. Какую классификацию следует применить для формулировки диагноза в данном случае?
4. С какими заболеваниями следует дифференцировать эту патологию?
5. Какова должна быть лечебная тактика при острой ишемии?
6. Объем медицинской помощи?
7. Меры профилактики повторения этой патологии?

Ответ к задаче № 11

1. Диагноз – митральный порок сердца с мерцательной аритмией. Осложнение - эмболия правой бедренной артерии, стадия П-а (В.С.Савельев), субкомпенсированная ишемия (М.Д. Князев).
2. Этиопатогенез эмболии в данном случае – отрыв части пристеночного внутрисердечного тромба и занос этого фрагмента током крови в правую сердечную артерию на уровне отхождения глубокой артерии бедра. Патогенез заболевания – острое кислородное голодание тканей, что приводит к нарушению всех видов обмена веществ.
3. Классификация острой ишемии по В.С. Савельеву: ОИ I – парестезия, легкая боль; ОИ II – нарушение активных движений; ОИ III - субфасциальный отек, мышечная контрактура; ОИ IV – гангрена. Классификация по М.Д.Князеву: компенсированная, субкомпенсированная, декомпенсированная ОИ.
4. Острый глубокий тромбофлебит; острый неврит, острый миозит.
5. Тактика – экстренная операция - эмболэктомия.

6. Объем операции зависит от степени тяжести ОИ: при компенсированной ОИ - эмболектomia с удалением продолженного тромба; при декомпенсированной ОИ тоже самое + полузакрытая фасциотomia голени, детоксикационные мероприятия.

7. Меры профилактики: лечение кардиопатии, включая хирургические методы, плюс медикаментозная терапия антиагрегантами. Меры профилактики: лечение основного заболевания, контроль времени свертывания крови, ПТИ, назначение антиагрегантов и антикоагулянтов.

Задача № 12

Женщина 34 лет пришла на амбулаторный прием к хирургу. Жалуется на боли по медиальной поверхности левой голени в нижней и средней третях бедра. Боли появились 3 дня назад в области голени и впоследствии распространились на бедро. Температура повысилась до 37,5 °С, стала затруднительной ходьба. При осмотре по ходу варикозно измененной левой большой подкожной вены на голени и бедре имеется гиперемия кожного покрова, при пальпации в этой зоне определяется болезненный тяж. Пальпация в паховой области безболезненная. Отека стопы и голени нет.

1. Ваш диагноз?
2. Этиология и патогенез заболевания?
3. Классификация заболевания?
4. С каким заболеванием необходимо дифференцировать эту патологию?
5. Осложнения при данном заболевании?
6. Тактика лечения в зависимости от вариантов течения заболеванияи объем пособия?

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ 12

У больной острый тромбофлебит поверхностных вен левой голени и бедра. Дифференцировать заболевание следует с рожистым воспалением, тромбофлебитом глубоких вен, лимфонгаитом. Возможные осложнения: восходящий тромбофлебит, подвздошно-фemorальный флеботромбоз, эмболия легочной артерии. Лечение: постельный режим, возвышенное положение конечности, антибиотики, антикоагулянты, венотоники (троксевазин), антиагреганты (асирин), местное лечение (НПВС: диклофенак, фастум-гель. Гепарин, гель). При наличии восходящего тромбофлебита - операция Троянова.

Задача № 13

У мужчины 43 лет вскоре после переохлаждения повысилась температура до 38,7 °С, появились боли в левой половине грудной клетки, усиливающиеся при дыхании, стал беспокоить кашель без выделения мокроты. Вызванный на дом участковый терапевт назначил противовоспалительное лечение, но улучшения в состоянии мужчины не наступало. На 8 день заболевания стала отделяться гнойная зловонная мокрота в большом количестве. После этого температура нормализовалась, улучшилось самочувствие. Общее состояние удовлетворительное. Под левой лопаткой сзади определяется укорочение перкуторного тона, ослабленное дыхание. Другой патологии не выявлено.

1. Ваш диагноз?
2. Классификация заболевания?
3. Этиология и этапы развития заболевания?
4. Дополнительные методы исследования для уточнения диагноза и тактики лечения?
5. Лечение заболевания?
6. Возможные осложнения заболевания?
7. Реабилитационные мероприятия амбулаторного периода. Санаторно-курортное лечение?

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ 13

У данного больного клиника абсцесса легкого. Предпосылками для возникновения заболевания являются инфекция, расстройство кровообращения, ателектаз легкого. Выделяют этапы до- и после дренирования абсцесса через бронх. Дополнительные методы исследования: обзорная рентгенография грудной клетки, томография, УЗИ, КТ. Оперативное лечение показано при отсутствии адекватного дренирования через бронх, при диаметре абсцесса более 6 см, при наличии толстой капсулы. Операции: пневмотомия, резекция доли легкого. В последние годы более широко используется пункционный метод лечения под контролем УЗИ. Возможные осложнения: развитие гангрены легкого, сепсиса, гнойного плеврита, пневмоторакса, асфиксии.

Задача № 14

Больной 49 лет поступил с жалобами на слабость, похудение, временами кровь при акте дефекации. Холост, злоупотребляет алкоголем. Объективно: Пониженного питания, на коже звездчатая пигментация, эритема на ладонях и подошвах, отсутствие волос на груди и в подмышечных впадинах. Живот обычной формы, не увеличен, при пальпации из-под правой реберной дуги выступает на 5 см печень. В левом подреберье умеренно увеличенная селезенка, выступающая из-под края реберной дуги. Перкуторно: притупления в отлогих местах нет. Дизуретических расстройств не отмечается. При осмотре дистального отдела прямой кишки имеются геморроидальные узлы.

1. Ваш диагноз?
2. Какую классификацию следует применить для формулировки диагноза?
3. Этиология и патогенез данного заболевания?
4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз и по какому синдрому?
5. Какие дополнительные методы исследования следует провести для подтверждения диагноза и выбора тактики лечения?
6. Основные направления консервативной терапии, показания и виды оперативного лечения?

7. Осложнения заболевания и их профилактика?
8. Экспертиза трудоспособности при данной патологии?
9. Прогноз?

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ 14

Предварительный диагноз: цирроз печени, портальная гипертензия II ст. Дифференциальный диагноз: Внепеченочные формы портальной гипертензии, системные заболевания (болезнь Гоше, лейкозы), гепатит. Дополнительные методы исследования: УЗИ печени и селезенки, ФГДС, пункционная биопсия печени, маркеры гепатита, спленопортография. Оперативное лечение направлено на коррекцию портальной гипертензии: (спленэктомия с оментогепатопексией, спленоренальные анастомозы, при кровотечениях - зонд Блэкмора, операция Таннера, перевязка вен пищевода, пересадка печени). Прогноз - неблагоприятный.

Задача № 15

Больной 50 лет поступил с жалобами на тупые почти постоянные боли в эпигастрии, принимающие опоясывающий характер. Боли усиливаются после приема пищи, особенно жирной. Отмечает слабость, за последние 2 месяца похудел на 4 кг. Стул неустойчивый: часто поносы, обильный, зловонный, жирный. Заболевание связывает с перенесенным 5 лет назад приступом острого панкреатита. Злоупотребляет алкоголем. Последние 2 месяца появилась желтуха, которая постепенно нарастает. Объективно: Пониженного питания, склеры желтые. Кожный покров бледный с желтушным оттенком. В легких хрипов нет, одышки не отмечено. Живот не вздут, мягкий, при пальпации незначительная болезненность в эпигастриальной области по ходу поджелудочной железы, где отчетливо определяется передаточная пульсация аорты. Аускультативно: шумов нет. Печень не увеличена, желчный пузырь не пальпируется. Лейкоцитоз - 9,6. Со стороны красной крови умеренная анемия.

1. Ваш диагноз?
2. С каким заболеванием следует провести дифференциальный диагноз и какие методы лабораторной и инструментальной диагностики следует применить для этого?
3. Этиология и патогенез данного заболевания?
4. Какую классификацию следует применить для формулировки диагноза?
5. Какова тактика лечения больного?
6. Показания к оперативному лечению и виды операции?
7. Принципы оценки трудоспособности и реабилитации при данной патологии?
8. Прогноз заболевания?

Ответ к задаче № 15

1. Хронический гиперпластический (псевдотуморозный) панкреатит.

2. Дифференцировать с раком ПЖ. Дифференциальный диагноз следует провести с язвенной болезнью, циррозом печени, холедохолитиазом, раком фатерова соска и головки поджелудочной железы.

3. Кровь – общий анализ, билирубин, печеночные пробы, сахар. Исследование экскреторной функции поджелудочной железы (копрограмма, эластаза 1). УЗИ, КТ, ФГДС, РХПГ (ультрасонография, пункционная биопсия).

4. Этиология – нарушение питания и злоупотребление алкоголем, ЖКБ, ранее перенесенный острый панкреатит, хр. заболевания желудка и ДПК, до 25% идеопатический.

5. Основные теории патогенеза ХП:

- гидравлическая (обструкция протоков поджелудочной железы),
- дуоденопанкреатический рефлюкс,
- литостатическая,
- теория активации ферментов (первичного, клеточного повреждения),
- нарушение ПОЛ и экспрессии оксида азота.

6. Классификация В.Т. Ивашкин с соавт., 1990 г. Выделяют следующие формы хронического панкреатита: хронический рецидивирующий, псевдокистозный, псевдотуморозный, калькулезный.

7. Ликвидация холестатического синдрома (оперативное лечение – паллиативное и радикальное). Лечение синдрома экскреторной недостаточности (консервативная терапия – ферменты. Показания к хирургическому лечению определяются формой заболевания и наличием тех или иных осложнений. Виды вмешательств: пункционное лечение, наружное и внутреннее дренирование кист, папиллосфинктеротомия, панкреатоеюноанастомоз, панкреатодуоденальная резекция.

Задача № 16

Больная 28 лет доставлена в приемный покой на 2 день от начала заболевания с жалобами на резкие боли в эпигастрии, затрудняющие дыхание и иррадиирующие в левое подреберье и область сердца на фоне многократной рвоты, задержки стула и газов. При поступлении состояние тяжелое. Возбуждена. Цианотические пятна на боковых поверхностях живота, ягодиц и бедер. Температура тела 36,5 С, одышка до 32, дыхание поверхностное, пульс слабый 140 в 1 минуту, артериальное давление 90/60 мм.рт.ст. Тоны сердца ослаблены. Живот слегка вздут, мягкий, резко болезненный в эпигастрии и левом подреберье. Перистальтика ослаблена, пульсация аорты выше пупка не определяется. В отлогих местах брюшной полости при перкуссии притупление, слабо выражены перитонеальные симптомы. Лейкоцитоз - 18 тыс. Диастаза мочи -4096 ед. На ЭКГ - признаки очаговой гипоксии миокарда.

1. Какой диагноз следует поставить?

2. С какими заболеваниями следует провести дифференциальную диагностику?

3. Какие дополнительные методы лабораторного и инструментального исследования возможно применить у больной?

4. Этиология и патогенез данного заболевания?

5. Какую клиническую классификацию следует применить для формулировки диагноза?

6. Какие осложнения развиваются при данной патологии?

7. Основные направления в лечении данного заболевания?

8. Показания к оперативному лечению при данной патологии?

9. Прогноз?

Ответ к задаче № 16

1. Острый деструктивный панкреатит (панкреонекроз), период гемодинамических нарушений. Ферментативный перитонит. Острый инфаркт миокарда, пневмония, прободная язва желудка и ДПК, мезентериальным тромбозом, терминальной фазой перитонита

2. Исследование крови (лейкоцитоз, гемоглобин, гематокрит, амилаза крови и мочи); ЭКГ, обзорная рентгенография грудной и брюшной полости, УЗИ, КТ, лапароскопия.

3. Основные причины полиэтиологического ОП: механическая (ЖКБ), нейрогуморальные, токсикоаллергические (алиментарные, алкоголь). Патогенез – патобиохимическая теория (В.С.Савельев, 1983 г.), в основе которой лежат три основных процесса: липолиз и протеолиз, панкреатогенная токсемия, первично асептический панкреонекробиоз и демаркационные воспалительные реакции.

4. Классификация В.С.Савельева с соавт. (1983) и Атланта (1982) – клиническая классификация ОП и его осложнений.

5. Возможные осложнения: панкреатогенный шок, печеночно-почечная недостаточность, перипанкреатический инфильтрат оментобурсит, образование псевдокист поджелудочной железы, абсцессы и флегмоны забрюшинного пространства, панкреатические свищи.

6. Госпитализация в ОИТ и реанимации.

7. Основные направления лечения ОП:

- борьба с шоком, нормализация ОЦК, нейро-вегетативных функций,
- воздействие на местный патологический очаг,
- уменьшение эндоинтоксикации,

- коррекция тромбогеморрагического синдрома,
- иммунокоррекция,
- нутритивная поддержка,
- энерготропная терапия,
- оперативное лечение (малоинвазивная, традиционная).

8. Операции в раннем периоде (эндоскопические): дренирование брюшной полости, дренирование сальниковой сумки, по показаниям - микрохолецистостомия. В период гнойных осложнений (2-3 недели от начала заболевания) - вскрытие и дренирование абсцессов и флегмон забрюшинного пространства

Задача № 17

Больная 25 лет обратилась на прием с жалобами на раздражительность, плаксивость, быструю утомляемость, головную боль, чувство спазма в области гортани. Работает и учиться, мало отдыхает, спит до 6 часов в сутки. Объективно: Пониженного питания, глаза блестят, легкое дрожание пальцев кистей. Шея обычная, щитовидная железа заметна только при глотании. При пальпации отчетливо определяются только боковые доли, последние равномерно мягкие, аускультативно над ними ничего не выслушивается. Пульс 100 в минуту, с единичными экстрасистолами. Артериальное давление 150/60. При аускультации сердца систолический шум. При пальпации живота без особенностей.

1. Ваш диагноз?
2. Этиология и патогенез данного заболевания?
3. Какие дополнительные лабораторные и инструментальные методы исследования необходимо выполнить?
4. Какую клиническую классификацию следует применить для постановки диагноза?
5. Какие осложнения могут развиваться у больной?
6. Какова должна быть лечебная тактика?
7. Показания к оперативному лечению при данной патологии?
8. Принципы оценки трудоспособности при данном заболевании?

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ 17

Диагноз: Диффузный тиреотоксический зоб, II степени, легкая степень тяжести. Из дополнительных методов исследования необходимо выполнить: УЗИ щитовидной железы, определение уровня тиреотропного и тиреоидных гормонов; по показаниям (смешанные и узловые формы) - радиоизотопное сканирование, тонкоигольная биопсия, КТ, определение тиреоглобулина, кальцитонина, АТ к тиреоглобулину. При неэффективности консервативного лечения – субтотальная резекция щитовидной железы. Послеоперационные осложнения: тиреотоксический криз, кровотечение, повреждение

возвратного нерва, гипопаратиреоз, трахеомалиция. После операции 6 мес без физических нагрузок и перегреваний, через 6 мес на МСЭК, если сохраняются симптомы + диспансеризация эндокринолога.

Задача № 18

В приемное отделение доставлен больной в бессознательном состоянии с периодическими приступами клонических судорог. Со слов родственников он много лет страдал болями в эпигастрии. За последний месяц у больного ежедневно были обильные рвоты, он сильно похудел (на 12 кг). Объективно: Больной истощен, обезвожен, в эпигастральной области имеется гиперпигментация кожи. Живот мягкий, пальпаторно в эпигастрии "шум плеска". Пульс 105 в минуту. АД I 10/90 мм.рт.ст.

1. Какой диагноз следует поставить в данном случае?
2. Чем обусловлено состояние, с которым больной поступил в стационар?
3. В какой экстренной помощи нуждается этот пациент?
4. В каком обследовании нуждается пациент?
5. В каком лечении нуждается пациент в дальнейшем?
6. Какие операции выполняются при данной патологии?
7. От чего зависит выбор метода операции?
8. Прогноз заболевания?

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ 18

Диагноз: Ранний Декомпенсированный стеноз привратника, средняя степень тяжести. Экстренная помощь заключается в инфузионной терапии (гипертонический раствор, препараты кальция) Для уточнения диагноза используют ФГДС и гастроскопию. Гипертонический раствор натрия хлорида. Для купирования ахлогидрических судорог. Лечение оперативное, больному показана резекция желудка при тяжелом состоянии гастроэнтероанастомоз. Продолжительность, объем и характер предоперационной подготовки зависят от степени стеноза и возникших вследствие этого нарушений гомеостаза.

Задача № 19

Больной 40 лет доставлен скорой помощью, длительное время страдает язвенной болезнью желудка. В настоящее время на фоне обострения, которое началось около двух недель назад, отметил уменьшение болей в эпигастрии в течение последних двух дней. В то же время появилась нарастающая слабость, головокружение, жажда. Сегодня утром, поднявшись с постели, на несколько секунд потерял сознание. Объективно: кожные покровы бледные, влажные на ощупь. Язык влажный, живот не вздут, мягкий, участвует в акте дыхания, при пальпации незначительная болезненность в эпигастрии, симптомов раздражения брюшины нет, пульс 110 в минуту, ритмичный, артериальное давление 100/70 мм рт ст.

1. Какое осложнение язвенной болезни возникло у больного?
2. Какие методы исследования показаны для подтверждения Вашего предположения?
3. Каков алгоритм Ваших действий?
4. На какие вопросы Вы должны ответить при проведении дополнительных исследований?
5. Какова тактика лечения?
6. Показания к хирургическому лечению?
7. Виды операций при данной патологии?

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ 19

Предварительный диагноз: Язвенная болезнь желудка, осложненная кровотечением. Из дополнительных методов необходимо исследование количества эритроцитов, гемоглобина, гематокрита; ФГДС. При остановившемся кровотечении или после эндоскопической остановки его проводится консервативное лечение. Показанием к экстренной операции является профузное желудочное кровотечение при неэффективности или невозможности эндоскопического гемостаза. Срочные операции выполняются при неустойчивом гемостазе после восстановления кровопотери и стабилизации витальных функций, при желудочном кровотечении язвенного генеза применяют: прошивание кровоточащей язвы (с ваготомией или без нее), резекция желудка.

Задача № 20

Больная, 50 лет, оперирована в экстренном порядке через 10 часов после ущемления пупочной грыжи. На операции: при вскрытии грыжевого мешка обнаружены две петли тонкой кишки. После рассечения ущемляющего кольца петли кишечника признаны жизнеспособными (появилась отчетливая пульсация брыжеечных сосудов, перистальтика, розовый цвет кишки), погружены в брюшную полость. Выполнена пластика грыжевых ворот. Через сутки состояние больного ухудшилось. Усилились боли в животе. Одышка до 24 в 1 минуту. Пульс 112, ритмичный. Язык сухой, обложен коричневым налетом. Живот умеренно вздут, при пальпации болезненный во всех отделах. Положительные перитонеальные симптомы. Кишечные шумы единичные. Газы не отходят.

1. Какое осложнение возникло у больного и почему?
2. Лечебная тактика в данной ситуации?
3. Как определить жизнеспособность кишки?
4. Определение понятий «ложное ущемление» и «мнимое вправление».
5. Какие основные симптомы ущемленной грыжи?
6. Виды и типы ущемления?

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ 20

Диагноз: Ущемленная пупочная грыжа (ретроградное W-образное ущемление). Осложнение: Перитонит. Причиной данного осложнения явилась врачебная ошибка во время операции: при W-образном ущемлении не была ревизована полностью кишечная петля. Больному показана релапаротомия, резекция кишки. Ложное ущемление — это симптомокомплекс, напоминающий общую картину ущемления, но вызванный каким-либо другим острым заболеванием органов брюшной полости. Мнимое вправление - это погружение ущемленной петли кишки вместе с ущемляющим кольцом в брюшную полость или в предбрюшинное пространство. Основные признаки ущемления: боль, болезненность, напряжение, невраивимость.

Задача № 21

Больной Н., 67 лет поступил с жалобами на нарастающие боли в животе в течении суток, преимущественно в левой его половине, вздутие живота, неотхождение стула и газов, тошноту. Из анамнеза - более года отмечает запоры, ухудшение аппетита, нарастающую слабость, похудел за это время более, чем на 10 кг. Последнее время беспокоят постоянные боли в левой половине живота. Объективно: состояние средней степени тяжести, пониженного питания, эластичность кожи и тургор тканей снижены, кожные покровы бледные, пульс 90 в минуту, А/Д 110/70 мм рт. ст., язык влажный, живот равномерно вздут, перкуторно «тимпанит», при пальпации болезненный по ходу левого бокового канала, симптомы раздражения брюшины отсутствуют, перистальтические шумы выслушиваются, при обследовании *per rectum* - ампула прямой кишки пустая, анализ крови: эр.-3,1 $10^{12}/л$; НЬ - 102 г/л; L -6,5 $10^{12}/л$

1. Какой клинический синдром имеет место у данного больного? Классификация заболевания.
2. Какова вероятная причина развития этого синдрома в данном случае?
3. План дополнительного обследования больного.
4. Значение рентгенологических и эндоскопических методов в диагностике основного заболевания и его осложнений.
5. Объем консервативных мероприятий и цель их проведения у данного больного?
6. Тактика хирурга в зависимости от эффективности консервативного лечения?
7. Показания к операции, варианты оперативных вмешательств в зависимости от эффективности консервативных мероприятий, состояния больного, данных операционной находки.
8. Особенности ведения послеоперационного периода?

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ 21

У больного клиника обтурирующего рака толстой кишки (левый фланг) (Механическая обтурационная толстоишечная непроходимость. Опухоль?). Для уточнения диагноза методом выбора является колоноскопия с биопсией опухоли. Подтвердить диагноз можно также при помощи ирригоскопии. Лечение оперативное; в зависимости от локализации

опухоли -левосторонняя гемиколэктомия или резекция сигмовидной кишки. При развитии клиники обтурационной кишечной непроходимости -многоэтапные вмешательства: операции «типа Гартмана». операция Цейтлера-Шлоффера; при 4 стадии заболевания - выведение 2-х ствольных колостом.

Задача № 22

Больной К., 18 лет оперирован по поводу острого гангренозно-перфоративного аппендицита, осложненного разлитым серозно-гнойным перитонитом. Выполнена аппендэктомия, дренирование брюшной полости. Ранний послеоперационный период протекал с явлениями умеренно выраженного пареза кишечника, которые эффективно купировались применением медикаментозной стимуляции. Однако, к концу 4-х суток после операции состояние больного ухудшилось, появилось нарастающее вздутие живота, схваткообразные боли по всему животу, перестали отходить газы, присоединилась тошнота и рвота, общие признаки эндогенной интоксикации.

Объективно: состояние средней степени тяжести, пульс 92 в минуту, А/Д 130/80 мм рт. ст., язык влажный, обложен, живот равномерно вздут, разлитая болезненность во всех отделах, перистальтика усилена, перитонеальные симптомы не определяются, при обследовании per rectum - ампула прямой кишки пуста.

1. Какое осложнение раннего послеоперационного периода возникло у данного больного?
2. Какие методы дополнительного обследования помогут определиться с диагнозом?
3. Роль и объем рентгенологического обследования, интерпретация данных.
4. Каковы возможные причины развития данного осложнения в раннем послеоперационном периоде?
5. Этиология и патогенез нарушений, развивающихся при данной патологии.
6. Объем консервативных мероприятий и цель их проведения при развитии этой осложнения?
7. Показания к операции, объём оперативного пособия?
8. Интра- и послеоперационные мероприятия, направленные на предупреждение развития данного осложнения?

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ 22

По всей видимости у больного возникла послеоперационная ранняя спаечная кишечная непроходимость. Уточнить диагноз поможет УЗИ (состояние кишечных петель, выпот в брюшной полости), обзорная рентгенография брюшной полости (чаши Клойбера), контроль пассажа бария. Показанием к операции является нарастание клиники кишечной непроходимости, отсутствие эффекта от консервативной терапии. Операция: Релапаротомия, разделение спаек, трансназальная интубация тонкой кишки, дренирование брюшной полости

Задача № 23

Кормящую мать 28 лет, в течение двух недель беспокоят боли в левой молочной железе. Объективно: в верхне - наружном квадранте левой молочной железы отчетливо пальпируется плотное образование размером 6 x 8 см, резко болезненное, кожа над ним багрово - синюшной окраски, однако, размягчения или флюктуации нет. Общее состояние больной удовлетворительное, отмечает слабость, повышенную потливость, температура по вечерам достигает 38 °С. На протяжении последних 6 дней лечится амбулаторно у хирурга. Проведен курс антибиотикотерапии (ампициллин). Улучшения нет. Ввиду отсутствия эффекта направлена в стационар.

1. Ваш диагноз?
2. Каковы причины данного заболевания?
3. Лабораторные и специальные методы диагностики в данном случае?
4. С каким заболеванием следует проводить дифференциальную диагностику?
5. Какова лечебная тактика?
6. Можно ли продолжать грудное кормление ребенка?
7. Какие средства могут применяться для прекращения лактации?
8. Назначьте антибактериальную терапию
9. Меры профилактики данного заболевания?

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ 23

Диагноз: Острый лактационный мастит в стадии инфильтрата. Лечебная тактика: госпитализация, интенсивная антибиотикотерапия (ампициллин), ретромаммарная новокаиновая блокада, противовоспалительное лечение, активное сцеживание молока, сухое тепло, обезболивание: баралгин, анальгин. При абсцедировании - оперативное лечение: вскрытие мастита. С целью подавления лактации можно использовать препараты, подавляющие секрецию пролактина (бромокриптин, парлодел 5 мг 2 раза в день 5-7 дней).

Задача № 24

Больной 36 лет обратился в поликлинику к хирургу с жалобами на боли в животе, больше в области правого мезогастрия, по вечерам отмечает подъем температуры до 37,5 °С. Из анамнеза установлено, что заболевание началось 6 суток назад с появления болевого синдрома в правой половине живота, в основном около пупка. Была тошнота, рвота. На третьи сутки боли уменьшились. За медицинской помощью не обращался, поскольку находился в командировке. За период болезни четыре раза был стул, дважды жидкий.

Объективно; язык влажный, кожные покровы обычной окраски, пульс 80 в минуту, в легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Живот участвует в акте дыхания, мягкий. При пальпации в правой подвздошной области определяется образование до 10 см в диаметре, умеренно болезненное при пальпации, малоподвижное. Перитонеальных симптомов нет. Лейкоцитоз 9,0 тысяч, Нб - 140 г/л.

1. Ваш диагноз?
2. Дополнительные методы обследования для уточнения диагноза?
3. Какова дальнейшая тактика лечения?
4. Каков арсенал консервативной терапии?
5. Показания к операции?
6. Суть и объем операции?
7. Оптимальные сроки для выполнения операции в отдаленном периоде?

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ 24

Диагноз: Аппендикулярный инфильтрат. Уточнить диагноз, особенно при подозрении на абсцедирование, поможет УЗИ. Тактика консервативно-выжидательная. При эффективности консервативного лечения больному рекомендуют плановую аппендэктомию через 6 месяцев после рассасывания инфильтрата. При абсцедировании инфильтрата - вскрытие и дренирование абсцесса. После выздоровления больного - плановая аппендэктомия.

Задача № 25

Больной 38 лет поступил в хирургическое отделение с жалобами на сильные боли в эпигастрии опоясывающего характера, тошноту, рвоту. Заболевание связывает с употреблением алкоголя. В анамнезе гиперацидный гастрит. Объективно: Состояние средней тяжести, тревожен, отмечены микроциркуляторные нарушения. Желтухи нет. Число дыханий 18 - 20. В легких хрипов нет. Пульс 100 в 1 минуту, ритмичный, артериальное давление 120/80 мм.рт.ст. Язык обложен, влажный. Живот равномерно вздут, участвует в акте дыхания. При пальпации болезненность в эпигастрии, где определяется рези-стность брюшной стенки, распространяющаяся на правое подреберье. Пер-куторно: раздутая поперечно-ободочная кишка. Свободной жидкости в брюшной полости не определяется. Желчный пузырь не пальпируется. Печень выступает из-под края реберной дуги. Перистальтика выслушивается, но вялая. Перитонеальных симптомов нет. Лейкоцитоз - 13 тыс. Диастаза мочи - 1024 ед. На обзорной рентгенограмме брюшной полости свободного газа нет. УЗИ -желчной гипертензии нет. Желчный пузырь 8х2 см, стенка 0,3 см, конкрементов не содержит. Имеется увеличение поджелудочной железы, особенно в области головки и тела с размытостью контуров. Жидкость в сальниковой сумке в виде щели 2,5 х 8 см. Свободной жидкости в брюшной полости не определяется. Больному проводилась консервативная терапия с положительной клинической и лабораторной динамикой, однако при контрольном УЗИ через 7 дней отмечено сохранение жидкостного образования в области тела поджелудочной железы 3х6 см.

1. Какой основной диагноз заболевания?
2. О каком осложнении основного заболевания можно думать?
3. Какие дополнительные лабораторные и инструментальные методы исследования необходимо выполнить больному?

4. Какие основные направления лечения основного заболевания?
5. Ваша тактика относительно образования сальниковой сумки?
6. Какое оперативное лечение показано больному?
7. Сроки его выполнения?
8. Исход данного осложнения?
9. Прогноз?
10. Ваши рекомендации при выписке?

Ответ к задаче № 25

1. Острый панкреатит. Асептический панкреонекроз. Оментобурсит.
2. Общий анализ крови, билирубин, печеночные пробы, амилаза, липаза, сахар крови, ПТИ, фибриноген. Обзорная рентгенография легких, ФГДС, УЗИ, пункция оментобурсита на инфицированность.
3. Больному показано консервативное лечение панкреатита, однако при прогрессировании клиники, увеличении количества жидкости в сальниковой сумке (УЗИ) или абсцедировании оментобурсита показано пункционное лечение под контролем УЗИ или дренирование сальниковой сумки (по возможности - эндоскопическое).
4. Борьба с шоком (болью), нормализация объема циркулирующей крови, и нейровегетативных функций; воздействие на местный патологический очаг; Уменьшение эндоинтоксикации; коррекция тромбгеморрагического синдрома; иммунокоррекция; нутритивная поддержка; энерготропная терапия; оперативное лечение по показаниям.
5. Пункция при асептическом воспалении, наружное дренирование при инфицировании.
6. Малоинвазивное вмешательство.
7. Рассасывание образований кисты, инфицирование.

Задача № 26

Больной 40 лет две недели назад был оперирован по поводу огнестрельного ранения брюшной полости с повреждением тонкой кишки. Было выполнено ушивание многочисленных ранений тонкой кишки, санация и дренирование брюшной полости. На 8-ые сутки послеоперационного периода по дренажу из правой подвздошной области стало выделяться кишечное содержимое. Количество отделяемого за последние 3 дня стало увеличиваться (до 600 - 800 мл в сутки). Самостоятельный стул. Объективно: язык суховат, живот не вздут, мягкий, болезненный в области ран. Повязка справа промокла кишечным содержимым. Появилась мацерация кожных покровов. Перитонеальных симптомов нет. За последние дни состояние больного ухудшилось. Усилилась слабость, нарастает жажда, теряет в весе, появилась сухость кожного покрова. Пульс - 94 в мин.,

ритмичный, удовлетворительных качеств. АД 140/80 мм рт. ст. НБ - 130 г/л. Суточный диурез до 1 литра.

1. Ваш диагноз?
2. Какое возникло осложнение?
3. Причина осложнения?
4. Тактика лечения в данном случае?
5. Методы местного лечения?
6. Методы корригирующей терапии?
7. Варианты оперативных вмешательств?

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ 25

Диагноз: Сформированный наружный тонкокишечный свищ. В данном случае методом выбора является оперативное лечение. Наиболее вероятный вариант операции - резекция участка кишки, несущей свищ с наложением анастомоза. Консервативное лечение применяется при небольших неполных трубчатых тонкокишечных свищах. Оно включает в себя калорийное питание, коррекцию белковых и электролитных нарушений, применение obturаторов.

Задача № 26

Мужчина 42 лет полчасу тому назад избит неизвестными. Пинали ногами в грудь и живот. Самостоятельно дошел до остановки автобуса, откуда скорой помощью доставлен в приемный покой ЦРБ на носилках. В машине скорой помощи АД 100 и 60 мм ртст, пульс 110 в мин. При транспортировке перелито 400 мл полиглюкина, введено морфина 2% - 1 мл, димедрола 1% - 1 мл, кордиамина 2 мл. В приемном отделении больницы пациент бледный, покрыт холодным потом, в сознании, беспокоен - то пытается сесть, то ложится на правый бок. На теле многочисленные кровоизлияния, в том числе и на боковых поверхностях груди и живота. Резкая боль при пальпации хрящевых порций 7-9 ребер слева. АД 80 и 45 мм рт ст, пульс 120 в мин, слабого наполнения и напряжения. Живот в дыхании не участвует, при пальпации болезненный, больше в левом подреберье, напряжен. Перистальтика вялая. Печеночная тупость отсутствует, в отлогих местах живота притупление перкуторного звука, более отчетливое по левому каналу. Симптомы раздражения брюшины выражены слабо. Моча выведена резиновым катетером, прозрачная, соломенно-желтого цвета, 300 мл. При ректальном исследовании крови на перчатке нет, передняя стенка прямой кишки нависает, безболезненная при пальпации.

1. Ваш диагноз после осмотра в приемном покое.
2. Какие дополнительные методы исследования необходимы.
3. Оказание помощи в районной больнице.
4. Принципы оперативного пособия.

5. Сроки реабилитации.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ 26

1. Тупая травма живота с повреждением паренхиматозного органа, очевидно, селезенки. Кровотечение в живот. Нельзя исключить и повреждение полого органа,

2. Рентгеновский снимок груди, живота и таза. Минилапаротомия на операционном столе.

3. Срединная лапаротомия. Сбор крови, фильтрация ее и переливание больному. Отыскание источника кровотечения -селезенка. Удаление селезенки. Ревизия желудка, кишечника -повреждений нет. Отмывание живота. Дренажирование левого поддиафрагмального пространства. Зашивание лапаротомной раны. Продолжение инфузионной терапии для восполнения кровопотери.

4. При благоприятном течении будет способен к физическому труду через 3-3,5 месяца.

Задача № 27

Мужчина 28 лет доставлен в приемное отделение ЦРБ через два часа после травмы. Получил удар ножом в левую половину груди. Состояние тяжелое, сознание ясное. Покров холодным потом, кожа бледная, пульс 120 в мин, АД 80 и 40 мм рт ст. В четвертом межреберье по средне ключичной линии слева рана 1,5 на 0,5 см с ровными краями, острыми углами, из раны выделяется воздух и алая кровь. При перкуссии укорочение перкуторного звука с уровня средней подмышечной линии (больной лежит), при аускультации дыхание слева резко ослаблено. Левая и правая граница сердца перкуторно расширены, верхушечный толчок не определяется. На ЭКГ - зона ишемии в передне-боковых отделах левого желудочка. На рентгеновском снимке в прямой проекции сглажена талия сердца, тень сердца в форме трапеции. В плевральной полости равномерное затемнение над всем легочным полем.

1. Диагноз.

2. Тактика в районной больнице.

3. Выбор анестезии.

4. Принципы операции.

5. Возможные осложнения после операции, их профилактика.

6. Что такое переливание утильной крови, техника выполнения.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ 27

1. Проникающее ножевое ранение груди слева, ранение сердца, тампонада сердца. (Гемоторакс слева)

2. Срочное оперативное лечение.

3. Эндотрахеальный наркоз.

4. Торакотомия передне-боковая в 5 межреберья, рассечение продольное перикарда, наложение капроновых швов на рану миокарда, фенестрация перикарда, зашивание перикарда редкими швами, осушение и дренирование плевральной полости, зашивание раны грудной стенки.

5. Остановка сердца, повторная тампонада сердца, ателектаз полный или частичный, гемоторакс.

6. Это сбор крови, излившейся в плевральную полость, фильтрация ее через 8 слоев марли и вливание в вену. Добавлять гепарин 500 ед (!) на 1 литр собранной крови.

Задача № 28

Мужчина 42 лет доставлен в приемное отделение ЦРБ с жалобами на интенсивные боли в груди справа, усиливающиеся при дыхании, одышку в покое и слабость. Был избит неизвестными, били ногами в область груди справа. Состояние средней степени тяжести. Кожа и слизистые бледные. Пульс 94 в минуту, АД 100 и 70 мм рт ст. Число дыханий 24 в минуту. При пальпации определяется болезненность по ходу 4-5-6-7-8-9 ребер по передней и средней подмышечной линиям. Здесь определяется западение грудной стенки при вдохе. При перкуссии груди в положении лежа определяется притупление перкуторного звука с уровня задней подмышечной линии, при аускультации дыхание ослаблено над всей поверхностью правой половины груди, сзади дыхание не проводится.

1. Предварительный диагноз.

2. Дополнительные методы исследования.

3. Клинический диагноз.

4. Лечение данного пациента в условиях ЦРБ.

5. Показания и техника выполнения плевральной пункции.

6. Показания к торакотомии при гемотораксе.

РЕЗУЛЬТАТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ К ЗАДАЧЕ 47

1. Рентгенограммы прилагаются:

- после травмы;

- после операции.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ 28

1. Закрытая травма груди, двойные переломы 4-9 ребер справа с парадоксальными смещениями грудной стенки, гемоторакс справа, кровопотеря, шок 1 степени тяжести

2. Рентгенограмма груди в прямой проекции стоя, ЭКГ, общий анализ крови, кровь на сахар, свертываемость.

3. Закрытая травма груди, двойные переломы 4-9 ребер справа с парадоксальными смещениями грудной стенки, гемоторакс средней величины, шок 1 степени тяжести.

4. Блокада мест переломов ребер, блокада межреберных нервов по паравerteбральной линии на уровне 3-10 межреберий, внутримышечное введение 2 мл 1% раствора промедола, пункция плевральной полости и эвакуация крови из нее, инфузионная терапия кровезамещающими растворами в объеме 2, 5 литров в сутки.

5. Пункция плевральной полости показана при гемотораксе. Она выполняется под местной анестезией в 5 межреберье по средней подмышечной линии.

6. Торакотомия не показана при гемотораксе малом и средней величины. При большом и тотальном гемотораксе необходимо сделать торакотомию, убрать излившуюся кровь, найти источник кровотечения, остановить кровотечение, дренировать

Задача № 29

Больной, 43 года (вес 75 кг, рост 180 см) поступил в приемное отделение больницы с жалобами на слабость, однократную потерю сознания, рвоту по типу «кофейной гущи», темный жидкий стул на протяжении последних двух дней. Из анамнеза известно, что последнюю неделю находился на амбулаторном лечении по поводу ОРЗ. Принимал антибиотики, аспирин, отхаркивающую микстуру. Три дня назад появилась слабость, мелькание «мушек» перед глазами, темный жидкий стул, холодный липкий пот. Родственники отметили бледность кожных покровов. На протяжении последних пяти лет страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. При осмотре: Кожные покровы бледные, пульс слабого наполнения 120 в мин., артериальное давление 80/20 мм.рт.ст. Тоны сердца приглушены, ритмичные. В легких влажные проводные хрипы. Живот умеренно болезненный в эпи! астральной области. Per rectum - мелена

1. Установите предварительный диагноз.

2. Лечение - диагностическая тактика?

3. В каких дополнительных методах обследования нуждается больной?

4. Определите тяжесть волемических нарушений.

5. Алгоритм дальнейших действий по лечению больного?

Дополнительные исследования к задаче 51

1. Общий анализ крови: эритроцитов $2,4 \cdot 10^{12}$, гемоглобин 65 г/л, гематокрит 23%.

2. Общий белок 55 г/л, протромбиновый индекс 70%

3. На ЭКГ - синусовая тахикардия

4. Состояние кислотно-щелочного равновесия:

Показатели больного	Норма
Ph – 7,30	7,35 – 7,45
pCO ₂ – 42 мм.рт.ст.	40 мм.рт.ст.
pO ₂ – 85 мм.рт.ст.	100 мм.рт.ст.
BE – (-7 ммоль/л)	±2,3 ммоль/л

5. Показатели фиброгастродуоденоскопии. Язва луковицы двенадцатиперстной кишки. Тромбированный сосуд в диаметре около 1,5 мм.

6. Центральное венозное давление – отрицательное

7. Рентгенограмма органов грудной клетки без патологии

8. Билирубин – 12 мкмоль/л, мочевины 6 ммоль/л, глюкоза 5,7 ммоль/л

Правильный ответ:

1. **Предварительный диагноз:** Желудочно-кишечное кровотечение. Декомпенсированная кровопотеря

2. **Дополнительные методы обследования:**

- ФГС

- Общий анализ крови

- Биохимические исследования – определение КЩС, общий белок, ПТИ, глюкоза крови, мочевины, билирубин, коагулограмма.

3. **Диагноз и тяжесть волевических нарушений:** Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, осложнённая кровотечением. Декомпенсированная кровопотеря. Геморрагический шок.

4. **Алгоритм.** Локальная гипотермия желудка, катетеризация магистральной вены. Решение вопроса об оперативном лечении. Инфузионно-трансфузионная терапия.

5. **Примерный план инфузионно-трансфузионной терапии**

- полиглюкин 600,0

- реополиглюкин 400,0

- альбумин 10%-200,0

- эритроцитарная масса 400,0

- ГЭК 6% -250,0
- физиологический раствор 400,0
- перфторан 400,
- натрия гидрокарбонат 8,4% -160,0 (объем= $0,3 \times \text{массу тела} \times (-\text{BE})$)
- глюкоза 10% - 800,0 + ингибиторы протеаз + кортикостероиды + антифосфодиэстеразные средства+калий 7,5%
- эритроцитарная масса 400,0
- гемодез 400,0
- ЭАКК - 200,0
- свежемороженая плазма 300,0
- реомберин 400,0

Лечебная тактика: ФЕДС, эндоскопическая остановка кровотечения, инфузионная и гемостатическая терапия, противоязвенное лечение. При неэффективности эндоскопической остановки кровотечения - экстренная операция - прошивание кровоточащей язвы.

Задача № 30

Готовится к операции больной 42 лет с диагнозом острая кишечная непроходимость. Жалуется на сильные схваткообразные боли в животе, сопровождающиеся многократной рвотой со зловонным запахом. Возбужден, кожные покровы влажные, АД 90/60 мм.рт.ст., пульс 120 в 1 мин. Зонд в желудок завести не удалось из-за психомоторного возбуждения. Для премедикации в/в введены: морфин, реланиум атропин. Через 3 минуты наступила остановка дыхания, что потребовало принудительной вентиляции легких тугей маской. Во время ларингоскопии наблюдалась массивная регургитация желудочного содержимого. Анестезиологом проведена санация полости рта и интубация трахеи. После интубации развилось критическое состояние у больного: резкий цианоз губ, акроцианоз, диффузный цианоз лица. При аускультации легких выслушиваются множественные сухие свистящие хрипы с удлинением выдоха. АД 70/40 мм.рт.ст., пульс 130 в 1 мин. с единичными экстрасистолами.

1. Ваш диагноз?
2. Мероприятия по профилактике данного синдрома?
3. Необходимые лечебные мероприятия?

4. Ответ к задаче по хирургии

1. Массивная регургитация. Аспирационный синдром. Асфиксия. Острая дыхательная недостаточность

2. Декомпрессия и дренирование желудка (зонд) в предоперационном периоде или сразу после премедикации. Безотлагательная интубация трахеи

3. Экстренная санационная бронхоскопия, принудительная ИВЛ, атропин, глюкокортикоиды в больших дозах, антикоагулянты, коррекция метаболических нарушений, антибактериальная терапия

Задача № 31

Больной С, 39 лет, доставлен через двое суток от начала заболевания с жалобами на боли внизу живота. Состояние средней степени тяжести, в сознании, кожа с землистым оттенком, черты лица заострены, Т 38,5, ЧДД 24, пульс 118 в минуту, АД 100/60 мм.рт.ст., язык сухой, живот равномерно вздут, напряжен и болезнен больше в нижних отделах, там же определяются перитонеальные симптомы. Перистальтика вялая, перкуторно - притупление в боковых отделах живота. В анализе крови: Эр.-3,9 x 10/л, гемоглобин - 120 г/л, лейкоциты - 17,5 x 10/л, выражен сдвиг лейкоцитарной формулы влево, токсическая зернистость нейтрофилов. Лейкоцитарный индекс интоксикации равен 4. Удалось выяснить, что заболевание началось с возникновения болей в эпигастральной области с последующим их перемещением в течение нескольких часов в правую подвздошную область. Больной занимался самолечением, за медицинской помощью не обращался.

1. Ваш диагноз.
2. Объем дополнительного обследования.
3. Какова возможная причина развития данной патологии в конкретном случае?
4. Тактика хирурга. Обоснование выбора оперативного доступа и объема операции
5. Необходимость и объем предоперационной подготовки.
6. Особенности ведения послеоперационного периода.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ 31

Диагноз: Острый деструктивный аппендицит, перитонит (местный). С целью дифференциальной диагностики могут быть применены обзорная рентгенография брюшной полости, УЗИ, ФЕДС, лапароскопия. Больному показана экстренная операция; предоперационная подготовка не должна занимать много времени. Доступ - лапаротомия. Объем вмешательства: Аппендэктомия, санация и дренирование брюшной полости, по показаниям - трансназальная интубация кишечника. Нетрудоспособен 10 дней после стационарного лечения.

Задача № 32

Больная К., 58 лет поступила в хирургическое отделение через 12 часов после начала заболевания с жалобами на резкие боли в подложечной области и правом подреберье, однократную рвоту желчью. Рвота была 2 часа назад. Из анамнеза установлено, что в течение года больную беспокоят ноющие боли в правом подреберье, усиливающиеся после приема жирной пищи. Не обследовалась, за медицинской помощью не обращалась, лечилась в домашних условиях. Объективно: общее состояние тяжелое. Тучная. Кожный покров и склеры слегка иктеричны. Пульс 102 в минуту, ритмичный. АД 100/60 мм.рт.ст.

Одышка до 22-23 в минуту. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот не вздут, при пальпации напряжен и резко болезненный в правом подреберье и эпигастрии. Положительные симптомы Ортнера и Мерфи. Перистальтика выслушивается, но ослаблена. Перитонеальных симптомов нет. Желчный пузырь не пальпируется. Т тела 37,2, в крови лейкоцитоз ($11,8 \times 10^9 /л$) с умеренным сдвигом лейкоцитарной формулы влево.

1. О каком заболевании у больной можно думать?
2. Какие дополнительные лабораторные и инструментальные методы исследования Вы назначите при подтверждении диагноза?
3. Ваша тактика: А) Консервативная терапия. Б) Оперативное лечение {характер, сроки выполнения}
4. Осложнения заболевания.
5. Экспертиза трудоспособности.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ 32

По клинической картине можно предположить острый холецистит. Из дополнительных методов исследования наиболее информативный и доступный - УЗИ. Необходимые лабораторные исследования: общий анализ крови, общий анализ мочи, сахар, ПТИ, билирубин, электролиты, группа крови и Rh-фактор, ЭКГ, ФЛГ. Данной больной показано консервативное лечение. При отсутствии эффекта (клиника, динамика УЗИ) -холецистэктомия по срочным показаниям в течение первых 2 суток.

Задача № 33

Мужчина 53 лет поступил в хирургическое отделение в плановом порядке с жалобами на чувство тяжести в эпигастриальной области, тошноту, отрыжку, рвоту пищей, съеденной накануне. В анамнезе в течение 20 лет страдает язвенной болезнью ДПК, по поводу чего неоднократно лечился в условиях стационара. Четыре года назад перенес операцию (ушивание прободной язвы), после чего в течении последних 2 лет стали нарастать указанные жалобы. Похудел на 7 кг., аппетит хороший, но в последнее время принимать пищу боится из-за рвоты. Объективно: состояние удовлетворительное. Пониженного питания. Кожный покров сухой, тургор снижен. Пульс 82 в минуту, ритмичный, АД 130/80 мм.рт.ст. В легких хрипов нет. Язык влажный. Живот не вздут, при пальпации мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии. Определяется «шум плеска», аускультативно увеличение желудка. Перистальтика отчетливая, склонность к запорам.

1. Ваш диагноз.
2. О каком осложнении заболевания вы думаете?
3. Какие инструментальные и лабораторные исследования необходимо выполнить больному для подтверждения диагноза и выбора после дующей тактики?
4. Лечебно - диагностическая тактика.
5. Особенности предоперационной подготовки?

6. Принципы оперативных вмешательств.
7. Ранние и поздние осложнения после операций.
8. Особенности послеоперационного ведения больного.
9. Рекомендации при выписке, трудоспособность.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ 33

Диагноз: Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Стеноз привратника декомпенсированный. Из дополнительных методов исследования показаны рентгеноскопия желудка и ФГДС. Больному показана резекция желудка в плановом порядке. Предоперационная подготовка должна заключаться в коррекции электролитных и белковых нарушений. Резекция желудка при тяжелом состоянии гастроеюностомия.

Задача № 34

В приемное отделение хирургического стационара поступил больной 48 лет. Предъявляет жалобы на интенсивные боли в верхних отделах живота с иррадиацией в правое надплечье. Заболел внезапно 5 часов назад, когда появились резкие боли в эпигастрии, была однократная рвота. Боли распространились по правому латеральному каналу. Из анамнеза установлено, что 10 лет назад оперирован по поводу деструктивного аппендицита. Дважды перенес пневмонию. Год назад стали беспокоить боли в эпигастрии, обращался к терапевту. При ФГДС была обнаружена язва луковицы ДПК на фоне бульбита. После консервативного лечения язва зарубцевалась. Объективно при осмотре кожный покров бледен. Принимает вынужденное положение, лежит неподвижно на правом боку, поджав ноги к животу. Пульс 96 в минуту, ритмичный, АД 110/60 мм.рт.ст. Язык суховат, обложен серым налетом. Живот втянут симметричный, в акте дыхания не участвует. Определяется мышечный дефанс и болезненность во всех отделах. При перкуссии печеночная тупость сглажена. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный. Перистальтика не выслушивается. При ректальном исследовании резкая болезненность и нависание в области передней стенки прямой кишки. Ан. крови: Эритроциты $4,6 \times 10^9/\text{л}$, Лейкоциты $15,2 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ 18 мм/ч. Диастаза мочи 64 ЕД.

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Какие дополнительные диагностические мероприятия следует выполнить, очередность их применения?
3. Способы оперативного лечения.
4. Особенности ведения послеоперационного периода.
5. Рекомендации при выписке. Экспертиза трудоспособности.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ 34

У больного клиника прободной язвы двенадцатиперстной кишки. Последовательность диагностических мероприятий: обзорная рентгенография брюшной полости, ФГДС, повторная обзорная рентгенография брюшной полости, лапароскопия. При

подтверждении диагноза - экстренная операция. Способы оперативного лечения: ушивание прободной язвы, резекция желудка.

Задача № 35

Больная М., 64 лет поступила в приемный покой хирургического отделения с жалобами на боли в правом подреберье, желтушность кожи и склер, потемнение мочи, обесцвеченный стул, повышение T тела до 39 градусов, сопровождающееся ознобами. Больна в течение трех недель. Заболевание началось с приступа боли в правом подреберье. На следующий день отметила потемнение цвета мочи, «как пиво». Вскоре появились желтушность склер и кожи. За медицинской помощью не обращалась. За последние 4 суток состояние ухудшилось, появилась T тела до 39, сопровождающаяся ознобами. Объективно: общее состояние средней тяжести. Пульс 98 в минуту, удовлетворительных качеств. Язык сухой, обложен. Живот в акте дыхания участвует, при пальпации отмечается болезненность в правом подреберье, симптом Щеткина-Блюмберга слабopоложительный.

1. О какой патологии у больной можно думать?
2. Лечебно-диагностическая тактика.
3. Какие методы исследования необходимо выполнить дополнительно?
4. Имеются ли показания к оперативному лечению? Если «да», то какие? Сроки операции?
5. Особенности ведения послеоперационного лечения.
6. Ваши рекомендации больной после окончания лечения.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ 35

У больной клиника желчнокаменной болезни, осложненной холангитом. Наиболее частая причина осложнения - холедохолитиаз. Наиболее доступный и информативный метод дополнительного обследования - УЗИ. Больной показано оперативное лечение: эндоскопическая папиллосфинктеротомия с литоэкстракцией. при неэффективности -холедохолитотомия, наружное дренирование холедоха.

Задача № 36

У мужчины 52 лет, страдающего ИБС с мерцательной аритмией, внезапно появились резкие боли в животе разлитого характера. Вскоре появилась рвота (дважды), не приносящая облегчения. Через 2 часа от начала заболевания пациент доставлен в лечебное учреждение. При осмотре: поведение пациента беспокойное из-за сильных болей в животе. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной и мезогастральной областях. Перистальтика вялая. Симптом Щеткина - Блюмберга отрицательный. При ректальном исследовании - на перчатке кал обычного цвета. Общий анализ крови: лейкоцитоз до $17,0 \times 10^9/\text{л}$. ЭКГ - без особенностей.

1. Ваш диагноз.
2. Клиническая классификация этого заболевания.

3.Этиология и патогенез данной патологии.

4.План обследования пациента.

5.Лечебная тактика?

6.Принципы лечения?

Ответ к задаче № 36

1. Диагноз – острая мезентериальная ишемия.

2. Классификация: 1.Окклюзионная ОМИ – эмболия мезентериальной артерии, тромбоз этой артерии и распространенный тромбоз воротной вены; расслаивающая аневризма аорты; сдавление опухолью; случайная перевязка во время операции.

2. Неокклюзионная ОМИ: спазм, парез мезентериальных сосудов; снижение перфузионного давления; гиповолемия; замедление кровотока; комбинация этих факторов. Выделяют стадии ишемии кишки, инфаркта кишки, перитонита. По течению заболевания выделяют: а) компенсацию нарушенного кровообращения, б) субкомпенсацию, в) декомпенсацию мезентериального кровообращения.

3. Этиология эмболии мезентериальной артерии, как и любой эмболии – это осложнение кардиопатии в виде отрыва фрагмента пристеночного внутрисердечного тромба и занос его током крови в мезентериальную артерию, что вызывает острую ишемию кишок. В результате острого кислородного голодания нарушаются все виды обмена веществ в ишемизированных петлях кишок.

4. План обследования: 1. Общепринятое обследование (кровь, моча, ЭКГ, обзорная рентгенография органов брюшной полости), 2. Лапароскопия; 3. Доплеровское исследование сосудов.

5, 6. Лечебная тактика – экстренная лапаротомия; восстановление нарушенного кровотока в брыжеечных сосудах; резекция мертвых петель кишки; санация и дренирование брюшной полости.

Задача № 37

У больной 35 лет, страдающей желчнокаменной болезнью, через 2 часа после погрешности в диете появились опоясывающие боли в верхних отделах живота, многократная рвота съеденной пищей с примесью желчи. При осмотре состояние больной тяжелое. Кожные покровы несколько бледные. Склеры субиктеричны. Пульс 120 в минуту. АД 100/60 мм.рт.ст. Язык сухой, обложен белесоватым налетом. Живот вздут, резко болезненный в эпигастрии и подреберьях, где определяется ригидность мышц передней брюшной стенки. Симптом Щеткина-Блюмберга в подвздошных областях отрицательный. Перистальтика кишечника ослаблена. Стула не было.

1. Ваш диагноз.

2. Классификация заболевания.

3. Дифференциально-диагностические мероприятия.

4. Ваша тактика:

- основные направления консервативной терапии.
- Показания к оперативному лечению, методы оперативных вмешательств.

5. Прогноз.

Ответ к задаче № 37

1. Острый билиартный панкреатит. Период гемодинамических нарушений.
2. Классификация по В.С.Савельеву (1983 г.), Атланта (1992 г.).
3. Биохимия крови, ЭКГ, рентгенография легких, ФГДС, УЗИ.
4. Борьба с шоком (болью), нормализация объема циркулирующей крови и нейровегетативных функций, воздействие на местный патологический очаг, уменьшение эндоинтоксикации, коррекция тромбогеморрагического синдрома, иммунокоррекция, нутритивная поддержка, энерготропная терапия,
5. Показания к оперативному лечению (малоинвазивная, традиционная):
 - неэффективность полноценной консервативной терапии, не позволяющей купировать гемодинамические нарушения и ПОН;
 - инфицированный ПН или панкреатогенный абсцесс, гнойный перитонит.

При появлении клиники деструктивного панкреатита (контроль УЗИ) - эндоскопическое дренирование брюшной полости и сальниковой сумки, по показаниям - шкоролецистостомия. При развитии панкреонекроза - дренирование забрюшинного пространства.

6. Выздоровление, переход в хроническую форму, смерть.

Задача № 38

Больной, 38 лет, обратился к врачу с жалобами на увеличение в объеме правой половины мошонки. Через 3 минуты наступила остановка дыхания, что потребовало принудительной вентиляции легких тугей маской. Стали возникать боли при физической нагрузке.

Общее состояние больного без особенностей.

Правая половина мошонки увеличена в размерах до 12 x 8 x 6 см. Образование определяется как стоя, так и в положении лежа, в брюшную полость не вправляется. Консистенция плотноэластическая. Перкуторно - тимпанит. Наружное кольцо пахового канала слева - не расширено, справа - четко не определяется. Семенной канатик не пальпируется.

1. О каком заболевании можно думать?

2. Классификация заболевания?
3. Анатомические особенности, определяющие возникновение данного заболевания?
4. Предрасполагающие и производящие факторы возникновения данного заболевания?
5. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
6. Что нужно сделать для уточнения диагноза?
7. Тактика лечения?
8. С какими осложнениями можно встретиться на операции и в послеоперационном периоде?

61. Паховая грыжа

Ответ к ситуационной задаче по хирургии

1. Невправимая пахово-мошоночная грыжа
2. Паховая грыжа: косая, прямая; вправимая, невправимая, ущемленная; врожденная, приобретенная; неполная, полная, скользящая.
3. Наличие пахового канала
4. Предрасполагающие факторы: наличие врожденных дефектов или расширение существующих в норме отверстий брюшной стенки в результате истончения и утраты эластичности тканей (при беременности, истощении и пр.), а также операционную или иную травму брюшной стенки.

Производящими являются факторы, способствующие повышению внутрибрюшного давления или его резким колебаниям, например, подъем тяжестей, продолжительные запоры или затруднение мочеиспускания, роды, кашель при хронических заболеваниях легких и пр.

5. Водянка, опухоль, воспаление яичка, киста семенного канатика
6. Перкуссия, аускультация, УЗИ
7. Оперативное лечение в плановом порядке (учитывая трудоспособный возраст)
8. Интраоперационные осложнения: кровотечение, вскрытие /прошивание/ полого органа (кишки, мочевого пузыря), повреждение элементов семенного канатика.
Послеоперационные осложнения: острая задержка мочеиспускания, нагноение, кровотечение в рану или брюшную полость, инфильтрат, лигатурные свищи, орхит

Задача № 39

На вечернем обходе Ваше внимание привлекла больная, которой утром была сделана субтотальная резекция щитовидной железы по поводу тиреотоксического зоба. Больная предъявляет жалобы на боли в голове, сердцебиение, общую слабость. При осмотре :

кожный покров бледный, глаза закрыты полотенцем, ввиду непереносимости яркого цвета. Пульс 105 - 110 в 1 минуту, удовлетворительного наполнения. АД 160/100 мм.рт.ст. Температура - 38°C. Повязка промокла незначительно геморрагическим содержимым. Гемоглобин -135 г/л. Лейкоциты- 10,5 x 10⁹.

1. Ваш диагноз?
2. Причины данного осложнения?
3. Возможные механизмы развития?
4. Основные направления лечебных мероприятий?
5. Какие существуют методы профилактики?
6. Оценка трудоспособности?
62. Тиреотоксический криз

Ответ к задаче по хирургии

1. Тиреотоксический криз
2. Недостаточная предоперационная подготовка – больная не была переведена в стадию медикаментозной компенсации тиреотоксикоза
3. Во время операции при пальпации, рассечении, прошивании щитовидной железы в рану выделяется большое количество тиреоидных гормонов. Они всасываются в кровь. Учитывая исходный повышенный уровень тиреоидных гормонов может развиваться тиреотоксический криз
4. В случае возникновения криза или токсической реакции различной степени тяжести применяются гидрокортизон (до 600 мг) и преднизолон (до 300 мг), бета-адреноблокаторы, препараты йода, антигистаминные, сердечные средства. Проводится коррекция гипоксии, детоксикационная терапия, плазмаферез.
5. Тщательная предоперационная подготовка, малотравматичная техника операции, промывание раны в конце операции
6. Если операция выполнялась по поводу токсического зоба, в послеоперационном периоде эти больные должны находиться на больничном листке по временной нетрудоспособности до 4 месяцев. Больным, у которых в послеоперационном периоде длительное время сохраняются остаточные явления тиреотоксикоза, противопоказан тяжелый физический труд и работа в условиях повышенной температуры. Если в течение шести месяцев остаточные явления тиреотоксикоза не проходят и у больных не восстанавливается трудоспособность, то их направляют на МСЭК для решения вопроса о нетрудоспособности

Задача № 40

Больной, 42 лет, поступил в стационар в экстренном порядке. 3 часа назад появилась кровавая рвота. В течение последних 2-х лет кровавая рвота возникает 3-й раз. В анамнезе

болезнь Боткина. При осмотре: кожный покров бледный. Пульс 110 - 115 в 1 минуту, слабого наполнения. АД 100/70 мм.рт.ст. Живот несколько вздут, определяется венозная сеть на передней брюшной стенке. Пальпируется селезенка и плотный край печени у реберной дуги. Показатели красной крови : Гемоглобин - 80 г/л,

Эритроциты - 3×10 .

1. Ваш диагноз?
2. Этиопатогенез данного заболевания?
3. Классификация заболевания?
4. Объем обследования пациента при данной патологии?
5. Степень кровопотери в данном случае?
6. Основные направления консервативной терапии?
7. Показания к операции и варианты хирургического пособия?
8. Прогноз данного заболевания?

63. Цирроз печени. Кровотечение из нар. вен пищевода

Ответ к задаче по хирургии

1. Предварительный диагноз: Цирроз печени, портальная гипертензия. Кровотечение из варикозных вен пищевода.
2. Портальная гипертензия характеризует комплекс изменений, возникающих при затруднении тока крови в портальной системе. Повышение давления в портальной системе ведет к возникновению варикозного расширения гастроэзофагеальных венозных сплетений.
3. Может быть использована классификация (Д.М.Дроздов, М.Д.Пациора, 1962). Выделяют 2 степени портальной гипертензии. Варикозные вены пищевода могут быть классифицированы по 4 степеням.
4. Дополнительные методы исследования: Экстренная ФГДС после промывания желудка. По показаниям УЗИ.
5. По гемодинамическим и гемическим показателям кровопотерю следует оценить как средней степени тяжести.
6. Необходима инфузионная и гемостатическая терапия, снижение внутрипортального давления, снижение объема желудочной секреции. Показана постановка зонда Сенгстакена-Блекмора. Может быть использовано эндоскопическое склерозирование или лигирование варикозных вен.
7. При неэффективности – показано оперативное лечение – прошивание вен пищевода (операция М.Д.Пациоры), пищеводно-желудочная резекция, операция Таннера.

8. Прогноз заболевания неблагоприятный.

Задача № 41

У больной, 72 лет, тучной женщины, в течение 15 лет страдающей периодическими болями в правом подреберье, 8 часов назад появились вновь резкие боли в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо, рвота, t до 38° С. Язык сухой, обложен белым налетом, небольшая иктеричность склер. Живот слегка вздут. Резкая болезненность и умеренное мышечное напряжение в правом подреберье. Симптомы раздражения брюшины слабо положительные. Пульс - 96 в 1 минуту. Лейкоцитоз - 12×10^9 .

1. Ваш диагноз?
2. Этиология и патогенез данного заболевания?
3. Классификация заболевания?
4. С какой патологией следует проводить дифференциальную диагностику?
5. Возможные осложнения данного заболевания?
6. Объем обследования пациентки?
7. Варианты тактики лечения при данной патологии?
8. Направления консервативной терапии?
9. Характер и объем оперативного вмешательства при данной патологии?
10. Осложнения послеоперационного периода?

64. Острый калькулезный холецистит

Ответ к ситуационной задаче по хирургии

1. ЖКБ, Обострение хронического калькулезного холецистита
2. Изменение химического состава желчи, камнеобразование, вклинение камня в область шейки желчного пузыря, спазм шейки (болевого синдром), обтурация его просвета в этом месте, инфицирование пузырной желчи с переходом инфекции на стенку желчного пузыря (интоксикационный синдром), дальнейшее распространение воспаления, развитие осложнений
3. Классификация по стадиям развития: физико-химическая, латентное бессимптомное камненосительство, клиническая. Острый и хронический холецистит. Неосложненный (катаральный, флегмонозный, гангренозный) и осложненный (эмпиема, водянка, инфильтрат, абсцесс, холедохолитиаз, холангит, механическая желтуха, панкреатит, свищи и др.)
4. Дифференциальный диагноз: язвенная болезнь желудка и 12п. кишки, гепатит, дуоденит, аппендицит с подпеченочным расположением червеобразного отростка и

аппендицит у беременных на поздних сроках, заболевание печеночного угла ободочной кишки, самостоятельный панкреатит, пилефлебит

5. Перивезикулярный инфильтрат, паравезикулярный абсцесс, перфорация желчного пузыря, водянка и эмпиема желчного пузыря, холедохолитиаз, механическая желтуха, холангит, стриктуры холедоха, панкреатит, билиодигестивные свищи, желчный перитонит

6. Лабораторные общеклинические методы, УЗИ, биохимический анализ крови на билирубин и соотношение прямого и непрямого, ЭФГДС с осмотром зоны БДС.

7. Госпитализация, консервативная терапия с последующей холецистэктомией вне острого периода заболевания, либо операция по срочным показаниям в виду неэффективности консервативного лечения и развития осложнений

8. Консервативная терапия: Диета, инфузионная спазмолитическая терапия, обезболивающая, противовоспалительная и антибактериальная терапия

9. При данной патологии показана холецистэктомия. Экстренное и срочное оперативное лечение показано при деструктивной стадии воспаления желчного пузыря, при развитии осложнений ЖКБ и неэффективности консервативной терапии. Благоприятные сроки выполнения плановой холецистэктомии – после стихания воспаления (через 1 месяц после выписки из стационара)

10. Кровотечение, холерея, перитонит, спаечная болезнь, ПХЭС

Задача № 42

Мужчина 45 лет, болен в течение 4 суток, когда появились боли в желудке, которые затем локализовались справа. Беспокоят боли в правой подвздошной области, температура 37,2. При осмотре: Язык влажный. Живот не вздут, участвует в акте дыхания, мягкий, болезненный в правой подвздошной области. Перитонеальные симптомы неубедительны. В правой подвздошной области пальпируется опухолевидное образование 10х12 см, болезненное, малоподвижное. Стул регулярный. Лейкоцитоз - 12 тыс.

1. Ваш диагноз?
2. Этиология и патогенез данного заболевания?
3. С какой патологией следует провести дифференциальную патологию?
4. Дополнительные методы обследования?
5. Тактика лечения этого заболевания?
6. Лечение больного на этой стадии заболевания?
7. Возможные осложнения заболевания?
8. Показания к оперативному лечению, характер и объем операции?

66. Аппендикулярный инфильтрат

Ответ к задаче по хирургии

1. Острый аппендицит, осложненный аппендикулярным инфильтратом.
2. Неспецифический воспалительный процесс, причиной которого является воспаление червеобразного отростка. Представляет конгломерат спаянных между собой вокруг деструктивно измененного червеобразного отростка петель тонкой и толстой кишки, большого сальника, матки с придатками, мочевого пузыря, париетальной брюшины, отграничивающих проникновение инфекции в свободную брюшную полость. В его развитии выделяют две стадии - раннюю (формирования рыхлого инфильтрата) и позднюю (плотного инфильтрата).
3. Опухоли слепой и восходящей кишки, придатков матки, гидропиосальпинкс.
4. Лабораторная диагностика, ректальное и вагинальное исследование, УЗИ и КТ брюшной полости, ирригография (скопия), колоноскопия с биопсией.
5. В стадию плотного инфильтрата тактика консервативно - выжидательная, при его абсцедировании – срочное оперативное вмешательство.
6. Комплексное консервативное лечение, включая постельный режим, щадящую диету, в ранней фазе - холод на область инфильтрата, а после нормализации температуры физиолечение (УВЧ). Антибактериальная, противовоспалительная терапия, внутритазовая блокада по Школьникову, лечебные клизмы, иммуностимуляторы и т.д.
7. Абсцедирование, вскрытие абсцесса в свободную брюшную полость, перитонит, кишечная непроходимость, сепсис.
8. Абсцедирование аппендикулярного инфильтрата. Вскрытие абсцесса *внебрюшинным* доступом по Н. И. Пирогову. Внебрюшинное вскрытие позволяет избежать попадания гноя в свободную брюшную полость. После санирования гнойника в его полость подводят тампон и дренаж, рану ушивают до дренажей.

Задача № 43

У кормящей женщины 24 лет через 2 недели после родов появились колющие боли в левой молочной железе. Железа увеличилась в объеме. На следующий день температура поднялась до 39 °С, появились головная боль, чувство разбитости, пропал аппетит, кормление левой грудью стало болезненным. При обследовании обнаружено, что левая железа увеличена в объеме, имеется лимфангоит. При пальпации железа диффузно болезненна, плотноватая, но ни локальных инфильтратов, ни участков флюктуации не определяется. Пульс 92 в минуту, ритмичный, артериальное давление 120/ 70 мм рт ст.

1. Ваш диагноз?
2. Классификация данного заболевания
3. Лабораторные и специальные методы диагностики в данном случае?
4. Возможна ли консервативная тактика?
5. С каким заболеванием следует дифференцировать?

6. Можно ли продолжать кормление ребенка?
7. Какие средства применяются для прекращения лактации?
8. Назначьте антибактериальную терапию выпиской рецептов
9. Каковы меры профилактики данного заболевания?

67. Острый лактационный мастит

Ответ к задаче по хирургии

1. Острый лактационный мастит левой молочной железы в стадии инфильтрации.
2. 1) - острый 3) - ретромаммарный
- хронический - субареолярный
- премаммарный
- 2) - серозная форма - паренхиматозный
- инфильтративная - интерстициальный
- абсцедирующая
3. ОАК, ОАМ, СРБ, маммография, УЗИ молочной железы, пункционная биопсия (цитология, посевы на стерильность),
4. Консервативная тактика возможна.
5. Маститоподобная форма рака, туберкулез, актиномикоз.
6. Кормление грудью не прекращают.
7. Бромкрептин, парлоден.
8. Амоксиклав
Цефазолин 1,0
9. Тщательный уход за молочной железой, сцеживание молока.

Задача № 44

Больной 30 лет находится в хирургическом отделении по поводу острого аппендицита в стадии аппендикулярного инфильтрата. На 3 сутки после госпитализации и на 7 сутки от начала заболевания боли внизу живота и особенно в правой подвздошной области усилились, температура приняла гектический характер. Объективно: Пульс 96 в минуту. Дыхание не затруднено. Живот правильной формы, резко болезненный при пальпации в правой подвздошной области, где определяется положительный симптом Щеткина-

Блюмберга. Инфильтрат в правой подвздошной области несколько увеличился в размерах. Лейкоцитоз увеличился по сравнению с предыдущим анализом.

1. Сформулируйте клинический диагноз в данном случае?
2. Тактика лечения больного?
3. Характер, объем и особенности хирургического пособия при данной патологии?
4. Особенности ведения послеоперационного периода?
5. Рекомендации при выписке.

Ответ к задаче по хирургии

1. Основной: острый аппендицит. Осложнения: абсцедирующий аппендикулярный инфильтрат (периаппендикулярный абсцесс).
2. При абсцедировании инфильтрата показано оперативное вмешательство в срочном порядке.
3. Операция - вскрытие абсцесса *внебрюшинным* доступом по Н. И. Пирогову. Внебрюшинное вскрытие позволяет избежать попадания гноя в свободную брюшную полость. Червеобразный отросток не удаляется. После санирования гнойника в его полость подводят тампон и дренаж, рану ушивают до дренажей. В случае плотного прилегания абсцесса к передней брюшной стенке может использоваться доступ Волковича – Дьяконова или внебрюшинная пункционная санация и дренирование аппендикулярного абсцесса под контролем УЗИ.
4. Посев экссудата на микрофлору для подбора антибиотиков, полупостельный режим, диета ОВД 1, ежедневные перевязки с промыванием полости абсцесса растворами антисептиков и ферментных препаратов, последующее применение мазевых турунд с целью заживления вторичным натяжением.
5. Соблюдение диеты, ограничение физических нагрузок до 3х месяцев, госпитализация для плановой аппендэктомии через 6 месяцев.

Задача № 45

Больной 35 лет, поступил в хирургическое отделение с жалобами на боли в эпигастральной области, усиливающиеся после приема пищи, тошноту, временами рвоту, похудание. В анамнезе: год назад лечился по поводу тупой травмы живота, посттравматического панкреатита.

Объективно: состояние удовлетворительное, пониженного питания, кожный покров и склеры обычного цвета, со стороны органов грудной полости без особенностей. Язык влажный, обложен. Живот не вздут, симметричный, равномерно участвует в акте дыхания. При пальпации в эпигастрии определяется эластическое неподвижное образование 10х6 см, без передаточной пульсации, аускультативно над ним шумов не определяется, желудок не увеличен. Определяется непостоянный шум плеска. Печень и селезенка не увеличены. Стул неустойчив.

При фиброгастроудоденоскопии выполненной амбулаторно в желудке умеренное количество жидкости, гастрические изменения слизистой, фиброгастроскоп проходит в 12-перстную кишку, но в антральном отделе отмечается выбухание задней стенки.

1. Какой диагноз Вы поставите больному?
2. С какими заболеваниями необходимо произвести дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные лабораторные и инструментальные методы исследования необходимо выполнить для подтверждения диагноза?
4. Какое лечение показано больному?
5. Показание к оперативному лечению и выбор характера вмешательства?
6. Прогноз относительно течения болезни?

Ответ к задаче № 45

1. Хронический кистозный панкреатит. Дуоденальная непроходимость
2. С опухолью поджелудочной железы, желудка.
3. Рентгенография желудка и грудной клетки, ФГДС, УЗИ, пункционная биопсия.
4. Консервативное (основные направления лечения острого панкреатита), коррекция электролитного баланса и инкреторной недостаточности.

Оперативное лечение зависит от степени сформированности кисты и осложнений: малоинвазивная (пункции, дренирование), паллиативные операции (марсупиализация, цистоеюностамиа, цистогастроанастомоз), радикальная (энуклеация, резекция поджелудочной железы с кистой).

Задача № 46

Женщина, 46 лет, 20 лет назад оперирована по поводу грыжи белой линии живота, 15 лет назад рецидив грыжи. В настоящее время при вертикальном положении больной отмечается выпячивание 10 x 8 см, не вправляющееся в брюшную полость. Периодически отмечает запоры. Предполагалась повторная операция, но больная отказывалась. Грыжевое выпячивание имеет тенденцию к увеличению, грыжевые ворота до 5 - 7 см в диаметре.

Сегодня, ввиду ухудшения погоды и понижения атмосферного давления, появились боли в грыжевом выпячивании. Боли постоянные, усиливаются при движениях. В прошлом подобные боли имели место, особенно после физической нагрузки.

Объективно: Язык влажный. Пульс 88 в минуту, ритмичный, удовлетворительных качеств. АД- 130/80 мм.рт.ст. Тошноты, рвоты нет.

Больная обратилась к Вам на прием.

1. Ваш диагноз?

2. Классификация заболевания.
 3. Дополнительные методы обследования?
 4. С чем следует проводить дифференциальную диагностику?
 5. Виды оперативного лечения.
 6. Возможные осложнения послеоперационного периода и их профилактика.
71. Послеоперационная рецидивная грыжа

Ответ к задаче по хирургии

1. Рецидивная невправимая грыжа белой линии живота. Копростаз

2. Вправимая, невправимая, ущемленная;

по локализации: пупочная, белой линии живота, спигелиевой линии, мечевидного отростка, поясничные, промежностные, седалищные.

осложненная, неосложненная

по размерам: малая, большая, гигантская

3. Обзорная рентгенография брюшной полости, УЗИ

4. Ущемление, спаечная болезнь брюшной полости, спаечная кишечная непроходимость, невправимость

5. Методы герниопластики:

- Фасциально-апоневротическая

- Мышечно-апоневротическая

- Мышечная

- Пластика с применением биологических (аллопластика) и синтетических (эксплантация) материалов (onlay, sublay, inlay).

- Комбинированная

6. Послеоперационные осложнения: дыхательная недостаточность, ранняя спаечная кишечная непроходимость, нагноение, кровотечение в рану или брюшную полость, инфильтрат, лигатурные свищи

Профилактика: Оперативное лечение выполняют в плановом порядке после предоперационной подготовки, включающей профилактику возможных кардиореспираторных осложнений, связанных с одномоментным повышением внутрибрюшного давления после герниопластики. Грыжесечение дополняют разделением сращений, дефект брюшной стенки замещают различными видами ауто- или

аллотрансплантатов. Наиболее часто применяют полипропиленовый сетчатый трансплантат. В зависимости от способа размещения эндопротеза различают методику герниопластики onlay (сетка подшивается на апоневроз) и sublay (трансплантат помещается под апоневроз в предбрюшинное пространство). При больших размерах грыжевых ворот показана ненатяжная пластика, когда дефект в апоневрозе замещается сетчатым трансплантатом в виде "заплаты" (методика inlay). При рецидивных грыжах в послеоперационном периоде назначаются антибактериальные препараты

Задача № 47

Больной 40 лет жалуется на боли и в нижней части правой половины грудной клетки, усиливающиеся при кашле, перемене положения тела. Кроме этого его беспокоит кашель с отделением небольшого количества мокроты, одышка. Давность заболевания около недели.

Объективно: Пульс 110 в минуту, температура 38,5 °С. Правая половина грудной клетки отстает при дыхании, межреберные промежутки справа расширены. Перкуторно определяется притупление звука с верхней горизонтальной линией на уровне 5 ребра и тимпаническим звуком над этой линией. При аускультации дыхательные шумы отсутствуют над областью притупления.

Анализ крови: лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, увеличение СОЭ. На рентгенограмме определяется затемнение в нижних отделах справа до 5 ребра и просветление над ним.

1. Ваш диагноз?
2. Клиническая классификация этого заболевания?
3. Этиопатогенез этого заболевания?
4. В каком обследовании нуждаются больные с этим заболеванием? Назовите характерные признаки данной патологии, которые выявляются при этом обследовании?
5. В каком лечении нуждается данный больной? Каковы основные цели этих лечебных мероприятий?
6. Правила выполнения специальной медицинской манипуляции, выполняемой при лечении этого заболевания?
7. Возможные осложнения этого заболевания?

Ответ к задаче № 47

1. Экссудативный правосторонний плеврит.
2. Невоспалительный плеврит (хилоторакс). Воспалительный, серозный, фибринозно-гнойный.
3. Невоспалительные плевриты – состояние, вызывающее асцит и затруднение венозного и лимфатического оттока из грудной клетки. Воспалительные – результат воспаления структур, прилегающих к плевральной полости.

4. Физикальные признаки – притупленный звук, отсутствие дыхания.

Рентгенологические признаки – затемнение задней части диафрагмы в боковой проекции.

УЗИ – жидкость в плевральной полости.

5. Антибактериальная терапия. Плевральная пункция. цель – санация плевральной полости.
6. Пункция плевральной полости выполняется по верхнему краю ребра в асептических условиях.
7. Эмпиема плевры.

Задача № 48

Больной Н., 19 лет оперирован по поводу острого флегмонозного аппендицита. Операция закончена ушиванием раны передней брюшной стенки наглухо. К концу первых суток после аппендэктомии больного беспокоит резкая слабость, головокружение. Объективно отмечается бледность кожи, пульс 102 в минуту, АД 100/60 мм.рт.ст. язык влажный, живот равномерно болезненный, симптомы раздражения брюшины слабоположительные, пер-куторно определяется свободная жидкость в отлогих местах брюшной полости. Перевязка сухая. В анализе крови Эр. - $3,5 \times 10^9/\text{л}$, гемоглобин - 108 г/л, лейкоциты - $10,5 \times 10^9/\text{л}$.

1. Какое осложнение послеоперационного периода возникло у больного?
2. Возможные причины развития данного осложнения.
3. Объем дополнительного обследования.
4. Тактика хирурга.

73. Внутрибрюшное кровотечение

Ответы к задаче по хирургии

1. Продолжающееся внутрибрюшное кровотечение
2. Расплавление инфицированных тромбов в сосудах брыжейки отростка или аррозия сосудов, дефекты оперативной техники: ослабление или соскальзывание лигатуры с культи брыжейки отростка, непереязанные сосуды в спаечных тяжах, плохой гемостаз в области раны брюшной стенки, повреждение сосудов забрюшинной клетчатки, брыжейки тонкой кишки, других органов.
3. Анализ «красной» крови в динамике, УЗИ брюшной полости
4. Экстренная релапаротомия

Задача № 49

Молодой человек 24 лет, доставлен через сутки после начала заболевания с жалобами на общую слабость, рвоту цвета кофейной гущи.

Больным себя считает с армии, когда стал отмечать периодически возникающие весной и осенью «голодные» боли в эпигастрии. Лечился самостоятельно. Ухудшение последние две недели, когда появились боли в эпигастрии, которые уменьшились после приема альмагеля. Два дня назад заметил дегтеобразный стул. Объективно общее состояние удовлетворительное. Кожа и слизистые бледно-розового цвета, пульс 96 в минуту, ритмичный, АД 110/70 мм.рт.ст. Живот не вздут, при пальпации незначительно болезнен в эпигастрии и справа. Перистальтика хорошая, стул темного цвета. В крови: Эр 3,5 x 10¹²/л, Нв - 100 г/л.

1. Ваш диагноз.
2. Какое осложнение возможно у больного?
3. Какие необходимые инструментальные и лабораторные методы обследования следует выполнить?
4. Алгоритмы Ваших действий.
5. Принципы консервативной терапии.
6. Показания к оперативному лечению и возможные его варианты.
7. Ваши рекомендации при выписке.
74. Язвенная болезнь ДПК. Кровотечение

Ответ к ситуационной задаче по хирургии

1. Предварительный диагноз: Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, осложненная кровотечением.
2. Гастродуоденальное кровотечение.
3. Из дополнительных методов необходимо определение группы крови и резус-фактора. После промывания желудка показана экстренная ФГДС.
4. Необходимо установить источник кровотечения и его локализацию, оценить степень кровопотери, попытаться остановить кровотечение неоперативными методами гемостаза, оценить риск рецидива кровотечения.
5. При остановившемся кровотечении или после эндоскопической остановки его проводится консервативное лечение, включающее инфузионную и гемостатическую терапию, противоязвенное лечение.
6. Показанием к экстренной операции является профузное гастродуоденальное кровотечение при неэффективности или невозможности эндоскопического гемостаза. Срочные операции выполняются при неустойчивом гемостазе или рецидиве кровотечения

после восстановления кровопотери и стабилизации витальных функций. При дуоденальном кровотечении язвенного генеза применяют прошивание кровоточащей язвы с ваготомией и пилоропластикой или резекцию желудка.

7. После выписки – наблюдение гастроэнтеролога, реабилитационный курс лечения в санаторных условиях.

Задача № 50

Больная 40 лет, вторые сутки в стационаре. На момент осмотра жалоб не предъявляет. При поступлении предъявляла жалобы на схваткообразные боли в животе, многократную рвоту, неотхождение стула и газов. При поступлении поставлен диагноз «Спаечная кишечная непроходимость» и проведено консервативное лечение: Инфузионная терапия в объеме 2 литров, со спазмолитиками, декомпрессия желудка, очистительная клизма. После этого состояние улучшилось, боль уменьшилась, дважды был самостоятельный стул; года назад больной выполнены 2 операции по поводу острого аппендицита и спаечной кишечной непроходимости. Подобные болевые приступы возникают в среднем 1 раз в 3-4 месяца.

Объективно: пониженного питания, кожа и склеры обычного цвета, пульс 78 в минуту, удовлетворительных качеств, мягкий. Язык влажный. Живот не вздут, мягкий безболезненный. Перитонеальных симптомов нет, шум плеска не определяется, перистальтика выслушивается, самостоятельно отходят газы.

1. Какой диагноз можно поставить больной?
 2. Какие дополнительные исследования Вы считаете необходимым выполнить?
 3. Ваша тактика в отношении выбора метода лечения.
 4. Возможные варианты оперативных вмешательств.
 5. Пути профилактики данного осложнения.
75. Спаечная кишечная непроходимость

Ответы к ситуационной задаче по хирургии

1. Спаечная болезнь брюшной полости: рецидивирующая спаечная непроходимость
2. Целью обследования является оценка степени дисфункции кишечного пассажа, определение локализации «причинной спайки». Для этого может использоваться УЗИ брюшной полости, обзорная рентгенография органов брюшной полости, контроль пассажа бария (проба Шварца), контроль пассажа бариевых меток (проба Шалькова), диагностическая лапароскопия.
3. Лечебная тактика зависит от клиники, степени нарушения кишечного пассажа, результатов обследования. Консервативные мероприятия включают диету, физиопроцедуры, ГБО, курсы гидрокортизона, лидазы и антигистаминных препаратов. К хирургическому методу лечения спаечной болезни относятся открытый или лапароскопический адгезиолизис, интестинопликация.

4. Профилактика спаечной болезни во время первой операции заключается в тщательном соблюдении принципов оперативной техники, бережном отношении к тканям, раннем восстановлении перистальтики, назначении в послеоперационном периоде ГБО, гидрокортизона, антигистаминных препаратов, физиотерапии и др.

Задача № 51

У женщины 35 лет, страдающей митральным пороком сердца с мерцательной аритмией, внезапно возникли сильные боли в правой руке. Осмотрена через час дома. Объективно: Правая рука бледная в области кисти и предплечья, холодная на ощупь. Пальпация этих отделов руки резко болезненная, мышцы умеренно напряжены. Активные движения в пальцах правой руки снижены в объеме, пассивные движения в полном объеме. Тактильная и болевая чувствительность резко снижена. Пульсация магистральных артерий правой руки определяется только на уровне подмышечной артерии, дистальнее она отсутствует.

1. Этиология и патогенез развития данного заболевания. Ваш диагноз.
2. Клиническая классификация этого заболевания.
3. План обследования пациентки.
4. С какими заболеваниями следует дифференцировать данную патологию?
5. Какова должна быть лечебная тактика, в зависимости от стадии заболевания?
6. Объем медицинской помощи.
7. Возможные осложнения в послеоперационном периоде.
8. Меры профилактики повторения этого заболевания.

Ответ к задаче № 51

1. Диагноз – митральный порок сердца, мерцательная аритмия. Осложнение – эмболия правой подмышечной артерии, острая ишемия П-а ст.
2. Классификация предусматривает этиологию заболевания (свыше 95% кардиопатии); необходимо оценить тяжесть острой ишемии (I, II, III ст.); локализацию окклюзии.
3. План обследования: 1) - общепринятый объем; анализ крови, мочи, ЭКГ;
2) доплерографическая оценка состояния сосудов.
4. Тромбоз подключичной вены; острый неврит, острый миозит.
5. Лечебная тактика – экстренная операция – эмболэктомия.

6. Объем операции: при компенсированной ишемии – эмболэктомия с удалением продолженного тромба; при декомпенсированной ишемии тоже самое плюс детоксикационные мероприятия.
7. Возможные осложнения после операции: тромбоз артерии, некроз части мышц конечности; гангрена конечности; осложнения со стороны сердца, легких, почек.
8. Меры профилактики: лечение кардиопатии, включая хирургические методы; медикаментозная терапия антиагрегантами.

Задача № 52

Больной К., 60 лет, доставлен в приемный покой стационара в экстренном порядке. Заболел внезапно 10-12 часов назад, когда появились боли в левой половине живота, которые усиливались и приняли схваткообразный характер, трижды рвота застойным содержимым, не отходят газы. Ранее подобных болей не было, но в течение последнего года имеется склонность к запорам. Применял слабительные средства. Амбулаторно не обследовался.

Объективно: Кожные покровы обычной окраски, язык обложен белым налетом, влажный. Пульс 98 в минуту, ритмичный. В легких дыхание свободное, хрипов нет. Живот равномерно вздут, участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, разлитая болезненность с преимущественной локализацией в нижних отделах. Перкуторно тимпанит по ходу толстого кишечника, перистальтика выслушивается, ослабленная, определяется «шум плеска». Слабо положительные перитонеальные симптомы в левой подвздошной области и над лоном. При пальцевом ректальном исследовании ампула пуста, следы кала обычного цвета. В анализе крови: Лейкоциты - $16,2 \times 10^9/\text{л}$, Эр- $3,4 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ 24 мм/ч.

1. Предположительный диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования можно использовать?
3. С чем следует провести дифференциальную диагностику?
4. Алгоритм Ваших действий
5. Принципы консервативной терапии
6. Показания к операции и возможные варианты оперативных вмешательств.
7. Экспертиза трудоспособности.
77. Обтурационная толстокишечная непроходимость

Ответы к ситуационной задаче по хирургии

1. Острая толстокишечная непроходимость. Обтурация левого фланга или ректосигмоидного отдела толстой кишки.
2. Обзорная рентгенография органов брюшной полости, УЗИ, проба фон Монтейфеля, экстренная ирригография, колоноскопия.
3. Дифференциальную диагностику следует проводить с хроническим атоническим колитом, копростазом, псевдообструкцией толстой кишки, различными формами мегалокOLON, заворотом сигмы, неспецифическим язвенным колитом.
4. Инфузионно-спазмолитическая терапия, очистительные клизмы, лечебная колоноскопия, дренирование желудка, толстой кишки (попытка консервативной или колоноскопической декомпрессии толстой кишки). В случае неэффективности – не позднее чем через 6 – 12 часов после поступления – экстренная лапаротомия.
5. В зависимости от интраоперационной находки используют одно- двух- и трехмоментные методы операций. Во всех случаях главным моментом оперативного пособия является ликвидация кишечной непроходимости и сохранение жизни больного. На современном этапе при опухолях правого фланга толстой кишки используется правосторонняя гемиколэктомия с илеотрансверзоанастомозом и, в случае необходимости, – проксимальной разгрузочной илеостомией. При обтурационном раке левого фланга толстой кишки рекомендуется выполнять первичную радикальную резекцию с терминальной колостомией (типа Гартмана). В случае неоперабельности – наложение перманентной колостомы проксимальнее обструкции.
6. Экспертиза трудоспособности проводится в зависимости от стадии онкопроцесса, характера проведенного лечения, индивидуальных возможностей реабилитации

Задача № 53

У больной 68 лет, страдающей желчно-каменной болезнью, после погрешности в диете внезапно возникли боли в верхних отделах живота, иррадиирующие в спину, многократная рвота желчью, гипертермия до 37,6, озноб. После приема но-шпы, боли купировались. Через сутки появилась желтушность кожных покровов, боли в животе оставались.

Объективно: Состояние средней тяжести. Кожа и склеры желтушны. Пульс 90 в минуту. АД 120/80 мм.рт.ст. Язык влажный, обложен. Живот несколько вздут, мягкий, болезненный в эпигастрии. Перитонеальных симптомов нет. Желчный пузырь не пальпируется. Лейкоциты 10,2 x 10⁹/л, билирубин крови 60 мкмоль/л. Диастаза мочи 1024 ЕД.

1. Ваш диагноз.
2. Классификация заболевания.
3. Необходимые методы обследования для подтверждения диагноза.
4. Ваша тактика:
 - основные направления консервативной терапии.

- Показания к оперативному лечению, методы оперативных вмешательств.

5. Прогноз.

Ответ к задаче № 53

1. Острый холецистит. Механическая желтуха (холедохолитиаз).
2. Классификация по В.С.Савельеву, 1990 г.
3. Клинический анализ крови, билирубин, печеночные пробы, фибриноген, ПТИ, амилаза, общий анализ мочи, диастаза мочи.

ФГДС, УЗИ.

4. Купирование болевого синдрома (блокада, спазмолитики, в/в капельницы, анальгетики) при неэффективности операция по срочным показаниям (холецистэктомия, холедохолитотомия, дренирование холедоха – малоинвазивными или обычными технологиями).

5. Выздоровление, ПХЭС.

Задача № 54

Больная У. 63 лет поступила в хирургическое отделение с жалобами на умеренные боли внизу живота схваткообразного характера, иррадиирующие в крестец, вздутие живота, неотхождение газов, отсутствие стула в течение 3-х суток.

Заболевание развивалось постепенно, больная страдает запорами в течение многих лет, подобные состояния в последний год были несколько раз, но разрешались после очистительной клизмы.

Общее состояние больной удовлетворительное, температура нормальная, пульс 68 в мин, язык обложен белым налетом, влажный. Живот вздут, при пальпации незначительно болезненный. Выслушивается "шум плеска", при перкуссии - высокий тимпанит. При ректальном исследовании - ампула прямой кишки пуста, сфинктер расслаблен. При попытке поставить сифонную клизму - жидкость, после введения ее в количестве 350 мл, изливается обратно.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. План обследования, методы верификации диагноза?
3. Какие местные и общие критерии заболевания необходимо определить?
4. Назовите возможные радикальные операции?
5. Метода паллиативного лечения?
6. Задачи диспансерного наблюдения?

85. Обтур. кишечная непроходимость (опухоль сигмы)

Ответ к ситуационной задаче по хирургии

1. Обтурирующая опухоль сигмовидной кишки, кишечная непроходимость
2. Обзорная рентгенография брюшной полости, проба Шварца.
Колоноскопия, биопсия, УЗИ брюшной полости при отсутствии явлений непроходимости.
3. Необходимо учитывать распространенность процесса, тип опухоли, соматическое состояние больной
4. В условиях кишечной непроходимости в данном случае показана операция Гартмана
5. Выведение двухствольной сигмостомы, химиотерапия
6. Выявление рецидива

Задача № 55

Пациент 68 лет оперирован по поводу рака прямой кишки. Выполнена брюшно - промежностная экстирпация прямой кишки. На четвертые сутки после операции у больного внезапно возникла одышка, появилась боль в грудной клетке, усиливающаяся при кашле и глубоком дыхании. Объективно: кожные покровы лица, шеи и плечевого пояса синюшны, яремные вены резко контурируются, тахикардия - 110 в минуту, артериальное давление 110/90 мм рт.ст. На ЭКГ - признаки перегрузки правых отделов сердца. По данным рентгенографии легких, выполненной вскоре после ухудшения состояния - повышенная прозрачность легочного поля и укорочение корней легких.

1. О каком осложнении следует думать в этом случае?
2. Патогенез данного осложнения в этом конкретном случае?
3. Какие лечебные мероприятия необходимо применить?
4. Какой объем мер неспецифической профилактики этого осложнения необходимо проводить таким больным?
5. В какой специфической (медикаментозной) профилактике нуждаются такие больные?

Ответ к задаче № 55

- 1, 2. У больного развился острый глубокий тромбофлебит в нижних конечностях, что к тромбэмболии легочной артерии.
3. Антикоагулянты, ГБО, сердечно-сосудистая терапия.
4. Неспецифическая профилактика – проведение мероприятий, ускоряющих венозный кровоток в нижних конечностях: ранняя активизация пациентов в

послеоперационном периоде; эластическая компрессия н/конечностей;

прерывистая пневмокомпрессия ног; применение «ножной педали», полноценное обезболивание.

5. Специфическая профилактика: применение 1) прямых антикоагулянтов (нефракционированный гепарин, низкомолекулярные гепарины);
- 2) низкомолекулярные декстраны в/в; 3) дезагреганты.

Задача № 56

Больной 32 лет 5 дней назад был оперирован по поводу прободной язвы желудка через 7 часов с момента перфорации. Произведено ушивание прободной язвы. На момент осмотра его беспокоят боли в нижних отделах живота, болезненность в конце акта мочеиспускания, частые позывы на дефекацию. Гипертермия носит гектический характер. Живот принимает участие в акте дыхания, мягкий, болезненный в нижних отделах. Симптомов раздражения брюшины нет. В области раны воспалительной реакции нет. Со стороны легких патологии нет. Лейкоциты - 18 тыс.

1. О каком осложнении следует думать в данном случае?
2. Какие следует применить методы обследования для уточнения диагноза?
3. Причины развития подобного осложнения и меры профилактики при подобных операциях?
4. Тактика влечения этой патологии?
5. Объем и особенности пособия при этом осложнении?
6. Сделайте назначения в послеоперационном периоде.

87. Абсцесс дугласова пространства

Ответ к ситуационной задаче по хирургии

1. Тазовый абсцесс. (абсцесс Дугласова пространства).
2. Ректальное исследование, УЗИ, КТ малого таза, диагностическая пункция полости абсцесса через переднюю стенку прямой кишки.
3. Возникновение гнойников в малом тазу связано с плохой санацией брюшной полости и неадекватным дренированием полости малого таза во время операции. Меры профилактики - интраоперационная эффективная санация брюшной полости при местном перитоните путем осушивания марлевыми салфетками, при микробном диффузном перитоните промывание брюшной полости асептическими растворами (фурациллин, 0,3 %, 0,06 % раствор гипохлорита натрия) не менее 6 - 8 литров; адекватное дренирование отложившихся мест брюшной полости, обоснованная антибактериальная терапия.

4. В стадию плотного инфильтрата малого таза тактика консервативная, при абсцедировании – срочное оперативное вмешательство.
5. Вскрытие абсцесса под наркозом внебрюшинным доступом через переднюю стенку прямой кишки после поисковой пункции с последующим промыванием и дренированием полости гноя трубочкой.
6. Бесшлаковая диета, полупостельный режим, антибактериальная терапия с учетом посева экссудата на флору и чувствительность к антибиотикам, противовоспалительная терапия, ежедневные перевязки с промыванием полости абсцесса растворами антисептиков, удаление дренажной трубки на 2-3 сутки.

Задача № 57

Женщина 34 лет пришла на амбулаторный прием к хирургу. Жалуется на боли по медиальной поверхности левой голени в нижней и средней третях бедра. Боли появились 3 дня назад в области голени и впоследствии распространились на бедро. Температура повысилась до 37,5 °С, стала затруднительной ходьба. При осмотре по ходу варикозно измененной левой большой подкожной вены на голени и бедре имеется гиперемия кожного покрова, при пальпации в этой зоне определяется болезненный тяж. Пальпация в паховой области безболезненная. Отека стопы и голени нет.

1. Ваш диагноз?
2. Этиология и патогенез заболевания?
3. Классификация заболевания?
4. С каким заболеванием необходимо дифференцировать эту патологию?
5. Осложнения при данном заболевании?
6. Тактика лечения в зависимости от вариантов течения заболевания и объем пособия?

88. Восходящий поверхностный тромбофлебит

Ответ к ситуационной задаче по хирургии

1. Варикозная болезнь вен левой нижней конечности, осложненная острым восходящим поверхностным тромбофлебитом (варикотромбофлебитом) в бассейне большой подкожной вены.
2. Триада Вирхова - изменение реологии крови (состояние гиперкоагуляции), травма стенки сосуда (повреждение эндотелия) и замедление тока крови (стаз). Способствующие факторы - возраст, ожирение, операции и травмы, длительная иммобилизация, беременность и роды, онкологические заболевания, тромбофилические состояния (генетические изменения факторов коагуляции) и др. В большинстве случаев осложняет течение варикозной болезни, реже возникает при посттромбофлебитической болезни.
3. -по распространенности: сегментарный (локальный), восходящий;
- по локализации: в бассейне большой или малой подкожных вен;

-по характеру воспаления: асептический (негнойный), гнойный.

4. С лимфангоитом, рожистым воспалением и аллергическим дерматитом, с ущемленной бедренной грыжей при локализации процесса в варикозной аневризме терминального отдела большой подкожной вены.

5. Тромбоз глубоких вен, тромбоэмболия легочной артерии (при восходящем тромбофлебите).

6. При сегментарном тромбофлебите на голени – консервативное лечение амбулаторно, при первичной локализации тромбоза на бедре консервативное лечение и наблюдение в стационаре, при восходящем тромбофлебите – операция Троянова-Тренделенбурга (разобщение сафено-фemorального соустья, кроссэктомия) в экстренном порядке с возможным одномоментным удалением ствола тромбированной вены и последующим решением вопроса об устранении варикозного синдрома

Задача № 58

Пациент 43 лет находится на лечении по поводу правосторонней нижнедолевой пневмонии, осложненной абсцессом. 2 часа назад больной отметил внезапное ухудшение состояния - появились интенсивные боли в правой половине груди, затруднение дыхания. Общее состояние тяжелое. Т -39,2 С. Цианоз кожи, слизистых оболочек. Частота дыханий 30 в 1 минуту, дыхание поверхностное. Отмечается укорочение перкуторного звука и ослабление дыхания справа на уровне середины лопатки. Выше уровня укорочения перкуторного звука выслушивается шум трения плевры.

Ваш предварительный диагноз? Что может явиться причиной внезапного ухудшения состояния? Какие дополнительные методы исследования необходимо использовать? Какова тактика лечения больного?

Несмотря на интенсивную терапию и ежедневные плевральные пункции, состояние пациента без положительной динамики, сохраняются явления интоксикации, в общем анализе крови определяются анемия, лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, СОЭ 49 мм/час. Из полости плевры ежедневно эвакуируется 500-600 мл гнойного экссудата.

1. Ваш окончательный диагноз?
2. Принципы этиотропного и патогенетического лечения?
3. Какой метод местного лечения необходимо использовать в данной ситуации?

Ответ к задаче № 58

1. Пиопневмоторакс. Легочно – плевральный свищ.
2. Прорыв гнойного содержимого из полости абсцесса в плевральную полость.
3. Рентгенологические. УЗИ. Плевральная пункция. Бронхоскопия. Торакоскопия. Посев экссудата. Цитологическое исследование экссудата.
4. Антибактериальная терапия. Лечебная бронхоскопия. Торакопластика.

5. Эмпиема плевры. Легочно – плевральный свищ. Лечение сепсиса.

Задача № 59

У больной, 72 лет, тучной женщины, в течение 15 лет страдающей периодическими болями в правом подреберье, 8 часов назад появились вновь резкие боли в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо, рвота, t до 38° С. Язык сухой, обложен белым налетом, небольшая иктеричность склер. Живот слегка вздут. Резкая болезненность и умеренное мышечное напряжение в правом подреберье. Симптомы раздражения брюшины слабоположительные. Пульс - 96 в 1 минуту. Лейкоцитоз - 12×10^9 .

1. Ваш диагноз?
 2. Этиология и патогенез данного заболевания?
 3. Классификация заболевания?
 4. С какой патологией следует проводить дифференциальную диагностику?
 5. Возможные осложнения данного заболевания?
 6. Объем обследования пациентки?
 7. Варианты тактики лечения при данной патологии?
 8. Направления консервативной терапии?
 9. Характер и объем оперативного вмешательства при данной патологии?
 10. Осложнения послеоперационного периода?
93. Острый холецистит.

Ответ к ситуационной задаче по хирургии

1. ЖКБ, Обострение хронического калькулезного холецистита
2. Изменение химического состава желчи, камнеобразование, вклинение камня в область шейки желчного пузыря, спазм шейки (болевого синдром), обтурация его просвета в этом месте, инфицирование пузырной желчи с переходом инфекции на стенку желчного пузыря (интоксикационный синдром), дальнейшее распространение воспаления, развитие осложнений
3. Классификация по стадиям развития: физико-химическая, латентное бессимптомное камненосительство, клиническая. Острый и хронический холецистит. Неосложненный (катаральный, флегмонозный, гангренозный) и осложненный (эмпиема, водянка, инфильтрат, абсцесс, холедохолитиаз, холангит, механическая желтуха, панкреатит, свищи и др.)
4. Дифференциальный диагноз: язвенная болезнь желудка и 12п. кишки, гепатит, дуоденит, аппендицит с подпеченочным расположением червеобразного отростка и

аппендицит у беременных на поздних сроках, заболевание печеночного угла ободочной кишки, самостоятельный панкреатит, пилефлебит

5. Перивезикулярный инфильтрат, паравезикулярный абсцесс, перфорация желчного пузыря, водянка и эмпиема желчного пузыря, холедохолитиаз, механическая желтуха, холангит, стриктуры холедоха, панкреатит, билиодигестивные свищи, желчный перитонит

6. Лабораторные общеклинические методы, УЗИ, биохимический анализ крови на билирубин и соотношение прямого и непрямого, ЭФГДС с осмотром зоны БДС.

7. Госпитализация, консервативная терапия с последующей холецистэктомией вне острого периода заболевания, либо операция по срочным показаниям в виду неэффективности консервативного лечения и развития осложнений

8. Консервативная терапия: Диета, инфузионная спазмолитическая терапия, обезболивающая, противовоспалительная и антибактериальная терапия

9. При данной патологии показана холецистэктомия. Экстренное и срочное оперативное лечение показано при деструктивной стадии воспаления желчного пузыря, при развитии осложнений ЖКБ и неэффективности консервативной терапии. Благоприятные сроки выполнения плановой холецистэктомии – после стихания воспаления (через 1 месяц после выписки из стационара)

10. Кровотечение, холерия, перитонит, спаечная болезнь, ПХЭС

Задача № 60

Больной 38 лет поступил в хирургическое отделение с жалобами на сильные боли в эпигастрии опоясывающего характера, тошноту, рвоту. Заболевание связывает с употреблением алкоголя. В анамнезе гиперацидный гастрит.

Объективно: Состояние средней тяжести, тревожен, отмечены микро-циркуляторные нарушения. Желтухи нет. Число дыханий 18-20. В легких хрипов нет. Пульс 100 в 1 минуту, ритмичный, артериальное давление 120/80 мм.рт.ст. Язык обложен, влажный. Живот равномерно вздут, дышит. При пальпации болезненность в эпигастрии, где определяется резистентность брюшной стенки, распространяющаяся на правое подреберье. Перкуторно: раздутая поперечно-ободочная кишка. Свободной жидкости в брюшной полости не определяется. Желчный пузырь не пальпируется. Несколько увеличена печень. Перистальтика выслушивается, но вялая. Перитонеальных симптомов нет. Дизурических расстройств нет. Лейкоцитоз - 13 тыс. Диастаза мочи - 1024 ед. На обзорной рентгенограмме брюшной полости свободного газа нет. УЗИ - желчной гипертензии нет. Желчный пузырь 8 x 2 см, стенка 0,3 см, конкрементов не содержит. Имеется увеличение поджелудочной железы, особенно в области головки и тела с размытостью контуров и жидкостью в сальниковой сумке в виде щели 2,5 x 8 см. Свободной жидкости в брюшной полости не определяется.

Больному проводилась консервативная терапия с положительной клинической и лабораторной динамикой, однако при контрольном УЗИ через 7 дней отмечено сохранение жидкостного образования в области тела поджелудочной железы 3x6 см.

1. Какой основной диагноз заболевания?

2. О каком осложнении основного заболевания можно думать?
 3. Какие дополнительные лабораторные и инструментальные методы исследования необходимо выполнить больному?
 4. Какие основные направления лечения основного заболевания?
 5. Ваша тактика относительно образования сальниковой сумки?
 6. Какое оперативное лечение показано больному?
 7. Сроки его выполнения?
 8. Исход данного осложнения?
 9. Прогноз?
 10. Ваши рекомендации при выписке?
94. Острый панкреатит (оментобурсит)

Ответ к ситуационной задаче по хирургии

1. Острый панкреатит. Асептический панкреонекроз. Оментобурсит.
2. Общий анализ крови, билирубин, печеночные пробы, амилаза, липаза, сахар крови, ПТИ, фибриноген.

Обзорная рентгенография легких, ФГДС, УЗИ, пункция оментобурсита на инфицированность.
3. Борьба с шоком (болью), нормализация объема циркулирующей крови, и нейровегетативных функций;

воздействие на местный патологический очаг;

Уменьшение эндоинтоксикации;

коррекция тромбгеморрагического синдрома;

иммунокоррекция;

нутритивная поддержка;

энерготропная терапия;

оперативное лечение по показаниям.
4. Пункция при асептическом воспалении, наружное дренирование при инфицировании.
5. Малоинвазивное вмешательство.

6. Рассасывание образований кисты, инфицирование.

Задача № 61

Мужчина 46 лет, поступил с жалобами на сильные боли постоянного характера за грудиной с иррадиацией в межлопаточное пространство, усиливающиеся при глотании и форсированном дыхании, обильное слюноотделение, температуру тела до 40 °С, озноб, сопровождающийся проливным потом.

Считает себя больным около 3-х суток, когда отметил появление умеренных болей в области шеи слева, усиливающихся при наклонах головы, повышение температуры тела до 37,6 °С. За медицинской помощью не обращался (злоупотреблял алкоголем). Накануне заболевания ел рыбу. Около суток тому назад появились боли за грудиной, лихорадка, резкая слабость. Доставлен бригадой «скорой медицинской помощи».

Объективно: Состояние тяжелое. Больной вялый, адинамичный, сниженной питания. Обращают на себя внимание заостренные черты лица, небольшая припухлость шеи слева и наклон головы вправо. Пальпаторно в области шеи слева, а также в яремной ямке и левой надключичной области определяется подкожная крепитация. Пульс около 120 в минуту, ритмичный, артериальное давление 90/60 мм. рт. ст. Язык влажный. В легких в нижних отделах в обеих сторон дыхание несколько снижено, хрипов нет. Частота дыхательных движений - 26 в минуту. Живот симметричный, мягкий, не вздут, безболезненный. Перистальтика вялая, перитонеальные симптомы не определяются. Поясничная область безболезненна, мочеиспускание свободное, однако мочи при катетеризации мочевого пузыря в течении 2-х часов получено не более 40 мл.

Дополнительные методы обследования:

Анализ крови: Количество лейкоцитов 18×10^9 /л, выраженный сдвиг формулы влево. **ФГДС:** На уровне Сб - С7 на задней стенке пищевода имеется участок гиперемии слизистой диаметром до 3 - 4 см с выбуханием в просвет, в центре которого находится инородное тело. При надавливании концом эндоскопа на инфильтрат около инородного тела наблюдается вытекание гноя.

Обзорная рентгенография легких: Зона затемнения в проекции заднего средостения. Признаки эмфиземы средостения, расширение его тени, увеличение расстояния между позвоночником и пищеводом, небольшое количество жидкости в левом плевральном синусе и перикарде.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. План дополнительного обследования больного?
3. Роль и объем рентгенологического обследования, компьютерной томографии, ультразвуковых методов при диагностике данной патологии?
4. Этиология и патогенез нарушений, развивающихся при данном заболевании?
5. Тактика лечения данного больного?
6. Методы оперативных вмешательств при данной патологии?

7. Принципы консервативной терапии?
8. Ваш прогноз в отношении исхода заболевания у данного больного?

96. Перфорация пищевода. Медиастинит

Ответ к ситуационной задаче по хирургии

1. У больного имеется перфорация пищевода инородным телом, осложненная медиастенитом.
2. Начинать обследование необходимо с обзорной рентгенографии, как переднезадней, так и боковой. Фиброэзофагоскопию следует выполнять с особой осторожностью. План обследования может быть дополнен УЗ-исследованием, компьютерной томографией, ЯМР.
3. Важная роль в диагностике данной патологии принадлежит рентгенологическому и эндоскопическому обследованию, УЗИ, компьютерной томографии.
4. Причиной данного заболевания явилось инородное тело пищевода, с перфорацией пищеводной стенки и развитием гнойного медиастенита и интоксикацией.
5. При лечении медиастенита используется активная хирургическая тактика.
6. Хирургическое лечение заключается в осуществлении оптимального доступа, обнажении травмированного участка, удалении инородного тела, ушивании дефекта стенки пищевода, дренировании средостения и плевральной полости (при необходимости), наложении гастростомы или проведения трансназально зонда в желудок. В послеоперационном периоде дренажи используют для аспирации экссудата и введения лекарственных препаратов.
7. После операции проводится интенсивная детоксикационная, антибактериальная и иммуностимулирующая терапия.
8. Летальность при гнойном медиастините достигает 20–50% и более.

Задача № 62

Больному 42 лет 8 дней назад выполнена резекция 2/3 желудка по поводу язвы тела желудка в модификации Бильрот I. Начиная с третьих суток послеоперационного периода появились жалобы на тяжесть в эпигастрии, тошноту, периодически возникающую рвоту, приносящую облегчение. С шестых суток рвоты участились, больной сам опорожняет желудок, искусственно вызывая рвоту. За последние сутки по постоянному желудочному зонду выделилось более 1 литра застойного содержимого. Больной худеет. Объективно: пульс 88 в минуту, артериальное давление 120/80 мм рт.ст., температура 36,6 - 37,1 °С, язык влажный, живот не вздут, мягкий, болезненный в области раны, участвует в акте дыхания, перистальтика отчетливая, газы отходят. Стул был дважды.

1. О каком послеоперационном осложнении следует думать?
2. Как уточнить причину осложнения?

3. Какое лечение необходимо назначить больному?
4. Когда возникают показания к хирургическому лечению?
5. Каков объем операции при данной патологии?
6. В чем заключается профилактика данного послеоперационного осложнения?

99. Анастомозит

Ответ к ситуационной задаче по хирургии

1. Анастомозит
2. ЭФГДС с прицельной биопсией из области гастроэнтероанастомоза, Рентгеногастроскопия, Проба Шварца (пассаж бария по ЖКТ)
3. Диета, полный спектр противоязвенной эрадикационной терапии, препараты, улучшающие моторику желудка
4. Показаниями к оперативному лечению являются: выраженный анастомозит с декомпенсированным сужением просвета гастроэнтероанастомоза, стеноз анастомоза рубцового характера, несостоятельность анастомоза, образование свищей, перфорации стенки желудка в этой области, осложненное течение язв анастомоза
5. Наложение дополнительного гастроэнтероанастомоза
6. Профилактика заключается в предупреждении технических ошибок во время операции, продолжение противовоспалительной и противоязвенной терапии в послеоперационном периоде, динамическое наблюдение посредством ЭФГДС, строгий режим питания в послеоперационном периоде (поэтапное расширение диеты, дробность принятия пищи и т.д.)

Задача №63

В приемное отделение машиной скорой помощи доставлен мужчина 52 лет с жалобами на боль за грудиной, усиливающуюся при глотании и запрокидывании головы назад, дисфагию, жажду, сухость во рту. Из анамнеза известно, что он проглотил мясную кость, которая была с техническими трудностями удалена при эзофагоскопии в амбулаторных условиях. Больной был отпущен домой, где состояние его ухудшилось и он вызвал скорую помощь.

При осмотре состояние больного тяжелое, отмечается бледность кожного покрова с цианотическим оттенком, одышка до 30 в минуту, холодный пот, тахикардия до 120 ударов в минуту, повышение температуры тела до 38 градусов, определяется крепитация в области шеи и верхней половине груди.

1. Ваш диагноз?
2. Какое осложнение возникло у больного?
3. Какие методы диагностики могут быть использованы для уточнения диагноза?

4. 4.Какова тактика лечения больного в стационаре?
5. Оцените тактику, предпринятую при лечении больного в амбулаторных условиях.
6. Виды оперативных доступов.

100.Медиастинит.

Ответы к ситуационной задаче по хирургии

1. Перфорация шейного отдела пищевода инородным телом (рыбья кость). Глубокая флегмона шеи. Гнойный медиастинит.
2. Ультразвуковое исследование тканей шеи, средостения; рентгенография грудной клетки, эзофагоскопия, компьютерная томография, спиральная КТ, пункция плевры и средостения.
3. Шейная боковая и трандиафрагмальная медиастинотомия, дренирование средостения, гастростомия, мощная детоксикация, массивная антибактериальная терапия, лечение полиорганных нарушений, иммунотерапия, исключение питания через рот.
4. При технических трудностях во время эзофагоскопии, подозрении на флегмону пищевода, перфорацию его инородным телом необходима госпитализация больного, динамическое наблюдение, при необходимости – дополнительное обследование.
5. Оперативные доступы к средостению: надгрудинный предплевральный по Разумовскому, шейная боковая медиастинотомия, внеплевральная задняя медиастинотомия по Насилову, парастеральный доступ по Маделунгу, нижняя трансабдоминальная медиастинотомия по Савиных, торакотомный чрезплевральный доступ. Наиболее эффективный метод дренирования средостения – проточно-промывная система по Н.Н. Каншину и М.М. Абакумову

ЗАДАЧА №64

Мужчину 57 лет беспокоят боли в левой икроножной мышце, зябкость стопы, быстрая утомляемость. Боль появляется после прохождения 60 - 70 метров. Длительность заболевания около 6 месяцев. При осмотре дистальные отделы левой ноги бледнее чем справа, холодные на ощупь, мышцы при пальпации болезненные. Пульс удается определить только на бедренной артерии в паховой области, он ослаблен. Над ней выслушивается систолический шум. Пульсация магистральных артерий правой ноги сохранена на всех уровнях, но несколько ослаблена.

1. Ваш диагноз?
2. Клиническая классификация этого заболевания?
3. Патогенез развития этого заболевания?
4. План обследования пациента?
5. С какими заболеваниями следует дифференцировать эту патологию?
6. Принципы лечения заболевания в зависимости от стадии процесса?

ЗАДАЧА №65

Фельдшер ФАП вызван к больному 40 лет, который жалуется на боли в прямой кишке и левой ягодице, повышение температуры тела. Болен 3 дня с появления многократного жидкого стула, 2 дня назад появились боли в прямой кишке, левой ягодице, опухолевидное образование, повышение температуры до 38° С. При осмотре перианально

слева в толще ягодицы расположено опухолевидное образование диаметром 5 см. Кожа над ним гиперемирована, при пальпации определяются болезненность и флюктуация. Региональные паховые лимфатические узлы не пальпируются.

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные методы исследования.
3. Определите тактику ведения данного пациента и составьте программу лечения.

ЗАДАЧА №66

Больной М., 59 лет в гинекологическом отделении произведена операция: ампутация матки. На 8-е сутки появился прогрессивно нарастающий отек всей левой нижней конечности. При осмотре на ней выявлены бледно-синюшного цвета пятна, кожа напряжена. Окружность левого бедра и голени на уровне средних третей их больше окружности правого бедра и голени на 8 и 6 см соответственно. Пальцы левой стопы теплые, активные движения в их суставах сохранены. Пульс на тыльной артерии левой стопы определяется, ослабленный. Температура тела 36,7–36,9° С.

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
 2. Назовите необходимые дополнительные методы исследования.
 3. Определите тактику ведения данного пациента и составьте программу лечения
- определить диагноз.

ЗАДАЧА №67

В ФАП обратился мужчина 30 лет, военный, курильщик с 20-летним стажем, с жалобами на перемежающуюся хромоту: через 100 метров он вынужден останавливаться из-за болей в икроножных мышцах. Считает себя больным полгода, когда появилась перемежающаяся хромота через 400м. Месяц назад появились боли в 1 пальце правой стопы, затем на пальце появилась глубокая некротическая язва. Голени больного имеют мраморную окраску. Дистальные части стоп багрово-синюшного цвета. Ногти сухие и ломкие. Пульс на артериях стопы отсутствует, на подколенных артериях ослаблен.

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
 2. Назовите необходимые дополнительные методы исследования.
 3. Определите тактику ведения данного пациента и составьте программу лечения
- определить диагноз

Ситуационная задача №68

Больной, 38 лет, геолог по профессии, после летнего экспедиционного сезона на фоне хорошего самочувствия случайно обнаружил кровь в кале. К врачам не обращался. Через 2-3 недели после поднятия тяжести отметил резкое ухудшение в самочувствии - стал утомляться, ухудшился аппетит, появились боли в суставах и болезненные синюшно-розовые узлы на обеих голених возвышающиеся над кожей. Участился стул с болезненными тенезмами до 10-15 раз со слизью и кровью. Объективно : бледен, на голених элементы узловатой эритемы. Температура тела 37,8 С. Пальпаторно отмечается болезненность по ходу толстой кишки, пальпируется болезненная спазмированная сигма. Симптомы раздражения брюшины отсутствуют. Тоны сердца ритмичные, тахикардия с ЧСС 89 уд/мин. Дыхание везикулярное. Анализ крови : гемоглобин 108 г/л эритроциты 2,5 тромбоциты 200,0 СОЭ 36 мм. Общий белок 70 г/л, альбумины 60% гамма-глобулины 30%. При микроскопии кала обнаружены слизь, лейкоциты, эритроциты, клетки кишечного эпителия. Ректороманоскопия : слизистая прямой кишки отечна, воспалена, гиперемирована, отмечаются гнойно-геморрагические наложения, контактная кровоточивость, эрозии и изъязвления. Ирригоскопия : сглаженность рельефа слизистой, отсутствие гаустраций, множественные язвы.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Наметьте план лечения.
4. Определите трудоспособность и прогноз.

Ответ

1. Язвенный колит впервые выявленный, проктосигмоидит, средне – тяжелая форма, активность II-III. Узловатая эритема. Осложнение: железодефицитная анемия.
2. Дифференцировать в первую очередь необходимо с болезнью Крона
3. Стол 4а, преднизолон 40 мг в день с последующим снижением, сульфасалазин или салазодин по 2 – 4 гр в день, микроклизмы с преднизолоном (20мг) или гидрокортизоном (125мг) дважды в день, при необходимости гидрокортизон внутривенно по 125 мг, препараты железа, лечение дисбактериоза при его подтверждении.
4. В момент обострения – нетрудоспособен, в дальнейшем профессию геолога необходимо сменить. Прогноз сомнителен.

Ситуационная задача № 68.

Больной Ш., 24 лет, поступил в клинику с жалобами на одышку, боли в правой половине грудной клетки, кашель с гнойной мокротой, количество которой доходило до 1 литра в сутки. Заболел 6 месяцев назад, когда появилось общее недомогание, головная боль, боль в правой половине грудной клетки, температура повысилась до 39,20С. Через 5 дней появился кашель с гнойной мокротой, в которой была примесь крови. До поступления получал антибиотикотерапию с переменным успехом. При поступлении: общее состояние тяжелое, кожные покровы с желтоватым оттенком, лицо одутловатое, губы и видимые слизистые цианотичные, ногтевые фаланги по типу «барабанных палочек». При осмотре: правая половина грудной клетки отстает при дыхании, пальпация правой половины грудной клетки болезненна, перкуторный звук на всей поверхности правой половины грудной клетки укорочен; дыхание ослабленное, жесткое, с большим количеством разнокалиберных сухих и влажных хрипов, число дыхательных движений – 40 в минуту.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Дифференциальный диагноз.
3. Составьте план обследования больного.
4. Рентгенография легких: в верхней доле справа определяется интенсивное неомогенное затемнение легочной ткани с четкой нижней границей. На фоне затемнения видна полость с горизонтальным уровнем жидкости.
5. Окончательный клинический диагноз.
6. Основные методы консервативного лечения.
7. Показания и методы оперативного лечения.

Ответы

1. Бронхоэктатическая болезнь IIIA (декомпенсация, с частичнообратимыми изменениями в органах)
2. Туберкулез, хронический абсцесс легкого.
3. Рентген грудной клетки, томография, бронхография, бронхоскопия, посев мокроты и промывных вод бронхов, реакция Манту.
4. Хронический абсцесс правого легкого.
5. Дезинтоксикационная терапия, санация бронхиального дерева, антибиотикотерапия, коррекция водно-электролитных нарушений и белкового обмена, нарушений ДС и ССС, повышение иммунологической резистентности организма. Оксигенотерапия.
6. Наличие абсцесса. Методы: лоб-, билоб- или пульмонэктомия.

Ситуационная задача № 69

Больная Н., 55 лет, поступила в хирургическое отделение с жалобами на слабость, головокружение. 6 часов назад была рвота темной кровью, стула не было. Из анамнеза известно, что 3 года назад был поставлен диагноз крупноузловой цирроза печени. При осмотре: Общее состояние средней тяжести. Кожные покровы субиктеричные, под кожей передней брюшной стенки определяются расширенные извитые вены. На коже бедер, груди – множественные сосудистые звездочки. Пониженное питание. Пульс 90 в мин. АД 110/60 мм рт. ст. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги, уплотнена. Перкуторно селезенка 15x10 см. Per rectum: ампула прямой кишки заполнена плотными каловыми массами коричневого цвета. Общ. анализ крови: эритро.

2,7x10¹², Hb 88 г/л, Ht 0,29. Фиброгастроуденоскопия: быстрое накопление темной крови в дистальном отделе пищевода. Ультразвуковое исследование: структура печени перестроена, свободной жидкости в брюшной полости нет. Биохимический анализ крови: билирубин общ. 38 мкмоль/л, прямой 12,2 мкмоль/л, непрямой 25,8 мкмоль/л, общ. белок 62 г/л (альбумин 55%, глобулины 45%).

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз с указанием степени тяжести кровопотери.

2. Назовите наиболее частые причины крупноузлового цирроза печени.

3. К какой клинической группе по Child следует отнести эту больную?

4. Нуждается ли больная в экстренном проведении дополнительных методов исследования? Каких?

5. Тактика ведения больной?

6. Методика постановки зонда Сенгстакена-Блэкмора.

7. Насколько целесообразно включение в комплексный консервативный вазопрессин?

8. Целесообразно ли проведение методов эндоскопического гемостаза? Каких?

9. Если больной показано оперативное лечение, то в каком порядке оно должно быть выполнено (экстренном, срочном, отсроченном, плановом)?

10. Определите рациональный объем оперативного пособия.

Ответы

1. Цирроз печени. Синдром портальной гипертензии. Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода. Кровопотеря II степени. (I)

2. Вирусный, алкогольный, токсический (соли металлов, яды грибов, aflatoxin, промышленные яды)

3. Нет

4. Зонд Блекмора, питуитрин 20ЕД в 200мл 5% глюкозы.

5. Вызывает сужение артериол, приносящих кровь к непарным органам брюшной полости, отсюда уменьшается отток.

6. Да. Склеротерапия, лигирование, диатермия.

7. Если не остановится, то в экстренном.

8. Операция Таннера (отсекают пищевод, затем пришивают назад), перевязка вен, транссекция аппаратом ПКС.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №70

Больной К., 32 лет, поступил в хирургический стационар (через 6 дней с момента травмы) с жалобами на боли в правой половине грудной клетки, усиливающиеся при глубоком вдохе, кашель с освобождением гнойной мокроты, высокую температуру тела, головокружение. Шесть суток назад был избит, били железным прутом. Последующее время особого внимания на состояние здоровья не обращал, поскольку пребывал в состоянии алкогольного опьянения. За медицинской помощью обратился в связи с резким ухудшением самочувствия.

Из анамнеза выяснено, что 3 года назад состоял на учёте по поводу туберкулёза лёгких. В настоящее время постоянного места жительства не имеет, не работает.

При поступлении в стационар состояние больного средней тяжести. Правильного телосложения, пониженного питания. Кожный покров бледный, влажный. Кожные покровы правой половины груди осаднены по задне-боковой поверхности. Пальпаторно определяются болезненность, крепитация подкожной клетчатки локально в области осаднения. При дыхательных экскурсиях ощущается крепитация при пальпации 6, 7, 8 рёбер по лопаточной и задне-аксиллярной линиям. Справа - дыхание резко ослаблено, перкуторно коробочный звук. Слева дыхание проводится во все отделы, влажные бронхиальные хрипы. ЧСС-110 в мин., АД-100 и 60 мм рт.ст. Других видимых повреждений не обнаружено.

При осмотре больной неадекватен, возбуждён, отмечается тремор пальцев рук. Проба на алкоголь в выдыхаемом воздухе положительная. В гемограмме гемоглобин - 96 г/л, лейкоциты-16 Г/л, нейтрофильный сдвиг лейкоцитарной формулы влево, токсическая зернистость нейтрофилов (++), СОЭ-42 мм/ч.

При поисковой пункции плевральной полости - справа получен воздух и гноевидный экссудат. В ближайший час в ходе обследования у больного развилось резко выраженное психомоторное возбуждение, фиксирован к кровати.

Данные дополнительного обследования:

- **ЭКГ**: синусовая тахикардия 120 в мин, единичные экстрасистолы. Горизонтальное положение ЭОС. ЭКГ признаки гипоксии миокарда.

- **УЗИ** брюшной полости: свободной жидкости в брюшной полости и признаков повреждения паренхиматозных органов не обнаружено.

- **R-графия лёгких**. На R-граммах лёгких в двух проекциях (прямой, правый боковой) определяется: слева - в проекции С₁ и С₂ три очаговые тени с чёткими границами до 2,5 см в диаметре. Справа - лёгкое коллабировано до 1/2 объёма, имеются два горизонтальных уровня жидкости, на уровне 6 ребра по задним отрезкам рёбер и на уровне 4 ребра по передним. В мягких тканях грудной стенки справа воздух. По лопаточной линии определяется перелом 6 ребра, по задне-подмышечной и средне-подмышечной линиям соответственно 7 и 8 рёбер. Тень средостения смещена влево.

1. Каков Ваш диагноз (основной, осложнения, сопутствующий)?
2. Какие патологические синдромы можно выделить в течении патологии?
3. Какова тактика лечения больного (конкретно о Ваших действиях)?
4. Составьте программу лечения (посиндромно).
5. Какие клинические признаки прямо свидетельствуют о повреждении легочной ткани при закрытой травме грудной клетки?
6. Какой вид пневмоторакса имеется в данном случае?
7. Какой вид дренирования плевральной полости показан при данной патологии?
8. Какой метод первичной санации плевральной полости перед ее дренированием наиболее целесообразен?
9. Характер преобладающей микрофлоры в плевральной полости (предположительно)?
10. Какие септические осложнения развившейся патологии возможны в данном наблюдении?

Задача 71

У женщины 42 лет при профилактическом осмотре в правой молочной железе обнаружено плотное образование, безболезненное, с нечеткими контурами, диаметром около 4-х см. Определяется втяжение кожи над образованием.

Вопросы:

1. О каком заболевании следует прежде всего думать?
2. Как называется «кожный» симптом, выявленный у больной?
3. Какое исследование позволит цитологически подтвердить диагноз?
4. Что необходимо сделать для более точного определения стадии заболевания?
5. В каких органах наиболее часто выявляются отдаленные метастазы при раке молочной железы? Задача 72.

Женщина 35 лет. Около 2-х месяцев назад в левой молочной железе обнаружила уплотнение размерами 2,5 см. Подвижное, с кожей не связанное. В середине менструального цикла и перед менструацией появляется боль в молочных железах. Лимфатические узлы не увеличены.

Вопросы:

1. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
2. Проведение маммограммы у больной позволит ли полностью исключить злокачественную опухоль?
3. Какое лечение следует назначить больной – консервативное или оперативное?
4. Какой объем оперативного вмешательства показан больной?
5. В каких случаях допустимо проведением резекции квадранта молочной железы при раке? Задача 73. У женщины 60 лет выявлена опухоль левой молочной железы размерами до 4 см в диаметре, увеличенные лимфатические узлы в подмышечной области (плотные, малоподвижные). При цитологическом исследовании (при пункции опухоли) – обнаружены злокачественные клетки.

Вопросы:

1. Укажите стадию заболевания по отечественной классификации?
2. Укажите стадию заболевания по международной классификации?
3. Какие исследования следует назначить для выявления отдаленных метастазов?
4. Какой основной метод лечения показан больной – оперативный, гормональный, химиотерапия, лучевая терапия?
5. Допустимо ли проведение органосохраняющей операции у этой больной?

Задача 74.

Женщина 72 лет, страдающая циррозом печени с наличием асцита, жалуется на постоянные кровотечения из прямой кишки в момент акта дефекации. Гемоглобин крови 92 г/л. При осмотре прямой кишки с помощью ректальных зеркал обнаружено три внутренних геморроидальных узла. Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. С каким заболеванием следует проводить дифференциальный диагноз?
3. Какое лечение показано больному?
4. Что лежит в основе данной патологии?
5. Как оценить данные осмотра прямой кишки ректальным зеркалом?

Задача 75.

У мужчины 50 лет при пальцевом исследовании прямой кишки обнаружено плотное бугристое подвижное образование, расположенное на высоте 5 см от заднего прохода, с выделением незначительного количества крови. При гистологическом исследовании – аденокарцинома. Отдаленных метастазов не выявлено.

- Вопросы:
1. Какие дополнительные методы исследования необходимы?
 2. В каком объеме должно быть выполнено радикальное лечение?
 3. Следует ли проводить больному предоперационную лучевую терапию?
 4. Больному показана временная или постоянная колостома?
 5. Проводят ли в послеоперационном периоде лучевую терапию?

Задача 76.

У больного 52 лет, поступившего в стационар с картиной острой кишечной непроходимости на 4 сутки от начала заболевания, во время операции обнаружена опухоль ректосигмоидного отдела, полностью обтурирующая просвет кишки. При ревизии органов брюшной полости установлено, что опухоль подвижна, отдаленных метастазов не обнаружено.

Вопросы:

1. Какую операцию необходимо выполнить больному?

2. Какой метод исследования позволяет определить наличие кишечной непроходимости?
3. Поражение какого отдела толстой кишки чаще осложняется кишечной непроходимостью?
4. Как проводить декомпрессию кишки у данного больного?
5. Операцию следует провести одномоментно или поэтапно?

Задача 77.

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 – сглаженность печеночной тупости.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. В чем основное сходство и основное отличие между клиническими проявлениями в представленной ситуации и наблюдаемыми при почечной и печеночной коликах, остром панкреатите, инфаркте миокарда, тромбозе и эмболии сосудов брыжейки, базальной пневмонии и спонтанном пневмотораксе?
3. В чем сходство и различие между перфорацией опухоли и перфорацией язвы?
4. Имеются ли различия в клинических проявлениях при перфорации дуоденальной язвы и язвы желудка?
5. Чем объясняются нередко возникающие ошибки в диагностике перфорации гастродуоденальной язвы и острого аппендицита?

Задача 78.

У пациентки в гинекологическом отделении на 3-е сутки после операции ампутации матки появилась локальная гиперемия и болезненность при пальпации в средней трети левого бедра по медиальной поверхности. Болезненность отмечается и по медиальной поверхности голени. Температура тела 38,00С. Отека конечности нет. Пульсация на периферических сосудах сохранена.

Вопросы:

1. Какой диагноз у больной?
2. Какие симптомы позволяют установить данный диагноз?
3. Какое исследование подтверждает диагноз?
4. Какова профилактика данного заболевания?
5. Какова тактика лечения данного заболевания?

Задача 79

Женщина 58 лет. В течение 15 лет периодически после приема жирной пищи отмечает сильные боли в правом подреберье с последующим повышением температуры, тошнотой, рвотой. В последние 3 года стала отмечать желтуху, кожный зуд, длительный субфебрилитет, осталгии, артралгии. Печень на 4 см выступает из подреберья, болезненная, уплотнена, край закруглен. Селезенка не увеличена. Желчный пузырь не пальпируется. Анализ крови: лейкоциты – $9,5 \times 10^9$ /л, СОЭ – 36 мм/час. Связанный билирубин – 88 мкмоль/л, свободный - 30 мкмоль/л. АСТ – 160 мкмоль/л, АЛТ – 178 мкмоль/л, ЩФ – 204 мкмоль/л, протромбин – 52%, холестерин – 8,7 ммоль/л. При УЗИ – камень в расширенном гепатикохоledохе.

Вопросы:

1. Какой ведущий синдром имеется у больной?

2. Форма желтухи?
3. Как объяснить гиперферментэмию?
4. Что является причиной заболевания?
5. Ваш диагноз? Лечение?

Задача 80

В кардиохирургическом отделении проводится подготовка больного 28 лет к митральной комиссуротомии по поводу ревматического митрального порока сердца с преобладанием стеноза с наличием мерцательной аритмии. На фоне относительно удовлетворительного общего состояния больного внезапно появились резчайшие боли в левой поясничной области локализованного характера. Поведение больного беспокойное, мечется в постели, неоднократно наблюдалась рвота, отмечено вздутие живота. После инъекции 2 мл 2% промедола и 2 мл димедрола болевой синдром удалось купировать, несколько повысилось артериальное давление до 150/90 мм рт. ст. (исходное: 125/85 мм рт. ст.), через 3 часа наблюдения за больным отмечена макрогематурия. При обзорной рентгенографии брюшной полости теней конкрементов в проекции левой почки и мочевыводящих путей не обнаружено.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Методы обследования?
3. Лечебная тактика?
4. Что необходимо предпринять для предупреждения вазоренальной гипертензии?

Задача 81

Больной Р., 88 лет, поступил с клиникой перитонита через неделю от начала заболевания и экстренно оперирован. На операции во всех отделах брюшной полости гнойный выпот с примесью толстокишечного содержимого. На париетальной и висцеральной брюшине во всех отделах грубые массивные наложения фибрина. Тонкая кишка раздута до 3-4 диаметров. В средней трети сигмовидной кишки плотная бугристая опухоль, прорастающая все слои стенки кишки с перфорацией в центре до 1 см в диаметре. В обеих долях печени множественные метастазы.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какое лечение показано больному, учитывая стадию заболевания и осложнение (радикальное или паллиативное)?
3. Оптимальный объем оперативного вмешательства
4. Какие меры профилактики пареза кишечника следует предпринять на операции?
5. Какую тактику дальнейшего ведения больного следует предпринять, учитывая сроки, характер и распространенность перитонита?

Задача 82

У больного 50 лет после перенесенного гриппа, в течение 4-х недель держится субфебрильная температура. Больной отмечает сухой кашель, слабость, одышку. Справа в нижнем отделе легкого выслушивается ослабленное дыхание. СОЭ - 55 мм/ч. В мокроте много эритроцитов. Рентгенологически в нижней доле правого легкого определяется неравномерной интенсивности затемнение без четких границ. На боковом снимке определяется ателектаз VI сегмента. При бронхоскопии было выявлено значительное сужение нижнедолевого бронха и изъеденность его контуров, отсутствие бронха VI сегмента.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какие необходимы дополнительные методы обследования?
3. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз.
4. Тактика лечения больного?
5. Какие бронхи можно осмотреть при бронхоскопии?

Задача 83.

Больной 60 лет обратился с жалобами на боли в левой половине груди, сухой кашель, одышку. Мокрота отделяется с трудом, скудная. Иногда отмечает прожилки крови в мокроте. Болен 3 месяца. За это время нарастает слабость, похудание. Температура не была повышенной. В легких везикулярное дыхание, несколько жестче слева в нижних отделах. При рентгенологическом исследовании определяется интенсивная тень треугольной формы, соответствующая нижней доле левого легкого.

Вопросы:

1. О каком заболевании следует думать?
2. Какой план обследования?
3. Что могут доказать дополнительные исследования?
4. Что такое опухоль Панкоста?
5. При какой форме рака легкого встречаются аталектазы легкого?

Задача 84

Больной 48 лет, курильщик, обратился к врачу с жалобами на боли в левой половине грудной клетки, сухой кашель, одышку при физической нагрузке. Считает себя больным 4 месяца. Перкуторно определяется притупление, а аускультативно - ослабленное дыхание в задне-нижних отделах грудной клетки слева. На прямой и боковой рентгенограммах грудной клетки выявлено: слева с периферических отделов 6, 10 сегментов нижней доли имеется участок затемнения округлой формы с неровными, тяжистыми контурами, связанный "дорожкой" с корнем легкого. В левой плевральной полости определяется жидкость до VI ребра. При плевральной пункции получено 300,0 геморрагического прозрачного экссудата.

Вопросы:

1. О каком заболевании можно думать?
2. Что необходимо для уточнения диагноза?
3. Какое лечение показано больному?
4. Какой рак чаще встречается при гистологическом исследовании?
5. Что такое периферический рак легкого?

Задача 85

У больного 73 лет, предъявляющий жалобы на нарастающее похудание, одышку, мучительный кашель с прожилками крови, при бронхоскопии обнаружено концентрическое сужение левого главного бронха до 0,4 см, слизистая гиперемирована, бугристая, легко кровоточит, взята биопсия. Левая стенка трахеи в дистальном отделе ригидна, смещаемость бифуркации трахеи плохая. На рентгенограмме грудной клетки определяется аталектаз верхней доли левого легкого.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести?
3. Какое лечение показано больному?
4. Перечислите формы периферического рака?
5. Перечислите этиологические факторы, обуславливающие развитие рака легкого?

Задача 86

Больной, 58 лет, предъявляет жалобы на появившуюся слабость в правой руке, боли в правом плечевом суставе. При осмотре выявлен правосторонний птоз, а также атрофия мышц дистальных отделов правой руки. При рентгенографии определяется затемнение в области верхушки правого легкого, узурация I и II ребер.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести?
3. Ваш план лечения?
4. Какие морфологические виды рака легкого различают по данным ВОЗ?

5. Что отнесено к 1У стадии рака легкого?

Задача 87

У больной 47 лет при пальцевом исследовании прямой кишки на расстоянии 7 см. от ануса, на задней стенке обнаружено плотное образование размером около 6 см. в диаметре с плотными краями и изъязвлением в центре. На пальце следы крови и кровянисто-гнойных выделений.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какими специальными методами исследования Вы Подтвердите диагноз?
3. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?
4. Ваш план лечения?
5. Методика пальцевого исследования прямой кишки?

Задача 88 У больной 50 лет левая молочная железа резко увеличена в объеме. Над опухолевым инфильтратом размерами 12 x 10 x 10 см, который определяется на границе верхних квадрантов, имеют место покраснение кожи и болезненность. Сосок деформирован и втянут. В подмышечной области пальпируется одиночный плотный округлой формы узел размером около 2,0 см в диаметре.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз?
2. Перечислите особые клинические формы рака молочных желез?
3. Какие специальные методы исследования могут уточнить диагноз?
4. Принципы ранней диагностики заболеваний молочных желез?
5. Какое лечение показано больной?

Задача 89

У больной 40 лет правая молочная железа инфильтрирована, отечна, резко уплотнена и увеличена в объеме. Кожа её покрыта красными пятнами с неровными языкообразными краями и местным повышением температуры. Сосок втянут, деформирован. В правой подмышечной впадине определяется одиночный плотный округлой формы узел размером 1,5 см в диаметре.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Перечислите особые клинические формы рака молочных желез?
3. Какие специальные методы исследования могут уточнить диагноз?
4. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать?
5. План лечения?

Задача 90

У больной 38 лет три месяца назад появилось мокнутие соска и ореолы правой молочной железы. Затем отдельные участки ореолы и соска стали изъязвляться и покрываться корочками. При осмотре установлено, что эти участки напоминают экзему. В правой подмышечной впадине пальпируются два плотных округлой формы подвижных лимфатических узла размером 0,7 см в диаметре.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать?
3. Какие специальные методы исследования могут уточнить диагноз?
4. Что такое симптом Краузе?
5. План лечения?

Задача 91

При обследовании больной 45 лет врач поликлиники выявил у неё в правой молочной железе плотное размером около 3,0 см в диаметре округлое образование, которое не было связано с подлежащими тканями кожей. Исследование пунктата этого образования не прояснило диагноза.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Перечислите доброкачественные образования молочной железы?
3. Какие специальные методы исследования могут уточнить диагноз?
4. Перечислите предрасполагающие факторы развития опухолей молочных желез?
5. Рекомендованное лечение?

Задача 92

У больной 30 лет в толще молочной железы пальпаторно определяется округлое шаровидной формы упруго эластической консистенции образование размером до 5,0 см в диаметре. Симптом Кенига положительный. Симптом умбиликации и Прибрама отрицательный.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать?
3. Какие специальные методы исследования могут уточнить диагноз?
4. Перечислите пороки развития молочных желез?
5. План лечения?

Задача 93

Больная 65 лет, страдающая гипертонической болезнью и мерцательной аритмией. Осматривается врачом СМП через 4 часа от начала заболевания. Жалобы на внезапно возникшую резкую боль в животе, постепенного характера, без четкой локализации. Больная громко стонет, мечется, принимает колено – локтевое положение. В момент осмотра наблюдается многократная рвота с каловым запахом. Полчаса назад был водянистый стул с небольшой примесью крови. Состояние тяжелое, лицо бледное, покрыто холодным потом. Пульс 112 уд в мин., аритмичный. АД 160/90 мм рт.ст. Температура тела – 36,7. Язык сухой. Живот участвует в акте дыхания, не вздут, мягкий, резко болезненный во всех отделах. Боль при пальпации не усиливается. Перкуторно участки тимпанита чередуются с участками притупления. Аускультативно – перистальтические шумы не выслушиваются. При ректальном исследовании – патологии нет.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какие методы исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
3. Как оценить рвоту с каловым характером?
4. Вероятная причина болей в животе?
5. Ваша тактика?

Задача 94

Мужчина 65 лет госпитализирован в отделение неотложной хирургии с жалобами на слабость, тошноту, однократную рвоту, задержку стула и газов в течение 2-х дней. За последнее время отмечает повышенную утомляемость, чередование поносов и запоров, снижение массы тела на 10 кг в течение 6 месяцев. При осмотре - живот вздут, мягкий, умеренно болезненный при пальпации в левом мезогастрии, где нечетко пальпируется опухолевидное образование диаметром 8 см. Консервативная терапия в течение 2-х часов – без эффекта, пациент взят в операционную. При ревизии - в нисходящей ободочной кишке определяется опухоль 8 см, не прорастающая серозу, циркулярно суживающая просвет кишки. проксимальнее опухоли кишечник раздут до 7 см, дистальнее петли спавшиеся.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Стадия по TNM?
3. Какое оперативное лечение будет оптимальным в данном случае?

4. Назовите пути отдаленного метастазирования для данной локализации онкологического процесса?
5. Какой специалист будет в последующем наблюдать пациента по месту жительства?

Задача 95

У пациента при подготовке к плановому оперативному лечению по поводу рака восходящей ободочной кишки отмечено повышение температуры тела до 38-39 С, ознобы, ухудшение самочувствия. На фоне антибактериальной терапии состояние улучшилось, гипертермия не повторялась. На операции выявлена опухоль восходящей ободочной кишки с перифокальным абсцессом.

Вопросы:

1. Какой объем оперативного вмешательства показан пациенту в данном случае?
2. Какие сосуды необходимо лигировать?
3. Перечислите наиболее частые осложнения рака толстой кишки?
4. Назовите важные принципы хирургического лечения рака толстой кишки?
5. Назовите пути отдаленного метастазирования для данной локализации опухоли?

Задача 96

Женщина 70 лет госпитализирована в стационар в тяжелом состоянии, с жалобами на слабость, тошноту, многократную рвоту кишечным содержимым. Пациентка отмечает похудание на 10 кг за 6 мес. При осмотре: живот равномерно вздут, мягкий, болезненный при пальпации во всех отделах. В правом мезогастри определяется опухолевидное образование размерами до 10 см., не смещаемое, без четких границ, симптом Склярова положительный. В анализах: гемоглобин 98 г/л, лейкоцитоз до $14,0 \cdot 10^9/\text{л}$ со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, билирубин 18 ммоль/л, амилаза 70 ед/л. При рентгенографии органов брюшной полости – множественные тонкокишечные арки.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Дальнейшая тактика?
3. При выявлении на операции опухолевого процесса в слепой или восходящей ободочной кишке – какой объем оперативного вмешательства необходим?
4. Назовите важные принципы хирургического лечения рака толстой кишки?
5. Назовите пути отдаленного метастазирования для данной локализации онкологического процесса?

Задача 97

Мужчина 80 лет госпитализирован в отделение неотложной хирургии с жалобами на слабость, тошноту, однократную рвоту, задержку стула и газов в течение 3-х дней, повышение температуры до 38-39 С. За последнее время отмечает повышенную утомляемость, чередование поносов и запоров, снижение массы тела на 10 кг в течение 6 месяцев. При осмотре - живот вздут, мягкий, умеренно болезненный при пальпации в левой подвздошной области, где нечетко пальпируется опухолевидное образование диаметром 8 см, симптом Склярова положительный, симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. В анализах: гемоглобин 98 г/л, лейкоцитоз до $14,0 \cdot 10^9/\text{л}$ со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, билирубин 18 ммоль/л, амилаза 70 ед/л. При рентгенографии органов брюшной полости – множественные чаши Клойбера.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Дальнейшая тактика?
3. При выявлении на операции опухолевого процесса в дистальном отделе сигмовидной кишки, с перифокальным воспалением - какой объем оперативного вмешательства необходим?
4. Назовите важные принципы хирургического лечения рака толстой кишки?
5. Назовите пути отдаленного метастазирования для данной локализации онкологического процесса?

Задача 98

Больной 49 лет два года назад перенес острую очаговую пневмонию верхней доли левого легкого. После выписки из стационара больного беспокоил постоянный кашель, который часто обострялся, особенно после переохлаждения. В периоды обострения резко ухудшалось самочувствие, температура тела повышалась до 38 — 39°, выделялась гнойная мокрота с неприятным запахом, появилась одышка. За указанный срок у больного дважды наблюдалось легочное кровотечение. При аускультации в области верхней доли левого легкого на фоне жесткого дыхания прослушиваются рассеянные сухие и влажные хрипы. Рентгенологически в области язычковых сегментов определяется затемнение с линейными тяжистыми тенями. При бронхографии бронхи этих сегментов значительно деформированы.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Ваш план диагностических мероприятий?
3. Ваш план лечебных консервативных мероприятий?
4. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?
5. Возможные пути хирургического лечения?

Задача 99

У больной 45 лет температура тела внезапно поднялась до 39°, резко ухудшилось общее самочувствие, появились потрясающие ознобы, обильная потливость, одышка, резкие колющие боли в груди справа при глубоком, отрывистый сухой кашель. При осмотре положение больной в постели вынужденное, полу-сидячее, на правом боку. Частота дыхания — 28 экскурсий в 1 минуту, поверхностное. Пульс - 120 ударов в 1 минуту, удовлетворительного наполнения. При осмотре отмечено отставание при дыхании нижних отделов грудной клетки справа, определяется также асимметрия грудной клетки за счет некоторого увеличения объема нижнебокового отдела правой стороны. Нижние межреберья (8-9-10) справа расширены и сглажены. Голосовое дрожание в этой области не проводится, при перкуссии — резкое притупление звука с верхней границей по линии Элис-Дамуазо. Дыхательные шумы в этом месте резко ослаблены.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какие исследования надо выполнить для уточнения диагноза?
3. Ваш план лечения и его обоснование?
4. Показания к консервативному лечению?
5. Ваш прогноз заболевания?

Задача 100

У больного 40 лет после кратковременного недомогания внезапно появились боли в груди справа, озноб, обильный пот. Одновременно появился кашель со скудным отделением мокроты слизистого характера с примесью крови. В стационаре, куда был госпитализирован больной, рентгенологически выявили воспалительный инфильтрат в нижней доле правого легкого. В области 7-го межреберья по лопаточной линии определяется положительный симптом Крюкова. На седьмые сутки от начала заболевания при кашле стала обильно отделяться гнойная, зловонная мокрота с примесью крови. Повторное рентгенологическое обследование выявило в области нижней доли правого легкого большую полость.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить больному?
3. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?
4. Что означает симптом Крюкова?
5. Ваш план лечения?

Задача 101

У больного 56 лет, госпитализированного в стационар по поводу острого абсцесса средней доли правого легкого, несмотря на проводимое лечение, течение болезни приняло затяжной характер. Полость размером до 6 см в диаметре, через 3 месяца после ее появления, не уменьшилась в размерах. Общее состояние больного стало ухудшаться. Появился землистый цвет кожи, одутловатость лица, отеки нижних конечностей. Температура тела остается высокой и носит гектический характер.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Ваш план диагностических мероприятий?
3. Показано ли хирургическое лечение и от чего зависит его выбор?
4. Ваш план лечения?
5. Какие мероприятия профилактики заболевания?

Задача 102

У больного 57 лет температура тела внезапно повысилась до 39°, появились потрясающие ознобы, одышка, акро- цианоз, резкие колющие боли в левой половине грудной клетки, сухой отрывистый кашель. На третьи сутки кашель резко усилился, через некоторое время в левом боку внезапно возникла острая боль, усилилась одышка. В стационар больной был доставлен скорой помощью в крайне тяжелом состоянии. Кожные покровы синюшны, покрыты липким холодным потом. Пульс — 120 ударов в 1 минуту, нитевидный. Артериальное давление — 70/50 мм рт. ст. Дыхание поверхностное; ЧДД 40 дыханий в 1 минуту. Рентгенологически определяется коллапс левого легкого, а в левой плевральной полости — жидкость и газ.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Клинические проявления какого заболевания предшествовали настоящему состоянию больного?
3. Какие срочные лечебные мероприятия надо провести, чтобы вывести больного из тяжелейшего состояния?
4. Показания и методика проведения плевральной пункции?
5. Опишите лечение бронхиальных свищей?

Задача 103

Больной Н., 19 лет, поступил с жалобами на интенсивные боли в правой половине грудной клетки, возникшие остро после сильного приступа кашля, затруднение дыхания. При осмотре отмечается одышка до 28 в минуту, межреберные промежутки справа расширены, пальпаторно определяется подкожная эмфизема, перкуторно справа коробочный звук, аускультативно дыхание справа резко ослаблено.

Вопросы:

1. Ваш диагноз и его обоснование?
2. Какой метод исследования может уточнить его?
3. Наиболее частая причина данного заболевания?
4. Какова тактика лечения?
5. Перечислите возможные осложнения данного заболевания?

Задача 104

Больной К., 22 лет, Доставлен бригадой скорой помощи в тяжелом состоянии, через 40 минут от момента получения ранения острым предметом в левую половину грудной клетки. АД 90/60, пульс 110 в минуту, кожа бледная, частота дыхания 22 в минуту, тоны сердца приглушены. На рентгенограмме грудной клетки данных за гидро- и пневмоторакс не выявлено, тень сердца несколько расширена, сердечная талия сглажена. Нб-105г/л. Местный статус: в 5-ом межреберьи по средней ключичной линии слева имеется колотая рана 0,6х 0,2 см без активного кровотечения.

Вопросы:

1. Какова основная опасность ранения данной локализации?

2. Ваш диагноз и его обоснование?
3. Какие еще диагностические мероприятия необходимо выполнить для уточнения диагноза?
4. Ваша лечебная тактика?
5. Следует ли начать лечебно-диагностические мероприятия с первичной хирургической обработки раны и ревизии раневого канала и почему?

Задача 105

Больной 40 лет, поступил с жалобами на боли в области раны правой половины грудной клетки через 1 час от момента получения ранения. Состояние средней тяжести, АД-100/70 мм рт. ст., пульс 100 в минуту. При обследовании грудной клетки перкуторно и аускультативно патологии не выявлено. Живот не вздут, напряженный и болезненный в правом подреберье. При рентгенографии грудной клетки определяется гемоторакс в пределах плеврального синуса. НЬ-102г/л. Местный статус: в 8-ом межреберье по передней подмышечной линии справа имеется колото-резанная рана, 1,2х0,5 см, с незначительным кровотечением из краев раны.

Вопросы:

1. Определите вид гемоторакса
2. Какие действия в отношении гемоторакса необходимо предпринять в данном случае?
3. Какие еще инструментальные исследования необходимо выполнить при данной локализации ранения?
4. Повреждение каких органов можно предположить, учитывая данные обследования и локализацию ранения?
5. О каком виде ранения может идти речь?

Задача 106

Больной 38 лет, поступил с колото-резанным ранением левой половины грудной клетки через 2 часа от момента ранения. АД-100/60 мм рт.ст., пульс 105 в минуту. Перкуторно укорочение звука в нижних отделах грудной клетки слева, здесь же аускультативно ослабление дыхания. При рентгеноскопии гемоторакс до 5-го ребра. Местный статус: в 4-ом межреберье по средней подмышечной линии, колото-резанная рана размерами 1,0х0,5 см без активного кровотечения.

Вопросы:

1. Ваш диагноз и его обоснование?
2. С чего следует начать лечебно-диагностические мероприятия?
3. Ваши действия в случае получения при плевральной пункции более 600 мл крови?
4. Ваши действия в случае получения при плевральной пункции менее 600 мл крови и положительной пробе Рувиллуа-Грегуара?
5. Методика дренирования плевральной полости?

Задача 107

Больной А., 46 лет, поступил с колото-резанным ранением правой половины грудной клетки через 4 часа от момента ранения. АД-110/70 мм рт.ст., пульс 96 в минуту. Перкуторно укорочение звука в нижних отделах грудной клетки справа, выше коробочный звук, здесь же аускультативно ослабление дыхания. При рентгеноскопии гемо-пневмоторакс справа, легкое коллабировано на ½ объема без смещения средостения. Местный статус: в 5-ом межреберье по средней подмышечной линии справа колото-резанная рана размерами 1,0х0,4 см без активного кровотечения. Больному произведена пункция правой плевральной полости, при этом эвакуировано до 450 мл крови.

Вопросы:

1. Ваш диагноз и его обоснование?
2. Какую пробу необходимо произвести для исключения продолжающегося кровотечения?
3. Какие действия следует произвести при отсутствии продолжающегося кровотечения?
4. Какие действия следует произвести при наличии продолжающегося кровотечения?

5. Какие показания к срочной торакотомии могут быть выявлены у данного больного в случае выбора активно-выжидательной тактики?

Задача 108

У больной 57 лет при проведении лапароскопической операции по поводу острого флегмонозного холецистита выявлен плотный воспалительный инфильтрат в области шейки желчного пузыря и гепато-дуоденальной связки, в котором элементы связки не дифференцируются.

Вопросы:

1. Ваши действия?
2. Каким способом лучше произвести холецистэктомию?
3. Опишите выбранный способ операции?
4. В чем заключается холецистэктомию по Прибраму?

Задача 109

Во время операции по поводу острого флегмонозного холецистита, хирург отметил, что ширина холедоха -15 мм, в нем пальпаторно определяются 2 конкремента. При интраоперационной холангиографии отмечен хороший сброс контрастного вещества в двенадцатиперстную кишку. После удаления желчного пузыря из культи пузырного протока выделилась мутная желчь с хлопьями фибрина.

Вопросы:

1. Как следует расценить имеющиеся изменения в холедохе?
2. Что в связи с этим должен предпринять хирург?
3. Какие факторы определяют выбор метода завершения операции?
4. Операция выбора в данной ситуации?
5. Ведение послеоперационного периода?

Задача 110

На приеме Вы обратили внимание на больного 56 лет, предъявляющего жалобы на тупые ноющие боли в правом плечевом суставе, усиливающиеся при нагрузке, движениях конечности. При осмотре выявлена атрофия мышц правой руки, правосторонний энофтальм и птоз.

Вопросы:

1. Ваше мнение о характере заболевания?
2. Какое исследование необходимо произвести для подтверждения диагноза?
3. Что Вы предполагаете увидеть в результатах этого исследования?
4. Чем обусловлен птоз и энофтальм?
5. Ваша лечебная тактика?

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:

$$ПУЗ = 20 \frac{n}{N} \quad , \quad ПУЗ = 20 \frac{n}{N}$$

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:

$$\frac{B+U3}{B+U3} \frac{B+U3}{B+U3} ,$$

$$ТК = 40$$

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:

$$\frac{ПЗ+РЕФ}{ПЗ+РЕФ} \frac{ПЗ+РЕФ}{ПЗ+РЕФ} ,$$

$$ТР = 30$$

Где $ПЗ$, $РЕФ$ – количество проектных заданий и рефератов по учебному плану,

$пз$, $реф$ – количество проектных заданий и рефератов, которые студент выполнил.

Итоговая аттестация проводится в соответствии с расписанием в экзаменационную сессию.

Результаты аттестации (РА) студента за семестр, рассчитываются по следующей формуле:

$$РА = ПУЗ+ТК+ТР$$

Методические рекомендации к практическим занятиям

Практические занятия – метод репродуктивного обучения, обеспечивающий связь теории и практики, содействующей выработке у студентов умений навыков применения знаний, полученных на лекциях и в ходе самостоятельной деятельности.

Практические занятия проходят по двум направлениям: теоретическому и практическому. Теоретическое направление связано с обсуждением устных сообщений, подготовленных студентами по определенным темам. Практическое направление связано с выполнением лабораторных работ.

Подготовка выступлений проводится по единому плану, данному в теме. Сообщения на занятии могут делать все участники подготовки или отдельные студенты.

Деятельность студентов оценивается по следующим показателям:

1. Качество доклада, его полнота. Содержательность, соответствие приведенному плану, самостоятельность и критичность студенческих оценок, убедительность и грамотность речи докладчика.
2. Качество презентации, ее наглядность, полнота, но в то же время лаконичность.
3. Обоснованность и убедительность ответов на вопросы слушателей.
4. Участие в дискуссии, глубина и содержательность вопросов подгруппам студентов, выполнявших задания по другим электронным пособиям.

На лабораторных учебных занятиях студенты наблюдают и исследуют гигиенические условия занятий физической культурой и спортом, изучают устройство и принцип действия измерительной аппаратуры.

Методические рекомендации по подготовке рефератов

Подготовка и написание работы по дисциплине имеет целью углубить, систематизировать закрепить полученные студентами теоретические знания в области изучаемого предмета, систематизировать навыки применения теоретических знаний. Написание реферата позволяет закрепить приобретаемые студентами умения поиска необходимой информации, быстрого ориентирования в современной классификации источников. Оно инициирует стремление к повышению скорости чтения, выработке адекватного понимания прочитанного, выделение главного и его фиксации – составлению конспекта.

Структурными элементами реферата являются: 1) титульный лист; 2) оглавление; 3) введение; 4) основная часть; 5) заключение; 6) список использованных источников; 7) приложения.

Содержание оглавления включает введение, наименование всех глав, разделов, подразделов, пунктов (если они имеют наименование) и заключение с указанием номеров страниц, с которых начинаются эти элементы реферата.

Введение должно содержать оценку современного состояния решаемой проблемы. Во введении должны быть показаны актуальность темы, цели и задачи, которые будут рассматриваться в реферате, а также методы, которыми воспользовался студент для изучения избранной им проблемы. Во введении должны быть указаны структура работы и литературные источники, используемые автором в работе.

Основную часть реферата следует делить на главы или разделы. Разделы основной части могут делиться на пункты и подразделы. Пункты, при необходимости, могут делиться на подпункты. Каждый пункт должен содержать законченную информацию.

Заключение должно содержать:

- выводы по результатам выполненной работы;
- список использованных источников.

Сведения об источниках приводятся в соответствии с требованиями ГОСТ 7.1. – 2013

Качество реферата оценивается: по его структуре, полноте, новизне, количеству используемых источников, самостоятельности при его написании, степени оригинальности и инновационности предложенных решений, обобщений и выводов, а также уровень доклада (акцентированность, последовательность, убедительность, использование специальной терминологии) учитываются в системе балльно-рейтингового контроля.

Методические рекомендации по организации самостоятельной работы студентов

Самостоятельная работа - планируемая учебная, учебно-исследовательская, научно-исследовательская работа студента, выполняемая во внеаудиторное (аудиторное) время по заданию и при методическом руководстве преподавателя, но без его

непосредственного участия (при частичном непосредственном участии преподавателя, оставляющем ведущую роль за работой студента).

Государственным стандартом предусматривается 50% часов из общей трудоемкости дисциплины на самостоятельную работу студентов (далее СРС).

Формы самостоятельной работы студента разнообразны. Они включают в себя:

- изучение и систематизацию официальных государственных документов - законов, постановлений, указов, нормативно-инструкционных и справочных материалов с использованием информационно-поисковых систем глобальной сети "Интернет";
- изучение учебной, научной и методической литературы, материалов периодических изданий с привлечением электронных средств официальной, статистической, периодической и научной информации;
- подготовку докладов и рефератов, написание курсовых и выпускных квалификационных работ;
- участие в работе студенческих конференций, комплексных научных исследованиях.

Самостоятельная работа приобщает студента к научному творчеству, поиску и решению актуальных современных проблем.

Цели и основные задачи СРС

Целью самостоятельной работы студента является овладение фундаментальными знаниями, профессиональными умениями и навыками деятельности по профилю, опытом творческой, исследовательской деятельности. Самостоятельная работа студента способствует развитию его самостоятельности, ответственности и организованности, творческого подхода к решению проблем учебного и профессионального уровня.

Задачами СРС являются:

- систематизация и закрепление полученных теоретических знаний и практических умений студента;
- углубление и расширение теоретических знаний;
- формирование умений использовать нормативную, правовую, справочную документацию и специальную литературу;
- развитие познавательных способностей и активности студента: творческой инициативы, самостоятельности, ответственности и организованности;
- формирование самостоятельности мышления, способностей к саморазвитию, самосовершенствованию и самореализации;
- развитие исследовательских умений;
- использование материала, собранного и полученного в ходе самостоятельных занятий на семинарах, на практических и лабораторных занятиях, при написании выпускной квалификационной работы, для эффективной подготовки к итоговым зачетам и экзаменам.

Виды самостоятельной работы

В образовательном процессе выделяется два вида самостоятельной работы – аудиторная, под руководством преподавателя, и внеаудиторная.

Аудиторная самостоятельная работа по дисциплине выполняется на учебных занятиях под непосредственным руководством преподавателя и по его заданию.

Внеаудиторная самостоятельная работа выполняется студентом по заданию преподавателя, но без его непосредственного участия.

Основными видами самостоятельной работы студентов без участия преподавателей являются:

- формирование и усвоение содержания конспекта лекций на базе рекомендованной лектором учебной литературы, включая информационные образовательные ресурсы (электронные учебники, электронные библиотеки и др.);
- написание рефератов;

- подготовка к семинарам и лабораторным работам, их оформление;
- составление аннотированного списка статей из соответствующих журналов по отраслям знаний (педагогических, психологических, методических и др.);
- подготовка рецензий на статью, пособие;
- выполнение микроисследований;
- подготовка практических разработок;
- выполнение домашних заданий в виде индивидуальных работ по отдельным разделам содержания дисциплины и т.д.;
- текущий самоконтроль и контроль успеваемости на базе электронных обучающих и аттестующих тестов.

Основными видами самостоятельной работы студента с участием преподавателей являются:

- текущие консультации;
- прием и разбор индивидуальных заданий (в часы практических занятий);
- прием и защита лабораторных работ (во время проведения л/р);
- выполнение учебно-исследовательской работы (руководство, консультирование и защита УИРС).

Организация СРС

Процесс организации самостоятельной работы студентов включает в себя следующие этапы:

- подготовительный (определение целей, составление программы, подготовка методического обеспечения, подготовка оборудования);
- основной (реализация программы, использование приемов поиска информации, усвоения, переработки, применения, передачи знаний, фиксирование результатов, самоорганизация процесса работы);
- заключительный (оценка значимости и анализ результатов, их систематизация, оценка эффективности программы и приемов работы, выводы о направлениях оптимизации труда).

Организацию самостоятельной работы студента обеспечивают: факультет, кафедра, преподаватель, библиотека.

В процессе самостоятельной работы студент приобретает навыки самоорганизации, самоконтроля, самоуправления, саморефлексии и становится активным самостоятельным субъектом учебной деятельности.

Выполняя самостоятельную работу под контролем преподавателя студент должен:

- освоить минимум содержания, выносимый на самостоятельную работу студентов и предложенный преподавателем в соответствии с Федеральными Государственными образовательными стандартами высшего профессионального образования (ФГОС ВПО) по данной дисциплине.
- планировать самостоятельную работу в соответствии с графиком самостоятельной работы, предложенным преподавателем.
- самостоятельную работу студент должен осуществлять в организационных формах, предусмотренных учебным планом и рабочей программой преподавателя.
- выполнять самостоятельную работу и отчитываться по ее результатам в соответствии с графиком представления результатов, видами и сроками отчетности по самостоятельной работе студентов.

Студент может сверх предложенного преподавателем (при обосновании и согласовании с ним) и минимума обязательного содержания, определяемого ФГОС ВПО по данной дисциплине:

- самостоятельно определять уровень (глубину) проработки содержания материала;
- предлагать дополнительные темы и вопросы для самостоятельной проработки;

- в рамках общего графика выполнения самостоятельной работы предлагать обоснованный индивидуальный график выполнения и отчетности по результатам самостоятельной работы;
- предлагать свои варианты организационных форм самостоятельной работы;
- использовать для самостоятельной работы методические пособия, учебные пособия, разработки сверх предложенного преподавателем перечня;
- использовать не только контроль, но и самоконтроль результатов самостоятельной работы в соответствии с методами самоконтроля, предложенными преподавателем или выбранными самостоятельно.

Самостоятельная работа студента планируется студентом самостоятельно. Каждый студент самостоятельно определяет режим своей работы и меру труда, затрачиваемого на овладение учебным содержанием по каждой дисциплине. Он выполняет внеаудиторную работу по личному индивидуальному плану, в зависимости от его подготовки, времени и других условий.

Основной формой самостоятельной работы студента является изучение содержания конспектов лекций, их дополнение материалами рекомендованной литературы, активное участие на практических и семинарских занятиях.

Адекватная самооценка знаний, своих достоинств, недостатков - важная составляющая самоорганизации человека, без нее невозможна успешная работа по управлению своим поведением, деятельностью. Одна из основных особенностей обучения заключается в том, что постоянный внешний контроль заменяется самоконтролем, активная роль в обучении принадлежит уже не столько преподавателю, сколько студенту.

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	10
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	5
Содержание не отражает особенности проблематики избранной темы; содержание работы не полностью соответствует поставленным задачам, источниковая база является фрагментарной и не позволяет качественно решить все поставленные в работе задачи, работа не учитывает новейшие достижения историографии темы, студент показал неуверенное владение материалом, неумение отстаивать собственную позицию и отвечать на вопросы	2
Работа не имеет логичной структуры, содержание работы в основном не соответствует теме, источниковая база исследования является недостаточной для решения поставленных задач, студент показал неуверенное владение материалом, неумение формулировать собственную позицию.	0

Шкала оценивания устного опроса

Критерии оценивания	Баллы
высокая активность на практических занятиях, содержание и изложение материала отличается логичностью и смысловой завершенностью, студент показал владение материалом, умение четко, аргументировано и корректно отвечает на поставленные вопросы, отстаивать собственную точку зрения.	20
участие в работе на практических занятиях, изложение материала носит преимущественно описательный характер, студент показал достаточно уверенное владение материалом, однако недостаточное умение четко, аргументировано и корректно отвечает на поставленные вопросы и отстаивать собственную точку зрения.	15
низкая активность на практических занятиях, студент показал неуверенное владение материалом, неумение отстаивать собственную позицию и отвечать на вопросы.	10
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 количестве не выполнялись, алгоритм оказания медицинской помощи не отработан	0
---	----------

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 по дисциплине

Итоговая оценка по дисциплине выставляется по приведенной ниже шкале. При выставлении итоговой оценки преподавателем учитывается работа обучающегося в течение всего срока освоения дисциплины, а также оценка по промежуточной аттестации.

Баллы, полученные по текущему контролю и промежуточной аттестации	Оценка в традиционной системе	
81-100	«5» (отлично)	«Зачтено»
61-80	«4» (хорошо)	«Зачтено»
41-60	«3» (удовлетворительно)	«Зачтено»
0-40	«2» (неудовлетворительно)	«Незачтено»

