

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«РОССИЙСКИЙ БИОТЕХНОЛОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ (РОСБИОТЕХ)»

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЕ

«ГОСПИТАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ»

Уровень образования:	Специалитет
Специальность	31.05.01 Лечебное дело
Направленность программы	Лечебное дело
Форма обучения	Очная
Срок освоения образовательной программы в соответствии с ФГОС (очная форма)	6 лет
Год начала подготовки	2023
В соответствии с утвержденным УП:	Протокол № 14 от 07.08.2023 г.
шифр и наименование дисциплины	Б1.О.50 Госпитальная хирургия
семестры реализации дисциплины	9, 10, 11 семестры
форма контроля	Зачет в 9 семестре, зачет в 10 семестре, экзамен в 11 семестре

г. Москва 2023 г.

1. Область применения.

Фонд оценочных средств (ФОС) является неотъемлемой частью программы дисциплины при реализации основной профессиональной образовательной программы (ОПОП) высшего образования (ВО) по специальности:

31.05.01 Лечебное дело

Направленность: Лечебное дело

Оценочные фонды разрабатываются для проведения оценки степени соответствия фактических результатов обучения при изучении дисциплины запланированным результатам обучения, соотнесенных с установленными в программе индикаторами достижения компетенций, а также сформированности компетенций, установленных программой специалитета.

Таблица 1
Паспорт фонда оценочных средств

Индекс и содержание компетенции	Индикатор достижения компетенции	Планируемые результаты обучения
ОПК – 4 Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследование пациента с целью установления диагноза	ОПК-4.2 Применяет медицинские изделия в соответствии с порядком оказания медицинской помощи ОПК-4.3 Проводит обследование пациента для установления диагноза	Знать задачи и функциональные обязанности медицинского персонала при использовании медицинских технологий, медицинских изделий, диагностического оборудования при решении профессиональных задач госпитальной хирургии; медицинские показания к использованию дополнительных методов лабораторной и инструментальной диагностики, особенности маршрутизации направлений на консультации к врачам-специалистам смежных специальностей, интерпретацию полученных результатов с учетом действующих клинических рекомендаций и стандартов оказания медицинской помощи в госпитальной хирургии.
		Уметь применять медицинские технологии, медицинские изделия, диагностическое оборудование при решении профессиональных задач госпитальной хирургии; диагностические мероприятия с применением медицинских изделий, с использованием медицинских технологий и инструментальных методов обследования в госпитальной хирургии.
		Практический опыт применения медицинских технологий, медицинских изделий, диагностического оборудования при решении профессиональных задач госпитальной хирургии
ОПК – 7 Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и	ОПК-7.2 Использует современные принципы лечения заболеваний и состояний в профессиональной деятельности	Знать современные методы лечения заболеваний в соответствии с современными клиническими рекомендациями в госпитальной хирургии; методы контроля эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов для лечения с позиции доказательной медицины в госпитальной хирургии.
		Уметь применять лекарственные препараты и изделия медицинского назначения для лечения заболеваний в

безопасности	ОПК-7.3 Осуществляет контроль эффективности и безопасности назначенного лечения	госпитальной хирургии; применять информационные системы для контроля эффективности безопасности лечения с позиций доказательной медицины и современных клинических рекомендаций в госпитальной хирургии. Практический опыт применения лекарственных препаратов и изделий медицинского назначения для лечения заболеваний в госпитальной хирургии.
ПК – 2 Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза	ПК-2.1 Осуществляет сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациента, проведение полного физикального обследования; формирует предварительный диагноз и составляет план обследования ПК-2.2 Проводит дифференциальную диагностику заболеваний внутренних органов от других заболеваний ПК-2.3 Устанавливает диагноз с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ) ПК-2.4 Использует медицинские изделия в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями	Знать план обследования пациента, методику сбора жалоб, анамнеза жизни и заболевания, физикального исследования, методы лабораторных и инструментальных исследований для оценки состояния здоровья, медицинские показания к проведению исследований, правила интерпретации их результатов; порядки оказания медицинской помощи, клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, стандарты медицинской помощи в госпитальной хирургии. Уметь проводить полное физикальное обследование пациента и интерпретировать его результаты; обосновывать необходимость и объем лабораторного и инструментального обследования пациента, направления пациента на консультации к врачам-специалистам, интерпретировать полученные данные; осуществлять раннюю диагностику заболеваний внутренних органов; проводить дифференциальную диагностику заболеваний внутренних органов от других заболеваний в госпитальной хирургии. Практический опыт проведения полного физикального обследования, формулирования предварительного диагноза и составления плана лабораторных и инструментальных обследований пациента; методикой проведения дифференциальной диагностики с другими заболеваниями/состояниями, в том числе неотложными, и установления диагноза с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ) в госпитальной хирургии.

	(протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи	
ПК – 3 Способен назначить лечение и контролировать его эффективность и безопасность	ПК-3.1 Составляет план лечения заболевания/состояния пациента в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи	Знать современные методы применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания при заболеваниях и состояниях у пациента в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи в госпитальной хирургии.
	ПК-3.2 Назначает лечение в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи	Уметь оставлять план лечения заболевания и состояния пациента с учетом диагноза, возраста пациента, клинической картины заболевания в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи, назначать лекарственные препараты, медицинские изделия и лечебное питание, немедикаментозное лечение с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи, оценивать эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания, немедикаментозного лечения.
	ПК-3.3 Оценивает эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания и иных методов лечения	Практический опыт разработки плана лечения заболевания/состояния с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи в госпитальной хирургии

2. Цели и задачи фонда оценочных средств.

Целью ФОС является установление соответствия уровня подготовки обучающихся требованиям федерального государственного образовательного стандарта ФГОС ВО по ОПОП.

ФОС предназначен для решения задач контроля достижения целей реализации ОПОП ВО и обеспечения соответствия результатов обучения области, сфере, объектам профессиональной деятельности, области знаний и типам задач профессиональной деятельности.

3. Перечень оценочных средств, используемых для оценивания сформированности компетенций, критерии и шкалы оценивания в рамках изучения дисциплины.

3.1. Оценочные материалы для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации (с ключом ответов).

9 семестр изучения в соответствии с УП форма промежуточной аттестации – зачет	
10 семестр изучения в соответствии с УП форма промежуточной аттестации – зачет	
11 семестр изучения в соответствии с УП форма промежуточной аттестации – экзамен	
Код и наименование проверяемой компетенции:	ОПК – 4 Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза
Код и наименование индикатора достижения компетенции:	ОПК-4.2 Применяет медицинские изделия в соответствии с порядком оказания медицинской помощи ОПК-4.3 Проводит обследование пациента для установления диагноза
Код и наименование проверяемой компетенции:	ОПК – 7 Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности
Код и наименование индикатора достижения компетенции:	ОПК-7.2 Использует современные принципы лечения заболеваний и состояний в профессиональной деятельности ОПК-7.3 Осуществляет контроль эффективности и безопасности назначенного лечения
Код и наименование проверяемой компетенции:	ПК – 2 Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза
Код и наименование индикатора достижения компетенции:	ПК-2.1 Осуществляет сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациента, проведение полного физикального обследования; формирует предварительный диагноз и составляет план обследования ПК-2.2 Проводит дифференциальную диагностику заболеваний внутренних органов от других заболеваний ПК-2.3 Устанавливает диагноз с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ) ПК-2.4 Использует медицинские изделия в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) с учетом стандартов медицинской помощи
Код и наименование проверяемой компетенции:	ПК – 3 Способен назначить лечение и контролировать его эффективность и безопасность
Код и наименование	ПК-3.1 Составляет план лечения заболевания / состояния

индикатора достижения компетенции:	<p>пациента в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>ПК-3.2 Назначает лечение в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>ПК-3.3 Оценивает эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания и иных методов лечения</p>
---	---

Тестовые задания

Компетенции ОПК4, ОПК-7, ПК-2, ПК-3

Правильные ответы на тестовое задание выделены жирным шрифтом

(выбрать один или несколько правильных ответов)

Задания для текущего контроля успеваемости с ключами ответов

- При странгуляционной тонкокишечной непроходимости отмечаются все симптомы, кроме:
 - а) Возникновение сильных схваткообразных болей в животе
 - б) Рвота на высоте болевого приступа
 - в) Вздутие живота
 - г) Усиление кишечных шумов
 - д) Рвота с примесью крови**
- Основными ричинами патогеного шока являются:
 - а) Ферментативный перитонит
 - б) Снижение объёма ОЦК вследствие многократной рвоты
 - в) Гиперферментивная токсемия**
 - г) Гнойная интоксикация
- Морфологическими признаками геморрагического панкреонекроза являются следующие признаки:
 - а) Бляшки стеатонекроза
 - б) Геморрагическое пропитывание в парапанкреатической клетчатке и в корне брыжейки тонкой кишки**
 - в) Геморрагический выпот в брюшной полости**
 - г) Околопупочные экхимозы
- Морфологическими признаками жирового панкреонекроза являются:
 - а) Бляшки стеатонекроза в корне брыжейки тонкой кишки и большом сальнике.**
 - б) Стекловидный отек брыжейки тонкой кишки**
 - в) Геморрагическое пропитывание в парапанкреатической клетчатке и в корне брыжейки тонкой кишки
 - г) Геморрагический выпот в брюшной полости
 - д) Симптом Грюнвальда
- С целью профилактики панкреатогенного шока панкреатогенного шока проводятся следующие лечебные мероприятия:
 - а) Назначают внутривенно введение антиферментных препаратов;**
 - б) Проводят инфузионно-дезинтоксационную терапию;**
 - в) Проводят форсированный диурез;**
 - г) Проводят наружное дренирование грудного лимфатического потока**

д) Массивная антибактериальная терапия.

6. В инструментальной диагностике острого панкреатита наиболее информативны:

а) Лапароскопия;

б) Ультразвуковое исследование

в) Эзофагогастродуоденоскопия

г) Обзорная рентгенография брюшной полости;

д) Компьютерная томография;

е) Исследование крови на содержание панкреатических ферментов

7. В лабораторной диагностике острого панкреатита в стадии гиперферментемии наиболее информативными и специфичными являются определение:

а) Активности альфа-амилазы крови;

б) Активности диастазы мочи;

в) Определение прокальцитонина

г) Проведение пробы Вольгемута

д) Определение С-реактивного белка

8. Триада Мондора при остром панкреатите включает:

а) Выраженный болевой синдром, перитонеальные симптомы, кровоподтеки в кожно-жировой клетчатке передней брюшной стенки;

б) Метеоризм, многократная рвота, околопупочные экхимозы

в) Многократная рвота, отсутствие пульсации брюшной аорты при пальпации живота в эпигастрии, вздутие живота

г) Многократная рвота, не приносящая больному облегчение, выраженный болевой синдром в эпигастрии, выраженный метеоризм.

9. Лапароскопическое дренирование брюшной полости показано при наличии:

а) Ферментативного выпота в брюшной полости в большом количестве;

б) Отграниченных жидкостных скоплений в брюшной полости и забрюшинном пространстве;

в) Разлитого гнойного перитонита

10. Экстренная лапаротомия при остром деструктивном панкреатите показана при:

а) Ферментативном перитоните;

б) Разлитом гнойном перитоните;

в) Абсцессе сальниковой сумки;

г) Флегмоне забрюшинного пространства

11. Консервативная инфузионная терапия с контролем пассажа бария возможна при:

а) Динамической послеоперационной кишечной непроходимости

б) Странгуляционной кишечной непроходимости

в) Инвагинации

г) Толстокишечной непроходимости

д) Во всех этих случаях

12. Основные признаки жирового панкреонекроза во время диагностической лапароскопии:

а) Серозный выпот в брюшной полости;

б) Бляшка стеатонекроза;

в) Геморрагическое пропитывание корня брыжейки тонкой кишки

г) Геморрагический выпот в брюшной полости

д) Напряженный желчный пузырь

13. При диагностической лапароскопии установлен диагноз жировой панкреонекроз. Какую лечебную тактику следует выбрать в этой ситуации:

а) Лапаротомию, санацию брюшной полости и ее дренирование;

б) Лапаротомию, санацию брюшной полости, новокаиновую блокаду брыжейки тонкой кишки;

в) Лапаротомию, холецистэктомию и дренирование подпеченочного пространства

г) Лапароскопическое дренирование брюшной полости, назначить интенсивную инфузионно-медикаментозную и антибактериальную терапию;

д) Все ответы верны.

14. В классификацию острого панкреатита входят следующие формы заболевания:

а) Псевдотуморозный панкреатит;

б) Отечный панкреатит;

в) Жировой панкреонекроз;

г) Инфильтративный панкреатит;

д) Геморрагический панкреонекроз.

15. Геморрагическая имбибиция при геморрагическом панкреатите возникает вследствие повышения активности фермента:

а) Фосфолипазы;

б) Трипсина;

в) Хемотрипсина;

г) Амилазы;

д) Колагеназы;

е) Эластазы.

16. Первичными факторами агрессии при остром панкреатите являются:

а) Гидролитические ферменты поджелудочной железы (трипсин, химотрипсин, липаза, фосфолипаза, колагеназа, эластаза, липаза);

б) Брадикинин, серотонин, гистамин;

в) Интерлейкины 1, 6 и 8, фактор некроза опухоли, фактор активации тромбоцитов, простагландины, тромбосаны, лейкотриены;

г) Экзо- и эндотоксины микроорганизмов.

17. Вторичными факторами агрессии при остром панкреатите являются:

а) Гидролитические ферменты поджелудочной железы (трипсин, химотрипсин, липаза, фосфолипаза, колагеназа, эластаза, липаза);

б) Брадикинин, серотонин, гистамин;

в) Интерлейкины 1, 6 и 8, фактор некроза опухоли, фактор активации тромбоцитов, простагландины, тромбосаны, лейкотриены;

г) Экзо- и эндотоксины микроорганизмов.

18. Третичными факторами агрессии при остром панкреатите являются:

а) Гидролитические ферменты поджелудочной железы (трипсин, химотрипсин, липаза, фосфолипаза, колагеназа, эластаза, липаза);

б) Брадикинин, серотонин, гистамин;

в) Интерлейкины 1, 6 и 8, фактор некроза опухоли, фактор активации тромбоцитов, простагландины, тромбосаны, лейкотриены;

г) Экзо- и эндотоксины микроорганизмов.

19. Ультразвуковыми признаками отека панкреатита являются:

а) Нечеткость контуров поджелудочной железы;

б) Жидкостное скопление в сальниковой сумке и панкреатической клетчатке;

в) Увеличение размеров поджелудочной железы;

г) Свободная жидкость в брюшной полости;

д) Незначительная инфильтрация панкреатической клетчатки

20. Ультразвуковыми и КТ-признаками инфицированного панкреонекроза являются:

а) Выраженная инфильтрация парапанкреатической клетчатки;

б) Невозможность дифференцировать ткань поджелудочной железы от окружающей клетчатки;

в) Наличие жидкостных скоплений в парапанкреатической клетчатке, брюшной полости, и забрюшинном пространстве;

г) Наличие свободной жидкости в брюшной полости

21. У больного, перенесшего месяц назад панкреонекроз, в сальниковой сумке визуализируется аваскулярное, анэхогенное образование размером 108x62мм. Живот мягкий, без перитонеальных явлений. Температура и формула крови – в пределах нормы. О каком осложнении острого панкреатита идет речь:

а) Опухоль поджелудочной железы;

- б) Абсцесс сальниковой сумки;
- в) Постнекротическая псевдокиста поджелудочной железы;**
- г) Истинная киста поджелудочной железы;
- д) Псевдотуморозный панкреатит.

22. Оптимальным способом хирургического лечения неинфицированного панкреанекроза с наличием жидкостных компонентов в парапанкреатической клетчатке, забрюшинном пространстве, а также с выпотом в брюшной полости является:

- а) Широкая срединная лапаротомия, санация, дренирование брюшной полости;
- б) Бисубкостальная люботомия с дренированием забрюшинного пространства;
- в) Некр-, секвестрэктомия программируемая, и по требованию;
- г) Лапаростомия;

д) Малоинвазивные вмешательства: дренирование жидкостных компонентов под УЗ-контролем, лапароскопическое дренирование брюшной полости

23. Основными показаниями к лапаротомии с последующим выполнением некр-, секвестрэктомии при панкреанекрозе являются:

а) Инфицированный панкреанекроз с преобладанием некротического компонента над жидкостным с нарастанием синдрома системной реакции на воспаление;

б) Разлитой гнойный перитонит;

в) Инфицированный панкреанекроз с преобладанием жидкостного компонента над некротическим;

г) Наличие панкреатогенного абсцесса в сальниковой сумке без перитонеальной симптоматики;

д) Острый интерстициальный панкреатит;

е) Ферментативный перитонит

24. Клиническая картина панкреанекроза характеризуется всем перечисленным, кроме:

а) Опоясывающих болей в животе;

б) Многократной рвоты, не приносящей больному облегчение;

в) Усиленной кишечной перистильтики;

г) Коллапса;

д) Тахикардии

25. Системными осложнениями острого панкреатита в доинфекционной стадии являются:

а) Абсцесс сальниковой сумки;

б) Ферментативный шок;

в) Ферментативный перитонит;

г) Полиорганная недостаточность.

26. Системными осложнениями острого панкреатита в инфекционной фазе являются:

а) Забрюшинная флегмона;

б) Ферментативный перитонит;

в) Инфицированная постнекротическая псевдокиста;

г) Бактериально-токсический (септический) шок;

д) Полиорганная недостаточность

27. У больного, перенесшего полгода назад жировой панкреанекроз, появилось опухолевидное образование в эпигастрии и левом подреберье, плотное, малоболезненное, размерами 15х20см. температура тела не повысилась. При рентгеноскопии желудка отмечено, что желудок оттеснен кпереди, петля 12-типерстной кишки развернута. Ваш диагноз

а) Опухоль поперечной ободочной кишки;

б) Опухоль поджелудочной железы;

в) Ложная киста поджелудочной железы;

г) Парапанкреатический инфильтрат с абсцедированием;

д) Абсцесс сальниковой сумки.

28. Что является наиболее частой причиной для возникновения тонкокишечной непроходимости

а) Спаечный процесс в брюшной полости

б) Опухоль тонкой кишки

в) Дивертикулы тонкой кишки

г) Фитобезоар

д) Инородное тело

29. Для поддиафрагмального абсцесса характерно

а) высокое стояние купола диафрагмы и снижение дыхательной экскурсии легких

б) базальные ателектазы легких

в) выпот в плевральной полости

г) боли, иррадиирующие в надключичную область

д) все ответы верны

30. Жалобы больного после резекции желудка на тяжесть в эпигастрии, слабость — вплоть до обморока после приема сладкой или молочной пищи являются признаками:

а) Инсуломы поджелудочной железы.

б) Синдрома приводящей петли.

в) Пептической язвы анастомоза.

г) Демпинг-синдрома.

д) Синдрома малого желудка.

31. Активная хирургическая тактика в экстренном порядке показана при следующих эндоскопических критериях по J.A.H. Forrest:

а) наличии рыхлого красного тромба

б) наличии фиксированного тромба

в) видимого «пенька» сосуда в дне язвы

г) наличии струйного артериального кровотечения

д) на фоне кровотечения без видимого источника

32. При сочетании алкогольной интоксикации с перфорацией гастродуоденальных язв возникают определенные диагностические трудности, обусловленные:

а) Снижением болевого синдрома, что приводит к угасанию рефлексов со стороны передней брюшной стенки.

б) Поздней обращаемостью.

в) Возможностью психозов.

г) Возможностью суицидальных попыток.

д) Всем перечисленным.

33. Наиболее достоверными клиническими проявлениями перфоративной язвы желудка являются:

а) Рвота.

б) Желудочные кровотечения.

в) Напряжение передней брюшной стенки, отсутствие печеночной тупости.

г) Частый жидкий стул.

д) Икота.

34. О наличии прободения язвы желудка или 12-перстной кишки позволит судить:

а) Доскообразный живот.

б) Сильные боли в эпигастрии.

в) Боли в поясничной области.

г) Повышение лейкоцитоза до 15000.

д) Легкая желтуха склер и кожных покровов.

35. Наиболее частой локализацией прободений у больных язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки является:

а) 12-перстная кишка.

б) Пилорический отдел желудка.

в) Малая кривизна желудка.

г) Большая кривизна желудка.

д) Кардиальный отдел желудка.

36. В момент прободения язвы желудка или 12-перстной кишки наиболее часто встречается:

а) Тахикардия.

- б) Схваткообразная боль.
- в) Локализованная, умеренная боль.
- г) Внезапно возникшая интенсивная боль.**
- д) Жидкий стул.

37. Рецидивы гастродуоденальных кровотечений наиболее вероятны:

- а) При калезной язве.
- б) При пенетрирующей язве
- в) При поверхностных эрозиях слизистой.
- г) При тромбированном сосуде на дне язвы диаметром более 0,1 см.**
- д) При рубцующейся язве.

38. Внутренние органы могут составлять часть стенки грыжевого мешка при следующих грыжах:

- а) Рихтеровской.
- б) Косой паховой.
- в) Скользящей.**
- г) Прямой паховой.
- д) Пупочной.

39. При ущемленной грыже в отличие от неущемленной во время операции необходимо:

- а) Вначале рассечь ущемляющее кольцо.
- б) Вначале рассечь грыжевой мешок.**
- в) Можно делать то и другое с последующей пластикой грыжевых ворот.
- г) Выполнить резекцию ущемленных образований (кишки, сальника).
- д) Сделать лапаротомию.

40. При самопроизвольном вправлении ущемленной грыжи тактика хирурга предусматривает:

- а) Лапаротомию с ревизией органов брюшной полости.
- б) Тщательное наблюдение за больным в условиях стационара.**
- в) Поставить очистительную клизму.
- г) Возможность отпустить больного домой с повторным осмотром.
- д) Назначить теплую ванну.

41. Для хирургического лечения прямой паховой грыжи целесообразнее всего применять операцию:

- а) Бассини и Постемпского**
- б) Мартынова.
- в) Жирара-Спасокукоцкого.
- г) Руджи-Парлавеччио
- д) Ру

42. При выявлении нежизнеспособной петли кишки во время операции грыжесечения отводящий отрезок кишки должен быть резецирован, отступя от видимой границы некроза на расстояние:

- а) 5-10 см
- б) 15-20 см**
- в) 25-30 см
- г) 35-40 см
- д) 45-50 см

43. При поступлении больной с подозрением на Рихтеровское ущемление необходимо провести:

- а) Наблюдение в течение 1-2 часов для уточнения диагноза, а затем операцию.**
- б) Выполнение срочной операции.
- в) Наблюдение.
- г) Консервативное лечение.
- д) Выпрямление грыжи.

44. При проведении дифференциальной диагностики между пахово-мошоночной грыжей и водянкой оболочек яичек следует прибегать:

а) К трансиллюминации и пальпации.

б) К пункции.

в) К перкуссии.

г) К аускультации.

д) К пальцевому исследованию прямой кишки.

45. Шейка мешка бедренной грыжи расположена:

а) Впереди круглой связки.

б) Медиальнее бедренных сосудов.

в) Латеральнее бедренных сосудов.

г) Позади бедренных сосудов.

д) Медиальнее купферовской связки.

46. Некротические изменения в стенке ущемленной кишки, как правило, начинаются:

а) Со слизистого слоя.

б) С подслизистого слоя.

в) С мышечного слоя.

г) С субсерозного слоя.

д) С серозного слоя.

47. При ущемлении петли кишки при грыжах наибольшие патологические изменения происходят:

а) В приводящей петле

б) В отводящей петле

в) В приводящей и отводящей петле

г) В сегменте брыжейки ущемленной кишки

д) На всем протяжении кишки

48. Абдоминализация поджелудочной железы, производимая при остром панкреатите, способствует:

а) Ограничению патологического процесса в брюшной полости

б) Прекращению поступления ферментов и продуктов распада в забрюшинное пространство

в) Прекращению поступления ферментов и продуктов распада в брыжейку толстой и тонкой кишки

г) Улучшению кровоснабжения железы

д) Уменьшению активности протеолитических ферментов

49. Наиболее частой причиной возникновения острого панкреатита у женщин может быть:

а) Беременность.

б) Хронический холецистит.

в) Алкоголизм.

г) Травма живота.

д) Применение кортикостероидов.

50. Наиболее частой причиной возникновения острого панкреатита у мужчин является:

а) Травма живота.

б) Применение кортикостероидов.

в) Алкоголизм.

г) Хронический холецистит.

д) Цирроз печени.

51. Ведущим в лечении больных перитонитом является:

а) Хирургическое вмешательство

б) Дезинтоксикационная терапия

в) Рациональная антибиотикотерапия

г) Борьба с парезом кишечника

д) Устранение причин, приводящих к нарушению внешнего дыхания

52. При посевах перитонеального экссудата чаще всего отмечается рост:

а) Стафилококка

б) Протея

в) Кишечной палочки

- г) Смешанной флоры
- д) Анаэробной флоры

53. При ущемленном камне БДС следует:

- а) Сделать дуоденотомию, извлечь камень и ушить кишку
- б) Наложить ХДА

в) После дуоденотомии и извлечения камня дренировать холедох через кулю пузыряного протока

г) Вскрыть холедох и попытаться удалить камень. При неудаче — произвести дуоденотомию, удалить конкремент, наложить швы на рану ДПК и дренировать холедох

- д) Наложить холедохо-энтероанастомоз

54. Рациональным лечением ЖКБ является:

- а) Диетическое
- б) Медикаментозное

в) Хирургическое

- г) Санаторно-курортное
- д) Лечение минеральными водами

55. Во время операции по поводу желчнокаменной болезни обнаружен сморщенный желчный пузырь, набитый камнями, расширенный до 2,5 см общий желчный проток. Больному следует:

- а) Произвести холецистэктомию.

б) Произвести холецистэктомию, холангиографию и решить вопрос о тактике

- в) Сразу произвести холецистэктомию и ревизию протока.

- г) Наложить холецистостому.

- д) Произвести дуоденотомию с ревизией большого дуоденального сосочка.

56. Больная 50 лет, страдает калькулезным холециститом, сахарным диабетом и стенокардией напряжения. Наиболее целесообразно для нее:

- а) Диетотерапия, применение спазмолитиков.

- б) Санаторно-курортное лечение.

в) Плановое хирургическое лечение.

- г) Лечение сахарного диабета и стенокардии.

- д) Хирургическое лечение только по витальным показаниям.

57. Возникновение гнойного холангита наиболее часто связано:

- а) С желчно-каменной болезнью.

- б) Со стенозирующим папиллитом.

в) С забросом кишечного содержимого через раннее наложение билиодигестивного анастомоза.

- г) С псевдотуморозным панкреатитом.

- д) С опухолью головки поджелудочной железы.

58. Желчный камень, вызывающий обтурационную кишечную непроходимость, попадает в просвет кишки чаще всего через фистулу между желчным пузырем и:

- а) Слепой кишкой.

- б) Малой кривизной желудка.

в) Двенадцатиперстной кишкой.

- г) Тощей кишкой.

- д) Ободочной кишкой.

59. Желчные камни чаще всего состоят:

а) Из холестерина.

- б) Из цистина.

- в) Из оксалатов.

- г) Из солей желчных кислот.

- д) Из мочевой кислоты.

60. Холестероз желчного пузыря наиболее часто сочетается:

- а) С острым холециститом.

б) С желчнокаменной болезнью.

в) Со злокачественными новообразованиями желудочно-кишечного тракта.

г) С раком желчного пузыря.

д) С хроническими неспецифическими заболеваниями легких.

61. По воротной вене инфекция попадает в печень:

а) Из воспаленных очагов органов брюшной полости.

б) Из большого круга кровообращения при гнойно-воспалительных заболеваниях отдельных органов.

в) Из желчного пузыря при деструктивных формах острого холецистита

г) Из желчных протоков при гнойном холангите.

д) Из левых отделов сердца при септическом эндокардите.

62. Множество мелких абсцессов печени, как правило, развиваются:

а) При остром деструктивном холецистите.

б) При заползании аскарид во внутривнутрипеченочные желчные протоки.

в) При нагноении вокруг инородного тела печени

г) При нагноении паразитарной кисты печени.

д) При тяжелом гнойном холангите.

63. Основным видом оперативного вмешательства при солитарных абсцессах печени является:

а) Резекция доли или сегмента печени.

б) Наложение билиодигестивного соустья.

в) Вскрытие и дренирование абсцесса.

г) Трансплантация печени.

д) Гемигепатэктомия.

64. Заболевание амёбным абсцессом печени, как правило совпадает:

а) С учащением случаев амёбной дизентерии

б) С учащением случаев инфекционного гепатита.

в) С учащением случаев описторхоза.

г) С эпидемией острых респираторных вирусных заболеваний.

д) С сезонными обострениями язвенной болезни ДПК

65. При наличии крупных амёбных абсцессов печени комплексная консервативная терапия должна сочетаться:

а) С пункционной аспирацией содержимого полости амёбного гнойника и введением в нее противоамёбных препаратов

б) С лапаротомией, вскрытием и дренированием полости гнойника

в) С резекцией пораженной доли печени

г) С гемигепатэктомией

д) С применением антибиотиков широкого спектра действия

66. Основным показанием для наложения порто-кавального анастомоза является:

а) Цирроз печени

б) Асцит

в) Кровотечение из вен пищевода

г) Портальная энцефалопатия

д) Рецидивирующая желтуха

67. Постоянным симптомом внепеченочной портальной гипертензии является:

а) Интермиттирующая лихорадка

б) Общая слабость

в) Спленомегалия

г) Кровоточивость слизистой оболочки носа

д) Маточные кровотечения

68. Наибольшие нарушения водно-электролитного и белкового обмена имеют место:

а) При спаячной КН

б) При обтурационной КН

в) При странгуляционной КН

г) При паралитической форме динамической КН

д) При спастической форме КН

69. При высокой тонкокишечной непроходимости комплекс лечебных мероприятий следует начинать:

а) С хирургического вмешательства

б) С инфузионной терапии

в) С введения назогастрального зонда

г) С антибиотикотерапии

д) С применения препаратов антихолинэстеразного действия

70. Наилучшим методом лечения врожденной кисты поджелудочной железы является:

а) Медикаментозное лечение

б) Марсупиализация

в) Резекция тела поджелудочной железы

г) Лучевая терапия

д) Иссечение кисты

71. Причиной летального исхода при остром деструктивном панкреатите в доинфекционной стадии является:

а) Аррозивное кровотечение;

б) Флегмона забрюшинного пространства;

в) Абсцесс сальниковой сумки;

г) Ферментативный шок, с последующим развитием полиорганной недостаточности;

д) Разлитой гнойный перитонит.

72. Основными звеньями в патогенетической терапии острого панкреатита являются:

а) Подавление секреторной функции поджелудочной железы

б) Устранение водно-электролитных нарушений;

в) Инактивация панкреатических ферментов;

г) Назогастральная декомпрессия желудочно-кишечного тракта;

д) Введение цитостатиков;

е) Все ответы верны

73. К ингибиторам-протеаз, назначаемым больным с острым панкреатитом в стадии гиперферментемии относятся:

а) Контрикал, Гордокс, Трасилол;

б) Омез, париет, нексиум,

в) Квамател, ранитидин, циметидин;

г) Синтетические аналоги соматостатина.

74. У больного с острым деструктивным панкреатитом на 6 сутки появилась желтушность кожных покровов и склер. При УЗ-сканировании органов брюшной полости имеет место расширение общего желчного протока до 12мм, головка поджелудочной железы увеличена, дистальный отдел холедоха не визуализируется. Вероятной причиной желтухи является:

а) Сдавление дистального отдела холедоха увеличенной головкой поджелудочной железы;

б) Острая печеночная недостаточность;

в) Бактериально-токсический шок;

г) Вклиненный камень дистального отдела холедоха.

75. Симптом Воскресенского – невозможность определения пульсации брюшного отдела аорты в эпигастрии. Возникновение этого симптома можно объяснить:

а) Снижением артериального давления из-за панкреатогенного шока;

б) Невозможность пальпации живота вследствие мышечной резистентности;

в) Возникновением ферментативного перитонита;

г) Отсутствием передаточной пульсации брюшной аорты из-за выраженного отека и инфильтрации корня брыжейки тонкой кишки и парапанкреатической клетчатки;

д) Выраженными вздутием живота.

76. В лечении кист поджелудочной железы нередко практикуется наложение анастомозов с желудочно-кишечным трактом. Лучшим из них является:

- а) Цисто-гастростомия
- б) Цистоеюностомия с межкишечным анастомозом
- в) Цистоеюностомия с отключенной по Ру петлей тощей кишки**
- г) Цистоколостомия
- д) Цистодуоднеостомия

77. При поступлении в больницу больного с ущемленной паховой грыжей первыми мероприятиями должны быть:

- а) Срочное оперативное вмешательство**
- б) Теплая ванна с целью возможно спонтанного вправления
- в) Введения спазмолитиков для более легкого вправления грыжи
- г) Назначение анальгетиков и спазмолитиков
- д) Насильственное вправление с последующим наблюдением в условиях стационара

78. Первоочередными мероприятиями при ущемленной многочасовой давности паховой грыже являются:

- а) Назначение анальгетиков и спазмолитиков для облегчения вправления грыжи
- б) Применение общей теплой ванны
- в) Вправление грыжи
- г) Проведение срочного оперативного лечения**
- д) Выполнение предоперационной подготовки в течение 2-3 часов с последующей операцией

79. Во время операции по поводу скользящей паховой грыжи могут возникнуть технические трудности, обусловленные тем, что:

- а) Имелась диагностическая ошибка
- б) Кишка составляет одну из стенок грыжевого мешка**
- в) Брыжейка тонкой кишки может быть ущемлена в грыжевых воротах
- г) Наблюдается врожденная недостаточность поперечной фасции
- д) Чаще наблюдается левосторонняя локализация грыжи

80. Водянка желчного пузыря развивается в следствии:

- а) Обтурации камнем общего желчного протока.
- б) Обтурации камнем общего печеночного протока.
- в) Обтурации камнем большого дуоденального сосочка.
- г) Обтурации камнем пузырного протока.**
- д) Хронического нарушения проходимости 12-перстной кишки.

Задания для промежуточной аттестации с ключами ответов

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

- а) Обзорная рентгеноскопия брюшной полости.
- б) Рентгеноскопия желудка с бариевой взвесью.
- в) Экстренная гастродуоденоскопия.**
- г) Ангиография.
- д) Лапароскопия.

82. При подозрении на кровотечение из язвы желудка следует произвести:

- а) Экстренную гастродуоденоскопию.**
- б) Обзорную рентгеноскопию брюшной полости.
- в) Лапароскопию.
- г) Рентгеноскопию желудка.
- д) Ангиографию.

83. Синдром Меллори-Вейса это:

- а) Разрыв слизистой кардиального отдела желудка.**
- б) Наличие «зеркальных» язв.
- в) Стеноз привратника.

г) Повреждение слизистой антрального отдела желудка.

д) Стойкий спазм кардиального сфинктера.

84. Показанием к экстренному оперативному вмешательству при самопроизвольном вправлении ущемленной грыжи является:

а) Появление перитонеальных признаков.

б) Исчезновение грыжевого выпячивания.

в) Дизурические явления.

г) Повышение температуры.

д) Наличие болевого синдрома в области грыжевых ворот.

85. Наиболее тяжелой формой кишечной непроходимости является:

а) Инвагинация.

б) Заворот.

в) Узлообразование.

г) Ущемленная грыжа.

д) Обтурация толстой кишки опухолью.

86. Наиболее частым осложнением острых язв верхних отделов ЖКТ является:

а) Перфорация.

б) Малигнизация.

в) Пенетрация.

г) Кровотечение.

д) Переход в хроническую язву.

87. Наличие у больного после резекции желудка рвоты, желудочным содержимым в большом количестве без примеси желчи, тахикардия свидетельствует о развитии:

а) Перитонита.

б) Панкреатита.

в) Кишечной непроходимости.

г) Анастомозита.

д) Кровотечения в просвет желудка.

88. У больного перфорация дуоденальной язвы, осложненная разлитым перитонитом.

Следует выполнить:

а) Резекцию желудка по первому способу Бильрота.

б) Резекцию желудка по Гофмейстеру-Финстереру.

в) Ушивание язвы, дренирование брюшной полости.

г) Селективную проксимальную ваготомию и пилороластику.

д) Стволовую ваготомию и пилороластику.

89. Больной поступил в клинику с неоднократной рвотой кровью со сгустками. Язвенный анамнез отрицает, злоупотребляет алкоголем. В анамнезе панкреатит. Наиболее вероятной причиной кровотечения может быть:

а) Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода.

б) Язва желудка.

в) Рак желудка.

г) Синдром Меллори-Вейса.

д) Синдром Золлингера-Элиссона.

90. У больного с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, осложненной декомпенсированным стенозом, появились тонические судороги в конечностях, обморочное состояние, причиной которых служит:

а) Перфорация язвы ДПК

б) Кровотечение.

в) Гипогликемический шок.

г) Нарушения электролитного обмена.

д) Нарушение мозгового кровообращения.

91. У больного после резекции желудка возникла рвота типа кофейной гущи. Ваша тактика:

а) Повторная лапаротомия

- б) Переливание эритроцитной массы
- в) Введение аминокислотной кислоты и хлористого кальция
- г) Промывание желудка
- д) Промывание желудка и ФГДС**

92. У больного 75 лет с продолжающимся желудочным кровотечением, а также тяжелыми сопутствующими заболеваниями показано:

- а) Резекция желудка
- б) Прошивание кровоточащего сосуда
- в) Клиновидное иссечение язвы желудка**
- г) Термокоагуляция кровоточащего сосуда с помощью фиброгастрооскопа
- д) Консервативное лечение

93. У больного с дивертикулезом левой половины толстой кишки развилось Профузные кровотечение. Ваша тактика:

- а) Удаление кровоточащего дивертикула
- б) Левосторонняя гемиколэктомия**
- в) Сигмотомия, перевязка кровоточащего сосуда
- г) Электрокоагуляция кровоточащего сосуда
- д) Эндоскопическая пломбировка кровоточащего сосуда

94. Наиболее часто встречаются дивертикулы:

- а) В пищеводе
- б) В желудке
- в) В ДПК
- г) В ободочной кишке**
- д) В тонкой кишке

95. Развитие патологического процесса в червеобразном отростке при остром аппендиците начинается с:

- а) серозного покрова отростка
- б) слизистой червеобразного отростка**
- в) мышечного слоя отростка
- г) купола слепой кишки
- д) терминального отдела тонкой кишки

96. Для острого аппендицита не характерен симптом:

- а) Ровзинга
- б) Воскресенского
- в) Мерфи**
- г) Образцова
- д) Бартомье-Михельсона

97. К перитонеальным при остром аппендиците относят симптомы:

- а) Воскресенского (симптом "рубашки")
- б) Щеткина-Блюмберга
- в) Раздольского
- г) все названные симптомы**
- д) ни один из них

98. Приступ печеночной (желчной) колики возникает:

- а) внезапно, остро**
- б) после продромального периода
- в) исподволь, постепенно
- г) после длительного голодания
- д) после переохлаждения

99. В настоящее время методом выбора лечения абсцессов сальниковой сумки и нагноившихся кист поджелудочной железы является:

- а) марсупиализация сальниковой сумки
- б) левосторонняя люмботомия
- в) наложение внутренних соустьей

- г) тампонада полости абсцесса
- д) пункция и дренирование под контролем УЗИ**

100. При язвенной болезни желудка:

а) значительно чаще, чем при дуоденальной язве, применяется хирургическое лечение

б) повышена моторная функция желудка в межпищеварительный период

в) низкие цифры pH в антральном отделе

г) более редкое, чем при дуоденальной язве, перерождение в рак

д) меньше, чем при дуоденальной язве выражен гастрит

101. Абсолютные критерии угрозы рецидива кровотечения:

а) гигантские каллезные язвы желудка и 12-перстной кишки, как источники кровотечения

б) гемоглобин менее 50% г/л при поступлении больного в стационар

в) все ответы правильные

г) все ответы неправильные

102. Наиболее частым осложнением язвы передней стенки 12-перстной кишки является:

а) перфорация

б) кровотечение

в) пенетрация в головку поджелудочной железы

г) малигнизация

д) все неверно

103. Достоверным рентгенологическим признаком перфорации гастродуоденальной язвы

является:

а) высокое стояние диафрагмы

б) наличие свободного газа в брюшной полости

в) пневматизация кишечника

г) «чаша» Клойбера

д) увеличенный газовый пузырь желудка

104. При подозрении на перфоративную язву желудка первым исследованием должна

быть:

а) рентгеноскопия желудка с бариевой взвесью

б) обзорная рентгенография брюшной полости

в) экстренная эзофагогастродуоденоскопия

г) ангиография (селективная чревной артерии)

д) лапароскопия

105. Синдром Меллори-Вейса - это:

а) варикозное расширение вен пищевода и кардии, осложненное кровотечением

б) кровоточащая язва дивертикула Меккеля

в) кровотечение из слизистых на почве геморрагического ангиоматоза (болезнь Рандю-

Ослера)

г) трещины в кардиальном отделе желудка с кровотечением

д) геморрагический эрозивный гастродуоденит

106. Характер оперативного вмешательства при прободной язве желудка определяет:

а) возраст больного

б) локализация перфоративного отверстия

в) степень выраженности перитонита

г) срок с момента перфорации

д) все перечисленное

107. Для декомпенсированного стеноза привратника не характерно:

а) рвота пищей, съеденной накануне

б) напряжение мышц брюшной стенки

в) олигурия

г) «шум плеска» в желудке натощак

д) задержка бария в желудке более 24 часов

108. Больному с декомпенсированным стенозом привратника показано:

- а) экстренная операция
- б) ассивная антибактериальная терапия
- в) коррекция водно-электролитных расстройств и энергетического баланса с последующей операцией**

- г) дегидратация
- д) се ответы правильные

109. Наиболее частой гистологической формой рака желудка является:

- а) аденокарцинома**
- б) недифференцированный рак
- в) плоскоклеточный рак
- г) аденоакантома
- д) низкодифференцированный рак

110. Метастаз Вихрова локализуется:

- а) в печени
- б) в прямокишечно-пузырной складке
- в) в яичниках
- г) между ножками кивательной мышцы**
- д) в легких

111. При операбельном раке выходного отдела желудка с явлениями стеноза показана:

- а) гастродуоденостомия
- б) субтотальная дистальная резекция желудка**
- в) пилоропластика
- г) гастростомия
- д) гастроэнтеростомия

112. При раке тела желудка показана:

- а) гастрэктомия**
- б) субтотальная резекция желудка
- в) антрумэктомия
- г) резекция пораженного участка желудка
- д) эзофагогастростомия

113. Скудной клинической симптоматикой сопровождается рак:

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

114. Какие заболевания желудка относятся к предраковым?

- а) пилипоз желудка
- б) язва желудка
- в) ахилический гастрит
- г) все указанные заболевания**
- д) ни одно из этих заболеваний

115. Какая операция показана при раке желудка IV стадии со стенозом кардиального отдела?

- а) гастрэктомия
- б) проксимальная резекция
- в) гастроэнтеростомия
- г) гастростомия**
- д) операция противопоказана

116. Какая операция показана при операбельном раке I-III стадии сигмовидной кишки?

- а) левосторонняя гемиколэктомия
- б) правосторонняя гемиколэктомия
- в) резекция кишки**
- г) двухствольный противоестественный задний проход

д) трансверзосигмостомия

117. В какие органы чаще всего метастазирует рак толстой кишки?

а) легкие

б) позвоночник

в) печень, забрюшинные лимфоузлы

г) почки

д) селезенку

118. Какая операция показана при операбельной опухоли слепой кишки?

а) цекостомия

б) резекция слепой кишки

в) трансферзостомия

г) правосторонняя гемиколэктомия

119. Наиболее достоверным методом диагностики полипов ободочной кишки является:

а) рентгеноскопическое исследование пероральным введением бария

б) ирригоскопия

в) колоноскопия

г) исследование кала на скрытую слизь

д) УЗИ

120. Радикальными операциями при раке толстой кишки считаются:

а) левосторонняя гемиколэктомия

б) правосторонняя гемиколэктомия

в) резекция поперечно-ободочной кишки

г) резекция сигмовидной кишки

д) все верно

121. Для рака ободочной кишки характерно:

а) меденный рост

б) позднее метастазирование

в) прорастание в окружающие ткани

г) все ответы правильны

д) все ответы неправильны

122. Для молочной железы не являются регионарными лимфоузлы:

а) подмышечные

б) парастеральные

в) подключичные

г) контрлатеральные подмышечные

д) межреберные

123. Что является основным в патогенезе рака молочной железы:

а) повышение содержания эстрагенов в крови

б) повышение содержания прогестинов в крови

в) повышение содержания андрогенов в крови

г) понижение содержания эстрагенов в крови

д) понижение содержания андрогенов в крови

124. Среди диффузно-инфильтративных форм рака молочной железы одна указана неправильно:

а) отечно-инфильтративная

б) панцирная

в) маститоподобная

г) рожеподобная

д) Педжета

125. Где чаще всего локализуется узел при узловой форме рака молочной железы:

а) в верхненаружном квадранте

б) в верхневнутреннем квадранте

в) в центральной области

г) в нижне-наружном квадранте

д) в нижне-внутреннем квадранте

126. Какой метод исследования является методом выбора при подозрении на опухоль молочной железы у больной 50 лет:

а) УЗИ

б) маммография

в) термография

г) трансиллюминация

д) радиоизотопное исследование

127. Удаление молочной железы без грудных мышц и удаление подмышечной клетчатки называется:

а) радикальной мастэктомией по Холстеду

б) мастэктомией по Мадену

в) радикальной мастэктомией по Пейти

г) сверхрадикальной мастэктомией по Урбану

д) радикальной резекцией

128. Для тиреотоксического криза характерно все кроме:

а) потери сознания

б) симптома Хвостека

в) гипертермии

г) тахикардии

д) невропсихических расстройств

129. При тиреотоксикозе наблюдается:

а) уменьшение пульсового давления

б) патологическая мышечная слабость

в) светобоязнь

г) патологическая жажда

д) несахарное мочеизнурение

130. Осложнением не характерным для операций на щитовидной железе является:

а) кровотечение

б) воздушная эмболия

в) жировая эмболия

г) повреждение трахеи

д) поражение возвратного нерва

131. Для болезни Базедова не характерно наличие

а) зоба

б) тахикардии

в) экзофтальма

г) диастолического шума на верхушке сердца

д) все перечисленное характерно для данного заболевания

132. Наиболее частым осложнением струмэктомии является:

а) повреждение возвратного нерва

б) рецидив тиреотоксикоза

в) тетания

г) гипотиреоз

д) прогрессирующий экзофтальм

133. Судороги, симптомы Хвостека и Труссо после стумэктомии говорят за:

а) гипотериоз

б) тиреотоксический криз

в) травма гортанных нервов

г) гипопаратиреоз

д) остаточные явления тиреотоксикоза

134. Для острой кишечной непроходимости нехарактерно:

а) интенсивные боли в животе

б) рвота

- в) задержка стула и газов
- г) асимметрия живота
- д) напряжение мышц живота**

135. При узлообразовании, ущемлении кишки и завороте:

- а) следует проводить консервативные мероприятия по разрешению непроходимости
- б) показана экстренная операция**

- в) предпочтительна операция в «холодном периоде»
- г) необходимо динамическое наблюдение
- д) все ответы не верны

136. При нежизнеспособной петле тонкой кишки производится:

а) резекция кишки, отступая 40см от некроза- в проксимальном и 20 см в дистальном направлениях

- б) резекция кишки в пределах границы некроза
- в) наложение обходного анастомоза
- г) выведение кишки
- д) резекция отводящей петли, отступая 15-20см от некроза

137. Для низкой толстокишечной непроходимости характерно все, кроме:

- а) постепенного нарастания симптомов
- б) вздутие живота
- в) появления чаш Клойбера
- г) задержка стула

д) ранней неукротимой рвоты

138. При острой обтурационной толстокишечной непроходимости наблюдается все, кроме:

- а) схваткообразных болей в животе
- б) вздутие живота
- в) постепенного развития перитонита
- г) постоянных болей в животе**
- д) задержки стула и газов

139. Не нарушается кровообращение в брыжейке кишки при:

- а) завороте
- б) обтурации**
- в) узлообразовании
- г) инвагинации
- д) ущемлении

140. Чем объясняется симптом "перемежающейся хромоты" при хронических облитерирующих заболеваниях нижних конечностей?

- а) недостаточным притоком крови в условиях физической нагрузки на конечность**
- б) атрофией мышц голени в связи с хронической ишемией
- в) нарушением периферической двигательной иннервации вследствие ишемии
- г) все объяснения неправильны
- д) все объяснения правильные

141. Какой из указанных симптомов не характерен для хронической артериальной недостаточности?

- а) симптом "плантарной ишемии"
- б) "перемежающаяся хромота"
- в) отсутствие периферического пульса
- г) симптом Хоманса**
- д) изменения поверхностной чувствительности стоп

142. Какой из перечисленных методов не применяется для диагностики хронических заболеваний артерий?

- а) аортография
- б) ангиография
- в) доплерография

г) илеокаваграфия

д) реовазография

143. Какое из перечисленных оперативных вмешательств применяется при облитерирующем атеросклерозе?

а) аорто-бедренное шунтирование

б) подключично-бедренное шунтирование

в) перекрестное бедренно-бедренное шунтирование

г) ни одна из перечисленных операций не применяется

д) все операции применяются

144. Основа патогенеза облитерирующего атеросклероза:

а) аутоиммунные нарушения

б) гиперлипидемия

в) повышенная свертываемость крови

г) гипоксия тканей

д) экстравазальная компрессия артерий

145. Среди перечисленных источников эмболии артерий конечностей один указан неправильно:

а) тромбоз легочных вен

б) тромбоз ушка левого предсердия

в) тромбоз воротной вены

г) тромбоз аневризмы аорты

д) тромбоз аневризмы сердца

146. Какое из заболеваний не относится к острой артериальной непроходимости?

а) острый тромбоз

б) эмболия атероматозными массами

в) эмболия тромбом

г) болезнь Рейно

д) все заболевания можно отнести к острой артериальной непроходимости

147. Для 2-й степени острой ишемии нижних конечностей ведущим признаком является:

а) отек конечности

б) нарушение движений в суставах

в) некробиотические изменения в конечности

г) тотальная контрактура

д) нарушения чувствительности

148. Основным фактором, определяющим лечебную тактику при острой артериальной недостаточности, является:

а) возраст больного

б) тяжесть общего состояния

в) степень ишемии конечности

г) наличие сопутствующего атеросклеротического стеноза или окклюзии пораженной артерии

д) локализация тромбоза или эмболии.

149. Для эмболии артерий характерно:

а) быстро прогрессирующая острая ишемия конечности

б) острое начало

в) интенсивные боли в момент эмболии

г) все признаки характерны

д) все признаки не характерны

150. Для тромбофлебита поверхностных вен характерно:

а) распирающий отек голени

б) инфильтрат и гиперемия по ходу подкожной вены

в) распирающий отек бедра

151. При восходящем тромбофлебите большой подкожной вены выполняется операция:

а) Маделунга

б) Бебкокка

в) Линтона

г) **Троянова-Тренделенбурга**

152. Причины развития трофических язв:

а) высокое венозное давление

б) нарушение тканевого дыхания

в) присоединение воспаления

г) **все перечисленные факторы**

153. Удаление вены с помощью эндовазального зонда это:

а) операция Троянова-Тренделенбурга

б) операция Нарата

в) **операция Бебкокка**

г) операция Линтона

154. Иссечение вен из небольших разрезов при варикозном расширении нижних

конечностей это:

а) операция Троянова-Тренделенбурга

б) **операция Нарата**

в) операция Бебкокка

г) операция Линтона

155. Посттромботическая болезнь возникает после:

а) перенесенного тромбоза магистральных артерий

б) перенесенной эмболии магистральных артерий

в) **перенесенного тромбоза магистральных вен**

156. Основные инструментальные методы диагностики пациентов с посттромботической болезнью:

а) **ультразвуковая доплерография и доплерометрия**

б) ретроградная и дистальная флебография

в) аорто-артериография

г) целиакография

Практико-ориентированные задания (ситуационные задачи).

Ситуационная задача № 1.

У больной М. 80 лет, прооперированной по поводу рака желудка, на 4 день послеоперационного периода появились пульсирующие боли, покраснение и припухлость в околоушной области справа, затрудненное глотание, сухость во рту. При обследовании состояние больной средней степени тяжести, температура тела 39,0°C. Язык сухой, покрыт грязно-серым плотным налетом, слизистая полости рта отечна, в области отверстия околоушного протока отмечается гиперемия. Пальпация околоушной области резко болезненная, кожа напряжена, мягкие ткани лица отечны, симптом флюктуации не определяется. При легком массаже околоушной слюнной железы из слюнного (стенонова) протока выделяется мутная слюна. В общем анализе крови лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, увеличенная СОЭ.

1. Поставьте диагноз.

2. Назовите предрасполагающие факторы развития данного заболевания.

3. Какой фактор является решающим в развитии данного заболевания?

4. Назовите возбудителя инфекции.

5. После каких операций чаще всего возникает данное осложнение?

6. Почему у больной с клиникой абсцесса не определяется симптом флюктуации?

7. Назовите основные методы лечения.

8. Целесообразно ли введение ферментных препаратов?

9. Какое анатомическое образование нужно учитывать при вскрытии абсцесса?

10. Целесообразна ли новокаиновая блокада звездчатого узла?

11. Профилактика данного осложнения.

Ответы

1. Острый гнойный паротит.
2. Обезвоживание, снижение секреции желез (атропин – премедикация), снижение защитных сил организма
3. Гипосаливация
4. Грамм+ стафилококк, стертококк, грамм- кишечная палочка
5. Обширные операции на органах брюшной полости
6. Плотная капсула железы + процесс в стадии инфильтрации
7. Антибиотики (пеницилины, цефалоспорины, в/м и в проток), ферменты, 1% пилокарпин (усиливает секрецию), дезинтоксикационная и инфузионная терапия, оперативное – вскрытие абсцесса.
8. Да, для разжижения секрета
9. Лицевой нерв, разрез в месте размягчения
10. Да, ведёт к уменьшению симпатических влияний и увеличению секреции
11. Гигиена полости рта (орошение слабым раствором соды), борьба с обезвоживанием, усиление саливации (сосание лимона, внутрь 1% пилокарпин)

Ситуационная задача №2

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.

Вопросы

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?

Ответ

- 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

Ситуационная задача № 3.

Больная М., 52 лет, доставлена в клинику бригадой скорой медицинской помощи через 12 часов с момента заболевания.

Жалобы при поступлении на резкую слабость, головокружение, жидкий стул калом черного цвета. Считает себя больной около 12 часов, когда появилась слабость, была рвота кофейной гущей с последующим 2-х кратным, обильным стулом жидким калом черного цвета. Язвенного анамнеза нет.

Объективно: больная заторможена, сонлива. Кожные покровы и видимые слизистые бледного цвета. АД 90/40 мм.рт.ст., пульс 120 /мин. слабого наполнения.

Живот при пальпации мягкий, безболезненный, аускультативно — усиленные перистальтические шумы. Симптомы раздражения брюшины отрицательные.

1. Диагноз и дополнительные методы исследования.
2. Определение степени острой кровопотери.
3. Методы определения групповой принадлежности крови.
4. Тактика, лечения.
5. Объем инфузионно-трансфузионной терапии.
6. Методы определения совместимости при переливании донорской крови.
7. Возможные осложнения при гемотрансфузии.
8. Понятие об универсальном доноре и исключение из него.

Ответы

1. Острое ЖК кровотечение. ФГС, общий анализ крови
2. По Алговеру (индекс шока PS/сАД) если < 1 – лёгкая кровопотеря, 1 – средней тяжести, > 1 – тяжёлая (в норме $0,5$). По ЦВД в норме $5-10$ мм в столба, снижается при кровопотере $15-20\%$ ОЦК. Клинически по пульсу, АД, клинике, по лабораторным показателям Ht, Hb удельный вес крови. У данного больного тяжёлая кровопотеря около $1,5$ л
3. Стандартными изогемагглютинирующими сыворотками, цоликлоны.
4. Консервативная – гемостатическая терапия, ФГС в приёмном покое
5. На догоспитальном этапе $0,5$ л полигюкина, $0,5$ л лактосола, $0,5$ физ раствор, (10 мл эр массы на кг и 10 мл плазмы на кг, коллоидов 20 мл на кг, кристаллоидов 10 мл на кг). На госпитальном 4 л: 1 л полигюкина, 2 л кристаллоидов, 1 л крови.
6. Совместимость по АВ0, совместимость по Rh, биологическая проба.
7. Тромбоэмболия, воздушная эмболия, посттрансфузионные реакции (пирогенные, антигенные, аллергические), собственно осложнения гемотрансфузии (гемотрансфузионный шок, синдром массивных гемотрансфузий, цитратная и калиевая интоксикация), инфекционные осложнения (СПИД, гепатиты)

Ситуационная задача № 4.

Больной П., 62 лет, находится в хирургическом отделении по поводу острого гангренозного аппендицита. Операция 5 суток назад. Сегодня появились боли в области послеоперационной раны, озноб, температура тела поднялась до $38,5^{\circ}\text{C}$.

Объективно: послеоперационная рана отечна, кожа вокруг раны гиперемирована, при пальпации определяется инфильтрация и болезненность.

Лабораторные данные: Лейкоцитоз – $32 \times 10^9/\text{л}$, п/я – 18% , с/я – 43% , СОЭ – 32 мм/час, определяется анизо - и - пойкилоцитоз.

1. Клинический диагноз.
2. Причина ухудшения состояния больного.
3. Какие клинические и лабораторные данные позволяют заподозрить осложнение?
4. Тактика ведения больного.
5. Какие химиотерапевтические и антисептические средства применимы в данной ситуации?
6. Нуждается ли больной в переводе в другое отделение? Если да, то в какое?
7. Виды дренирования раны.
8. Методы асептики.

Ответы

1. Гангренозный аппендицит, аппендэктомия, нагноение п/о раны.
2. Нагноение п/о раны
3. Лейкоцитоз со сдвигом влево, повышенное СОЭ, лихорадка
4. Снять швы, вести как гнойную рану
5. Антибиотики в/м, промывание растворами АС, водорастворимые мази (левомиколь, диоксиколь), повязки с АС
6. В гнойную хирургию

7. Активная, пассивная, проточно-промывная дренирование
8. Асептика: организационные мероприятия (планирование хирургического отделения, разделение потоков больных), обязательное ношение масок, кварцевание, проветривание, влажная уборка, стерилизация хирургического инструментария, шовного материала, имплантатов, обработка хирургического поля, рук хирурга.

Ситуационная задача № 5.

Мужчина 40 лет поступил в хирургическое отделение с жалобами на опоясывающие боли в верхних отделах живота, тошноту, многократную рвоту, не приносящую облегчения. В анализах крови общий билирубин 30 мкмоль/л, прямой билирубин 17 мкмоль/л, непрямой 13 мкмоль/л, лейкоциты $12 \times 10^9/\text{л}$., амилаза крови 56 мг.крахм/ч.л. После проведенной инфузионной терапии состояние больного улучшилось, болевой синдром значительно уменьшился, но оставались тупые боли в эпигастрии и левом подреберье, лабораторные показатели пришли к норме.

На 14 сутки у больного отмечена субфебрильная температура - $37,4^\circ\text{C}$. На следующий день состояние больного резко ухудшилось: больной в сопоре, кожные покровы землистого цвета с желтушным оттенком, имеется петехиальная сыпь, температура тела $39,8^\circ\text{C}$, потрясающие ознобы, АД 60/40 мм.рт.ст., ЧСС 128 уд.в мин., лейкоциты $30 \times 10^9/\text{л}$, мочевого пузыря пуст, креатинин 343 мкмоль/л, мочевины 10 ммоль/л, остаточный азот 30 ммоль/л.

1. Клинический диагноз.
2. Причина внезапного ухудшения состояния.
3. Какие клиничко-лабораторные данные позволяют заподозрить развитие данного осложнения?
4. Какие инструментальные и лабораторные исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
5. Тактика ведения данного больного.
6. Если необходимо назначение антибактериальных средств, то каких?
7. Показаны ли больному методы эфферентной терапии? Если показаны, то при каких условиях и какие?
8. Наиболее вероятная причина появления петехиальной сыпи у больного.
9. Какой комплекс лечебных мероприятий будет направлен на ликвидацию данного осложнения?
10. Прогноз для данного больного.

Ответы

1. Септический панкреонекроз. Эндотоксикоз 3 степени, ОПН
2. Гнойные осложнения и эндогенные интоксикации
3. Увеличение температуры, ухудшение состояния, лейкоцитоз
4. УЗИ, КТ, б/х, РГ с барием ЖКТ, Rg скопия грудной клетки, лапароскопия, ОАК, ОАМ
5. Лечение панкреатита (соматостатин, контрикал, фамотидин, спазмолитики, антибиотики, экстракорпоральная детоксикация – электрохимическая детоксикация). Оперативное лечение – некрэквезрэктомия, дренирование сальниковой сумки.
6. Тиенам, цефипим, ципро- и спарфлоксацин, метронидазол, амоксиклав
7. Показана (дренирование грудного лимфатического протока, с электрохимической детоксикации лимфы, гемосорбция)
8. Тромбгеморрагические расстройства на фоне гиперферментемии
9. Ингибиторы ферментов (контрикал), гепарин при контроле времени свёртывание.
10. Сложный

Ситуационная задача № 6.

Больной Д., 32 лет, хирургом ЦРБ выполнена секторальная резекция правой молочной железы по поводу «фиброаденомы молочной железы». Через 10 дней после операции получен результат гистологического исследования: инвазивный протоковый рак

молочной железы, диаметр опухоли 1,2 см. Пациентка направлена на консультацию в онкодиспансер.

При осмотре: состояние удовлетворительное. В легких без патологии. ЧСС - 76 ударов в минуту, АД 130/70 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Местно: молочные железы мягкие, в верхненаружном квадранте правой молочной железы послеоперационный рубец - без особенностей. Регионарные лимфоузлы не увеличены.

1. Ваш диагноз, стадия заболевания?
2. В чем состоит тактическая ошибка в ведении больной?
3. План лечения больной?

Ответы

1. Рак молочной железы справа. Узловая форма. T1N0M0
2. Сначала нужно было взять биопсию и оперировать с учётом полученных данных, предоперационное лучевая терапия, маммография
3. Полное обследование, преоперационная лучевая терапия всех молочной железы, а также подмышечных, над- и подключичных л/у. Мастэктомия. В п/о периоде облучение парастеральной области.

Ситуационная задача № 7.

Больная Р., 37 лет, поступила в клинику с жалобами на боли в эпигастрии, плохой аппетит, похудание на 10 кг. Больна в течение 6 месяцев, когда впервые появились боли в животе, которые постепенно нарастали. При обследовании по месту жительства на УЗИ в правой доле печени выявлены образования, подозрительные на метастазы. Больная направлена в онкодиспансер.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Температура 37,40С. Пониженного питания. В надключичной области справа пальпируется плотный малоподвижный лимфатический узел 2 см. в диаметре. В легких без патологии. ЧСС 80 ударов в минуту, АД 100/70 мм.рт.ст. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии, где пальпируется плотный край печени, выступающий из-под реберных дуг на 5 см. В пунктате из лимфоузла - элементы эпителиальной злокачественной опухоли. При обследовании: рентгенография органов грудной клетки - без патологии, УЗИ брюшной полости – в правой доле печени множественные гетерогенные образования до 30 мм в диаметре. Выставлен диагноз: Метастазы в надключичный лимфоузел справа, печень без выявленного первичного очага.

1. Опухоли каких локализаций могут метастазировать в правый надключичный лимфоузел?
2. Какие методы дополнительной инструментальной диагностики следует использовать для уточнения природы опухоли и локализации первичного очага?

Ответы

1. Рак желудка, молочной железы, пищевода, щитовидной железы, яичников
2. ФГДС, Rg с барием, УЗИ органов брюшной полости, малого таза, щитовидной железы

Ситуационная задача № 8.

Больной А., 56 лет поступил в клинику с жалобами на нестерпимый зуд кожи, ноющие боли в правом подреберье и эпигастриальной области, слабость, упадок сил, отсутствие аппетита, наличие желтухи, которая появилась 1,5 месяца назад и интенсивно нарастает. Приступов сильных болей никогда не отмечал.

При осмотре: склеры и кожа больного оливкового цвета, тургор кожи резко понижен; на ней множество расчесов. Живот мягкий. Печень увеличена. В правом подреберье пальпируется слегка болезненное образование тугоэластической консистенции, овоидной формы. Стул ахоличен.

1. Какой предварительный диагноз можно поставить?
2. Какие методы лабораторной и инструментальной диагностики помогут установить окончательный диагноз?
3. Каким образом можно помочь больному?

Ответ

1. Опухоль периампулярной области (гепатодуоденальной зоны), механическая желтуха.

2. УЗИ, КТ, ФГДС, РХПГ, лапароскопия с биопсией

3. Первый этап – дренирующая операция для устранения желтухи (холецистостомия, билиодегистивные анастомозы). Второй этап – ПДР, папиллоэктомия, возможно п/о химиотерапию

Ситуационная задача № 9.

Больной Е., 47 лет, поступил в клинику с жалобами на интенсивную боль в верхней половине живота, внезапно появившуюся 2 часа назад. Из анамнеза известно, что больной длительно страдает язвенной болезнью желудка, в последние месяцы сильно похудел. При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Частота пульса 84 удара в минуту. АД - 110/70 мм.рт.ст. Живот не вздут, при пальпации резко напряжён, болезненен во всех отделах. Симптом Щёткина положительный. При обзорной рентгенографии выявлено наличие свободного газа в брюшной полости. При экстренной лапаротомии выявлена язва препилорического отдела желудка, по малой кривизне, с белесоватыми краями хрящевидной плотности, в центре - перфорационное отверстие диаметром 2 мм. В малом сальнике увеличенные до 1,5 см плотные лимфатические узлы.

1. Ваш предварительный диагноз?

2. Какие методы дополнительного обследования необходимы для подтверждения диагноза?

3. Какая операция должна быть выполнена?

Ответы

1. Перфоративный рак желудка

2. Биопсия

3. Субтотальная резекция с региональными л/у

Ситуационная задача № 10.

Больной Н., 64 лет, предъявляет жалобы на боли в эпигастрии постоянного характера вне связи с приемом пищи, впервые появившиеся 5 месяцев назад.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледноваты. Пониженного питания. Периферические лимфоузлы не увеличены. ЧСС - 88 ударов в минуту, АД - 150/90 мм. рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, в эпигастральной области пальпируется плотная подвижная опухоль диаметром 7 см. При обследовании: на ФГДС - по малой кривизне и задней стенке желудка от субкардиального до препилорического отдела язвенно-инфильтративная опухоль. Гистология – перстневидноклеточный рак желудка. Рентгеноскопия желудка - начиная от субкардиального до антрального отдела по малой кривизне дефект наполнения с депо бария в центре, подвижность желудка сохранена, эвакуация не нарушена. При дообследовании данных за отдаленные метастазы не получено.

1. Ваш диагноз?

2. Какое вмешательство следует выполнить в операбельном случае?

Ответы

1. Перстневидноклеточный рак желудка T4NxM0

2. Гастрэктомия с удалением регионарных л/у

Ситуационная задача № 11.

Больная К., 45 лет, поступила с жалобами на наличие опухоли на коже спины, возникшую на месте пигментного невуса после травмы. 3 месяца назад образование стало бурно расти, кровоточить. При осмотре: на коже спины, медиальнее левой лопатки имеется экзофитная опухоль синюшно-красного цвета с кровоточащим изъязвлением в центре, размеры 1,5x1,5x0,5 см. Регионарные лимфоузлы не увеличены.

1. Ваш диагноз?

2. Какие методы уточняющей и инструментальной диагностики следует применить для подтверждения диагноза и уточнения распространенности процесса?

3. Тактика лечения больной?

Ответы

Меланома

1. Биопсия (только перед операцией, т. к. опухоль очень агрессивна), радиоизотопное исследование с Р, термография (температура опухоли на 3-4° выше). Меланоцитарные антитела, меланогены в моче (реакция Якша)

2. Удаление опухоли + химиоиммунотерапия.

Ситуационная задача № 12.

Больная К., 47 лет, поступила с жалобами на боли в эпигастрии, желтушность кожных покровов, слабость, похудание на 7 кг. Больна в течение 4 месяцев, желтуха появилась 1 месяц назад, постепенно нарастала. При осмотре: состояние средней тяжести. Склеры и кожа оливкового цвета. Пониженного питания В легких без патологии. ЧСС 100 ударов в минуту, АД 110/70 мм.рт.ст. Живот мягкий. Печень увеличена на 2 см, край эластичный. Стул ахоличен. При обследовании: общий анализ крови - эритроциты $4,6 \cdot 10^{12}/л$, НЬ - 124 г/л, СОЭ - 35 мм/ч. Лейкоциты $8,4 \cdot 10^9/л$, формула не изменена. Биохимическое исследование крови - билирубин общий - 289 мкмоль/л, прямой 201 мкмоль/л, не прямой - 88 мкмоль/л; ФЛГ без патологии; ФГДС - поверхностный гастрит, двенадцатиперстная кишка без патологии, желчи не содержит; УЗИ брюшной полости — расширение внутривенных желчных протоков до 0,8 см., холедох 6 мм, желчный пузырь 90x30x24 мм. При лапаротомии выявлена инфильтрация гепатикохоледоха, уходящая в ворота печени, около 10 метастатических узлов в правой доле печени.

1. Ваш диагноз?

2. Каким образом можно его подтвердить?

3. Как можно помочь больной?

Ответы

1. Рак общего печёночного протока. Метастазы в печень. 4 стадия

2. РХПГ, ЧЧХ, УЗИ, КТ, биопсия во время операции

3. Радикальная операция невозможна. Паллиативно – устранить желтуху (наружное дренирование печёчно-желчных протоков (при ЧЧХ лапароскопически), реканализация протоков, если возможно обходные билиодигестивные анастомозы.

Ситуационная задача № 13.

Больной В., 58 лет, предъявляет жалобы на повторную рвоту 2 раза в сутки, слабость, похудание на 12 кг за последние 4 мес. При осмотре: состояние средней тяжести. Кожные покровы с землистым оттенком. Пониженного питания. Тургор кожных покровов снижен. ЧСС - 88 ударов в минуту, АД - 110/60 мм. рт. ст. Живот втянут, при пальпации мягкий, безболезненный, в эпигастриальной области пальпируется плотная малоподвижная опухоль диаметром 10 см. При пальпации области желудка - шум плеска. Общий анализ крови: Эр. - $4,8 \cdot 10^{12}/л$; НЬ - 156 г/л; Лейкоциты - $8,4 \cdot 10^9/л$; СОЭ - 2 мм/час.

При операционной ревизии обнаружено, что опухоль размером 12x10 см прорастает в поджелудочную железу. Имеется большое количество метастатических лимфатических узлов по ходу аорты, в малом и большом сальнике. Желудок растянут, неподвижен. Радикальную операцию осуществить невозможно.

1. Ваш предварительный диагноз?

2. Какие методы дополнительной диагностики следует использовать для подтверждения диагноза?

3. Как вы закончите операцию?

Ответы

1. Рак желудка со стенозом

2. ФГС с биопсией, Rg с барием, УЗИ

3. Наложить гастроэнтероанастомоз

Ситуационная задача № 14.

Больная П., 78 лет, предъявляет жалобы на слабость, похудание на 20 кг, повторную рвоту после приёма пищи застойным содержимым. Считает себя больной в течение года. Из перенесённых заболеваний - ИБС, инфаркт миокарда 4 года назад.

При осмотре: состояние ближе к тяжелому. Масса тела 42 кг, рост - 162 см. Кожные покровы бледные, тургор резко понижен. В легких без патологии. ЧСС 90 ударов в минуту, АД 120/70 мм.рт.ст. Живот увеличен в размерах, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии, при перкуссии определяется наличие свободной жидкости. Печень выступает из-под реберной дуги на 4 см., край плотен, бугрист. Стула не было в течение 10 дней. При обследовании по месту жительства Общий анализ крови: Эритроциты $2,1 \cdot 10^{12}/л$, НЬ- 50 г/л, СОЭ- 52 мм/час, ФГДС - в желудке много содержимого, в антральном отделе инфильтративная опухоль, в двенадцатиперстную кишку пройти не удалось. Гистология: недифференцированный рак желудка.

1. Ваш предварительный диагноз, стадия процесса?
2. Необходимый минимум методов дообследования?
3. Ваша тактика лечения больной?

Ответы

1. Рак желудка IV стадии
2. УЗИ, РГ грудной клетки, лапароскопия
3. Больная неоперабельна (метастазы в печень). Обходной гастроэнтероанастомоз или паллиативная резекция

Ситуационная задача № 15.

У больной И., 58 лет, 10 месяцев назад появилась дисфагия, которая постепенно нарастала. В настоящее время с трудом может проглотить глоток воды. При осмотре: больная резко истощена. Над левой ключицей пальпируется конгломерат плотных лимфатических узлов. В легких без патологии. ЧСС - 76 ударов в минуту, АД - 140/80 мм.рт.ст.. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии. Печень по краю реберной дуги. При рентгенографии пищевода выявлено его резкое сужение в абдоминальном отделе, супрастенотическое расширение. Тугого наполнения желудка получить не удалось, но создаётся впечатление наличия дефекта наполнения в верхней трети тела по малой кривизне. При эзофагоскопии выявлено резкое сужение пищевода на 34 см от резцов. Провести эндоскоп в желудок не удалось. При гистологическом исследовании биоптата получена картина многослойного плоского эпителия.

1. Ваш диагноз?
2. Какие диагностические средства следует использовать для подтверждения диагноза и уточнения распространенности процесса?
3. Ваша тактика в лечении больной?

Ответы

1. Плоскоклеточный рак пищевода IV стадии.
2. РГ с барием (можно с пневмомедиастинумом), КТ, лимфодуктография, азиография, медиастиноскопия, радиоизотопное исследование с Р
3. Больной неоперабелен – наложение гастростомы, лучевое лечение, можно химиотерапию (моэфективно)

Ситуационная задача № 16.

Больная А., 31 года, 2 месяца назад обнаружила у себя узел в щитовидной железе, обратилась к онкологу. При осмотре: область щитовидной железы визуально не изменена, при пальпации в правой доле обнаруживается узловое образование округлой формы, эластической консистенции, подвижное, 2,5 см в диаметре. Регионарные лимфоузлы не увеличены. В пунктате - группы клеток фолликулярного эпителия.

1. Ваш диагноз?
2. Какие средства дополнительной диагностики следует применить в данном случае?

3. Тактика лечения больной

Ответы

1. Опухоль щитовидной железы (возможно фолликулярный рак). Дифференциальная диагностика с аденомой, узловым зобом
2. УЗИ, КТ, радиоизотопное исследование с йодом, ангиография щитовидной железы
3. При любых узловых образованиях щитовидной железы (одиночных) тактика одна – удаление с интраоперационным гистологическим исследованием

Ситуационная задача № 17.

Больной У., 45 лет, предъявляет жалобы на задержку при проглатывании твердой пищи, появившуюся 4 месяца назад. При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. Питание умеренное. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Дыхательная, сердечно-сосудистая система - без патологии. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. При ФГДС на 27 см от резцов выявлена чашеобразная опухоль слизистой пищевода по задней и боковым стенкам 4,5 см в диаметре. Желудок и двенадцатиперстная кишка без патологии. Гистологически - высокодифференцированный плоскоклеточный рак. При рентгеноскопии пищевода выявлена ниша с приподнятыми краями на уровне Th V-VI, протяженность опухоли 5 см. При ФЛГ, УЗИ брюшной полости, лапароскопии и компьютерной томографии грудной клетки данных за метастазы и прорастание опухоли в соседние органы не получено.

1. Какой стадии заболевания соответствуют приведенные данные?
2. Какие варианты лечения больного могут быть предложены?

Ответы

1. Рак пищевода II стадия (размер опухоли 3-5 см).
2. Резекция пищевода с пластикой большой кривизной желудка, возможно проведение Льюиса (резекция поражённого участка и наложение эзофагогастроанастомоза), операция Добромысова-Торека (резекция, наложение гастростомы, через 3-6 мес, пластика пищевода кишечником).

Ситуационная задача № 18.

Больной А., 55 лет, поступил с жалобами на схваткообразные боли в животе, в течение последних 6 месяцев отмечает запоры, периодически вздутие живота. При осмотре: состояние удовлетворительное. Умеренного питания. В легких без патологии. ЧСС 96 ударов в минуту, АД - 150/90 мм.рт.ст. Язык влажный. Живот неравномерно вздут, при пальпации болезненный в левом подреберье. Симптом Щеткина отрицательный. Печень по краю реберной дуги. При ректальном исследовании - пустая ампула прямой кишки. На обзорной рентгенограмме брюшной полости - пневматоз кишечника, единичный уровень жидкости. Больного оперируют в экстренном порядке. После вскрытия брюшной полости обнаружена опухоль селезеночного угла толстой кишки, не прорастающая в соседние органы, подвижна, видимых метастазов нет. Приводящая кишка забита каловыми массами.

1. Какую операцию следует выполнить?
2. Какая клиническая форма рака ободочной кишки имела место в данном случае?

Ответы

1. Двухэтапное оперативное лечение. 1 – правосторонняя гемиколонэктомия с наложением колостомы. 2 – межкишечный анастомоз
2. Обтурационная (другие формы – токсикоанемическая, диспептическая, энтероколитическая, псевдовоспалительная, опухолевая).

Ситуационная задача № 19.

Больной Ц., 50 лет, 3 месяца назад обнаружил примесь крови в кале, до этого в течение года беспокоили запоры, боли в левой подвздошной области. При осмотре: состояние удовлетворительное. Умеренного питания. В легких без патологии. ЧСС 76 ударов в минуту, АД - 140/90 мм.рт.ст. Язык влажный. Живот не вздут, при пальпации болезненный в левой подвздошной области, где пальпируется

плотная опухоль 5 см. в диаметре. Печень по краю реберной дуги. При ректальном исследовании патологии не выявлено. При фиброколоноскопии на 25 см от ануса чашеобразная опухоль протяженностью 4 см. Гистология – умеренно-дифференцированная аденокарцинома толстой кишки. При ирригоскопии в средней трети сигмовидной кишки дефект наполнения протяженностью 5 см. При УЗИ брюшной полости, ФЛГ и лапароскопии данных за метастазы не получено.

После нижнесрединной лапаротомии выявлена опухоль средней трети сигмовидной кишки, прорастающая серозную оболочку, в левой доле печени по диафрагмальной поверхности обнаружено 2 метастатических узла по 1,5 см в диаметре.

1. Диагноз, стадия?
2. Какую операцию следует выполнить?

Ответы

1. Рак сигмовидной кишки IV стадии
2. Операция Гартмана (резекция поражённого участка, ушивание культи прямой кишки, колостомы)

Ситуационная задача 20.

Больной С., 37 лет, 2 месяца назад обнаружил примесь крови в каловых массах. Из анамнеза: в течение многих лет страдает запорами, отец больного в возрасте 40 лет погиб от рака прямой кишки (неоперабельного).

При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких без патологии. ЧСС 72 удара в минуту, АД - 130/80 мм.рт.ст. Живот мягкий, болезненный в левом мезогастрин. Печень не увеличена. При пальцевом исследовании определяется нижний полюс плотной опухоли по задней стенке, на перчатке - кровь. Общий анализ крови: Эритроциты $3,6 \times 10^{12}/л$, Hb - 102 г/л, СОЭ - 25 мм/час. Лейкоциты $7,4 \times 10^9/л$, формула не изменена. При колоноскопии на 7 см от ануса выявлена экзофитная, рыхлая, контактно кровоточащая опухоль до 6 см в диаметре (гистология: высокодифференцированная аденокарцинома). В ободочной кишке, начиная от печеночного изгиба, множество полипов от 0,5 до 2 см в диаметре.

1. Ваш диагноз?
2. Минимальный объем дополнительного обследования для определения лечебной тактики?
3. Характер оперативного пособия при отсутствии распространенности процесса?

Ответы

1. Рак прямой кишки. Диффузный полипоз толстого кишечника (синдром Пейтс-Эггера)
2. УЗИ, КТ, лимфодуктография, радиоизотопное исследование
3. Экстирпация прямой кишки (брюшно-промежностная), субтотальная резекция ободочной кишки по поводу полипоза.

Ситуационная задача 21.

Больной П., 48 лет. Жалуется на сухой кашель, слабость, упадок сил, одышку, после перенесенного гриппа, начавшегося с температуры $39,5^{\circ}C$, вот уже в течение 3 недель держится субфебрильная температура. При осмотре: состояние удовлетворительное. Температура $37,2^{\circ}C$. Кожные покровы бледной окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. Справа в верхнем отделе легкого выслушивается ослабленное дыхание. ЧСС 80 ударов в минуту. АД - 120/70 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Общий анализ крови: Эритроциты $3,9 \times 10^{12}/л$, Hb - 112 г/л, СОЭ - 45 мм/ч. Лейкоциты $11,4 \times 10^9/л$, эозинофилы-1%, п/я-10%, с/я 61%, лимфоциты-23%, моноциты-5%. В скудной мокроте слизистого характера много эритроцитов. Рентгенологически в верхней доле правого легкого определяется неравномерной интенсивности затемнение без четких границ. На боковом снимке определяется ателектаз III сегмента. При бронхографии было выявлено значительное сужение верхнедолевого бронха и изъеденность его контуров, отсутствие бронха переднего сегмента.

1. Ваш диагноз?
2. Объем дообследования больного?
3. Тактика лечения больного?

Ответы

1. Центральный рак лёгкого. T2NxMx (перибронхиальный рост)
2. КТ, ангиография, Бронхоскопия с биопсией, медиастиноскопия, анализ мокроты на АК, УЗИ отдалённые метастазы)
3. Лобэктомия, лучевая, химиотерапия (циклофосфан, 5-фторурацил, нирозомочевина)

Ситуационная задача № 22.

У больной В., 30 лет, ни разу не беременевшей, появились болезненные ощущения в молочных железах, усиливающиеся перед менструацией. Железы стали набухать, а из сосков появились выделения серо-зеленого цвета. Периодически болезненные ощущения заметно уменьшались без какого-либо лечения, а затем появлялись вновь. При осмотре: Состояние удовлетворительное. В легких без патологии. ЧСС - 92 удара в минуту, АД - 110/70 мм.рт.ст. Живот мягкий безболезненный. Местно: молочные железы имеют грубо дольчатое строение, в верхненаружных квадрантах желез мелкая зернистость, болезненная при пальпации («дробинчатая грудь»), Аксилярные лимфоузлы не увеличены. Щитовидная железа диффузно увеличена, II степень по Николаеву,

1. Какой может быть поставлен диагноз?
2. Какое дополнительное обследование следует предпринять?
3. Как лечить больную?

Ответы

1. Кистозная мастопатия. Диффузный нетоксический зоб II стадии
2. Биопсия молочной железы, определение гормонов щитовидной железы, Rg скопия грудной клетки
3. 0,25% р-р KI по одной чайной ложке в день, после еды, стимулирует выработку ЛГ гипофиза – нормализуется овариальный цикл, снижается уровень эстрогенов, снижается их влияние на молочную железу, в ней уменьшаются пролиферативные процессы. Витамины. Однобромистая камфора 0,25 – 0,3 мг 2-3 раза в день с перерывами на 3-4 дня до и после менструации. Димексид, растворяет избыточную рубцовую ткань, обладает обезболивающим и п/в действием 0,5 – 1 мл 50% р-ра стеклянной палоской перед сном на кожу в место проекции болевых ощущений. Гепатотропные препараты (метионин, холенизм, аллохол – улучшают функцию печени – инактивация эстрогенов), тонизирующие препараты, женьшень, элеутерококк, седативные средства). Гормональная терапия, при отсутствии эффекта от вышеизложенной терапии (эстрогены или антиэстрогены в зависимости от гормонального спектра), лечение зоба.

Ситуационная задача № 23.

У больной Ж, 51 года, 15 лет назад был диагностирован узловый эутиреоидный зоб размером 3х3 см. Все годы образование не причиняло ей никакого беспокойства, за последние 3 месяца образование несколько увеличилось в размерах. Больная отмечает ухудшение общего состояния: слабость, быструю утомляемость.

При пальпации в левой доле щитовидной железы опухолевидное образование 4 см в диаметре, поверхность неровная, консистенция плотная. Образование ограничено в подвижности. Лимфатические узлы по ходу левой кивательной мышцы увеличены до 3 см, плотные.

1. Какой вы поставите диагноз?
2. Как можно подтвердить диагноз и какие методы исследования применить для уточнения стадии заболевания?
3. Как будете лечить больную?

Ответы

1. Рак щитовидной железы, III стадии (л/у поражены с той же стороны, ограничение подвижности)

2. УЗИ, пункция щитовидной железы и увеличенного Л/У, радиоизотопное сканирование, ангиография

3. Комбинированная терапия (предоперационно 30-40 Грей на щитовидную железу, через 3 недели субтотальная резекция.

Ситуационная задача № 24.

Больная Б., 61 года, 2 месяца назад обнаружила образование в правой молочной железе. Из анамнеза: менопауза в течение 9 лет. Беременностей - 4, родов - 2, аборт - 2. При осмотре: состояние удовлетворительное Температура 36,2°C. Кожные покровы обычной окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких без патологии. ЧСС 80 ударов в минуту. АД - 120/70 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Местно: левая молочная железа мягкая. На границе наружных квадрантов правой молочной железы в 3 см от соска определяется плотное бугристое образование без четких границ 4,5 см в диаметре, положительный симптом «площадки». В правой аксиллярной области плотный лимфоузел 1 см в диаметре. В пунктате из образования молочной железы - картина высокодифференцированного рака, в пунктате из лимфоузла - элементы лимфоидной ткани.

1. Ваш диагноз, стадия заболевания?

2. План лечения больной?

Ответы

1. Высокодифференцированный рак правой молочной железы IIБ стадии (имеются смещаемые поражённые л/у на той же стороне)

2. Радикальная мастэктомия по Холстеду (одним блоком удаляется большая грудная и малая грудная мышцы с лимфоузлами, клетчаткой), и по Пэйти (оставляют большую грудную мышцу) + лучевая терапия, химиотерапия (Адреамицин, Циклофосфан, 5-фторурацил, метотрексат).

Ситуационная задача № 25.

Больная К., 51 года, предъявляет жалобы на опухоль в левой молочной железе, наличие язвы на коже левой молочной железы с неприятным запахом. Из анамнеза: опухоль в молочной железе больная обнаружила 2 года назад, за помощью не обращалась. Менопауза 1 год. При осмотре: состояние удовлетворительное Температура 37,3°C. Кожные покровы обычной окраски. Повышенного питания. В легких дыхание везикулярное, ослаблено слева в нижних отделах. ЧСС 80 ударов в минуту. АД – 150/100 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Местно: в левой молочной железе плотная бугристая опухоль диаметром 11 см, на коже в верхненаружном квадранте язва, дно которой покрыто гнойно-некротическим налетом со зловонным запахом. Подмышечные лимфатические узлы слева значительных размеров, спаяны. При рентгенологическом исследовании в легких выявлены метастазы, экссудативный плеврит слева. В пунктате из опухоли и лимфоузла - элементы эпителиальной злокачественной опухоли. В мазке-отпечатке из язвы - фибринозно-некротические массы.

1. Ваш диагноз, стадия заболевания согласно международной и старой классификации.

2. Какова тактика лечения больной?

Ответы

1. Рак левой молочной железы IV стадии. T4N2M1

2. Расширенная радикальная мастэктомия, гормональная терапия (женщина в менопаузе - тамоксифен), лучевая терапия, химиотерапия – ЦМФ (6 2х недельных курсов).

Ситуационная задача № 26.

Больной Н., 65 лет, трое суток назад при резком торможении автобуса упал и ударился правой половиной грудной клетки. Врач травмпункта установил наличие перелома VII – VIII ребер справа по передне-подмышечной линии, наложил давящую повязку на грудь, рекомендовал больному принимать анальгин. Самочувствие больного не улучшалось, оставалась боль при дыхании, присоединился кашель с мокротой, стала нарастать одышка, повысилась температура. При осмотре у больного тахикардия до 94 ударов в

минуту, цианоз губ, температура 38,4°C, резкое ослабление дыхания справа, рассеянные влажные хрипы.

1. Какое осложнение перелома ребер имеет место.

2. Отметьте ошибки врача травмпункта, способствовавшие ухудшению состояния больного.

3. Перечислите мероприятия, необходимые для ликвидации имеющегося у больного осложнения.

4. Назовите классификацию травм груди.

5. Перечислите методы адекватного обезболивания при переломах ребер, в том числе, для данного больного.

6. Объясните смысл и опишите технику новокаиновых блокад "трех точек".

7. Укажите неотложные мероприятия при напряженном пневмотораксе.

8. Перечислите методы лечения при "флотирующих" переломах ребер.

Ответы

1. Пневмония

2. Необоснованно наложена давящая повязка (ограничивает экскурсию грудной клетки, снижается вентиляция лёгких), также необходимо назначить средства снижающие вязкость мокроты (АЦЦ)

3. Необходимо снять повязку, выполнить спирт-новокаиновую блокаду, назначить антибиотики, противовоспалительную, дезинтоксикационную терапию, отхаркивающие препараты.

4. Открытая, закрытая, проникающая, непроникающая, с повреждением или без повреждения внутренних органов.

5. Межрёберная, паравerteбральная, вагосимпатическая – блокажа 3х точек (для этого больного межрёберная и паравerteбральная, желательно спирт-новокаиновая 1:10)

6. Межрёберная – по нижнему краю соответствующего ребра 10-15мл 0,5% новокаина, паравerteбральная – в соответствующем сегменте на 3-4 см отступить от остистого отростка на глубину 4-5 см 10 мл 0,5% новокаина. По Вишневскому – при обширных повреждениях рудной клетки, но только, с одной стороны. По заднему краю М стерноклеидомастоидеус \approx с/3 по направлению к позвоночнику, отступя от него назад 1 см 80 мл 0,25% новокаин

7. На догоспитальном этапе необходимо перевести в открытый (пункция). На госпитальном – дренаж по Бюлау, при неэффективности – оперативное лечение (ушивание)

8. Остеосинтез рёбер танталовой проволокой, подшивание к шине, фиксация пулевыми щипцами, ИВЛ

Ситуационная задача № 27.

Женщина 28 лет жалуется на наличие образования в левой подмышечной области, которое в период менструального цикла становится плотнее, слегка болезненным. Образование округлой формы, диаметром 4 см, мягко-эластической консистенции, имеет дольчатое строение.

Вопросы

1 Ваш диагноз?

2 Какие дополнительные методы обследования позволяют верифицировать диагноз?

3 Какую опасность представляет данное заболевание?

4 Тактика при данной патологии?

5 С каким заболеванием следует дифференцировать данную патологию?

Ответ

1 Диффузная форма мастопатии.

2 ОАК, ОАМ, СРБ, маммография, УЗИ, пункционная биопсия.

3 Данное заболевание является факультативным предраком.

4 Коррекция гормонального фона- используются андрогены, а так же мастодиол, маммолептин, йодомарин, рекомендуются роды. Оперативное лечение- подкожная или

простая мастэктомия, секторальная резекция, в зависимости от характера патологического процесса.

5 Следует дифференцировать с раком, туберкулезом, другими доброкачественными опухолями.

Ситуационная задача № 28

Больная Т., 50 лет, обратилась с жалобами на постоянные боли ноющего характера в правой паховой области, усиливающиеся при ходьбе, ограничение движений в правом тазобедренном суставе. Объективно: у больной в правом тазобедренном суставе определяется: сгибание - 70°, разгибание - 0°, отведение - 15°, приведение - 15°, наружная ротация - 0°, внутренняя - 0°.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Укажите дополнительные методы обследования.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Классификация дегенеративно-дистрофических заболеваний суставов (ДДЗС).
5. Этиология и патогенез ДДЗС.
6. Консервативное лечение ДДЗС.
7. Оперативное лечение ДДЗС.
8. Современные методы диагностики и лечения ДДЗС на ранних и поздних стадиях.

Ответы

1. Асептический некроз головки бедренной кости справа
2. Rg. МРТ, измерения ВКД, термография, флебография
3. На основании Rg картины.
4. По Косинской ДОО Кистовидная перестройка сочленяющихся костей Асептический некроз врожденная дисплазия сосудов + внешние факторы (алкоголь, курение, переохлаждение, физические перегрузки). Существует 3 теории – сосудистая (кафедра), механистическая, метаболическая
5. Разгрузка, обезболивающая, нитроглицерин в/в, артепарон, румалон, лазер п/в, обезболивающая терапия
6. Тунелизация, межвертельная остеотомия, ротационная остеотомия, костнопластическая (Шаиро – пересадка мышечно-сосудистого лоскута), Имплантация нижней надчревной артерии, артрорез, эндопротезирование. см п2

Ситуационная задача № 29.

Больной Х., 62 лет, пенсионер, поступил в клинику с жалобами на боли в эпигастрии и за грудиной, возникающие натощак, усиливающиеся по ночам. Боли сопровождаются тяжелой отрыжкой и изжогой, ночным кашлем. Подобные боли отмечает около трех недель, связывает с нерегулярным питанием. Прием соды кратковременно купирует боль. При поступлении: состояние удовлетворительное, кожные покровы обычной окраски, правильного телосложения, повышенного питания. При пальпации живота незначительная болезненность в эпигастрии.

1. Каков ваш предварительный диагноз?
2. Дифференциальная диагностика.
3. Составьте план обследования больного.
4. При ФГДС выявлены участки гиперемии слизистой с небольшими эрозиями в области пищеводно-желудочного перехода.
5. Какая степень тяжести заболевания по эндоскопической классификации (Савари-Миллера)?
6. Сформулируйте полный клинический диагноз.
7. Современные методы консервативной терапии.
8. Показания к оперативному лечению.
9. Методы хирургического лечения данной патологии.

Ответы

1. ГЭРБ
2. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, дивертикул пищевода, ИБС, ЯБ.

3. Обязательный + рентген с барием, ФГС с биопсией, эзофагоманометрия, рН-метрия, ЭКГ, посев на НР.
4. II степень по Петровскому (Эрозии).
5. ГЭРБ, рефлюкс-эзофагит II степени тяжести.
6. Нормализация образа жизни. Диета, антациды, венгер, H2-блокаторы, блокаторы протонной помпы, церукал, мотилиум, цизаприд
7. Неэффективность консервативной терапии, повторяющееся кровотечение, пищевод Баррета, дисплазия эпителия, малигнизация, стеноз.
8. Воссоздание угла Гиса, фундопликация. Можно сочетать с ваготомией и пилоропластикой.

Ситуационная задача № 30.

Больной К., 45 лет, поступил в клинику с жалобами на резкие боли в правой паховой области, появившиеся после поднятия тяжести. С момента появления боли прошло 3 часа. При осмотре: состояние удовлетворительное, живот не вздут, мягкий, умеренно болезненный в правой подвздошно-паховой области, симптомов раздражения брюшины нет. В правой паховой области имеется резко болезненное опухолевидное образование плотноэластической консистенции, размером 5х6х4 см, невправимое в брюшную полость. Кожа над ним не изменена. Из анамнеза: в течение двух лет отмечал периодическое появление в правом паху данного образования, но оно самостоятельно исчезало.

1. Сформулируйте полный клинический диагноз.
2. С какими заболеваниями проводится дифференциальный диагноз?
3. Какова хирургическая тактика при этом заболевании?
4. Назовите особенности хирургического вмешательства при данной патологии.
5. Во время проведения хирургической операции у этого больного оказалось, что в рану предлежат две петли тонкой кишки обычного цвета, с блестящей серозной оболочкой, перистальтирующие, сосуды брыжейки пульсируют.
6. Какой вариант патологии имеется у больного?
7. Какова дальнейшая интраоперационная тактика?
8. Современные методы хирургического лечения.
9. Назовите меры первичной и вторичной профилактики данной патологии.

Ответы

1. Ущемленная правосторонняя паховая грыжа.
2. С невправимой грыжей (существует длительно, не сопровождается выраженной болью, отсутствует напряжение грыжевого выпячивания, нет резкой болезненности при пальпации и сохраняется кашлевой толчок, общее состояние больного не страдает). С копростазом при невправимой грыже (у пожилых, отсутствуют классические симптомы ущемления, нарастает постепенно без предшествующего физического напряжения с медленным развитием болевого синдрома, боль не такая интенсивная, задержка стула и газов, напряжение грыжевого мешка не выражено, «+» симптом кашлевого толчка). С паховым лимфаденитом (инфекция на стопе, голени, бедре или промежности, развивается постепенно, с лихорадкой, ознобом и т.д., контуры л/у более четкие, иногда пальпируется группа л/у). С натечным абсцессом (появляется в вертикальном положении и исчезает лежа, флюктуация, перкуторно — тупой звук). С метастазами в паховые л/у (л/у плотные, б/б, отсутствуют симптомы ОКН, +жалобы, анамнез, обследование).
3. Срочная операция.
4. Первоочередная задача - как можно более быстрое обнажение и фиксация ущемленного органа. Только после этого производят рассечение ущемляющего кольца и обследование ущемленного органа. Перед вскрытием грыжевого мешка рану надо изолировать от окружающих тканей салфетками, т.к. содержимое грыжевого мешка м.б. инфицировано. После устранения ущемления оценивается жизнеспособность органа. Петля кишки извлекается вместе с приводящей и отводящей петлями, помнить о ретроградном ущемлении. Если необходимо, то производят герниолапаротомию или дополнительную срединную лапаротомию.

5. Ретроградное ущемление по Поля.

6. Необходимо извлечь и осмотреть промежуточную петлю. Если она тоже жизнеспособна, то погружение кишки в брюшную полость, удаление грыжевого мешка и пластика грыжевых ворот. Если нет - резекция ее и 30-40см приводящей и 15-20см отводящей петли кишки. Анастомоз (лучше «конец в конец»).

7. Метод Шульда (укрепление задней стенки пахового канала за счет создания дубликатуры поперечной фасции путем непрерывного многорядного шва металлизированной нитью + дубликатура апоневроза наружной косой мышцы живота). Пластика проленовой или полипропиленовой сеткой – по Лихтенштейну. Лапароскопическая герниопластика, Постемского, Мак – Вея, Кукуджанова, классический способ Бассини.

8. 1я профилактика: исключать стойкое ↑ внутрибрюшное давления. 2я: плановое грыжесечение.

Ситуационная задача № 31.

Больная П., 66 лет, обратилась с жалобами на наличие опухолевидного образования, расположенного на передней поверхности брюшной стенки, периодические боли в области его.

Из анамнеза: три года назад оперирована по поводу гангренозно-перфоративного холецистита, желчного перитонита. Через 2 месяца после операции отметила появление опухолевидного образования в области послеоперационного рубца. Постепенно образование увеличилось в размерах, появились боли.

Сопутствующие заболевания: ИБС: стенокардия напряжения, ФК II; Гипертоническая болезнь II стадии.

При осмотре: состояние удовлетворительное, повышенного питания. Отмечается выраженная асимметрия живота за счет опухолевидного образования размером 20x25x18 см, мягко-эластической консистенции, направленного в брюшную полость, расположенного в области старого послеоперационного рубца.

1. Клинический диагноз.
2. Дифференциальная диагностика.
3. Причины появления данного заболевания.
4. Показания к оперативному лечению.
5. Особенности предоперационной подготовки при данном заболевании.
6. Современные методы хирургического лечения.
7. Ведение послеоперационного периода.

Ответы

1. Гигантская послеоперационная вентральная грыжа.
2. С опухолью
3. Нагноение послеоперационной раны (из-за небрежного гемостаза, грубого обращения с тканями во время операции и плохая защита раны от загрязнения, введение через рану тампонов и дренажей, нарушение правил асептики и т.д.).

4. Эвентрация (стойкое повышение внутрибрюшного давления при кашле, рвоте, ранних физических нагрузках, парез кишечника при перитоните, технические погрешности при ушивании). Большая физ нагрузка

5. Ущемление, травматизация, спаечная непроходимость, угрожающий разрыв (абсолютные); косметический дефект, быстрый рост, узкие ворота, нарушение пассажа пищи, желание пациента.

6. Стабилизация сопутствующих заболеваний, консультации специалистов, исследование свертывающей системы крови, дополнительное рентгенологическое исследование с барием. Ношение бандажа, чтобы организм привык к повышенному в/б давлению. ЛФК для укрепления ДС и ССС. Очистительная клизма, реланиум на ночь, не завтракать.

7. Пластика аутокожей, аутофасцией, капроновой, проленовой или полипропиленовой сеткой. Используется ненапряжной метод. Можно сделать невправимую грыжу вправимой и после экономного иссечения рубцов закрыть дефект аллотрансплантатом.

8. Профилактика пареза кишечника. Бинтовать ноги, аспирин. Наблюдение. Следить за состоянием ССС и ДС, обезболивать. Поднимают на 2-3 день. Ношение бандажа сроком до 1г. При необходимости - переливание жидкости, коррекция водно- солевого и КЩР. Витамины А, С, Д. ЛФК.

Ситуационная задача № 32.

Больная Г., 59 лет, обратилась в клинику с жалобами на боли в правой голени, повышение температуры тела до 38,50С. Заболела неделю тому назад. Лечилась самостоятельно путем применения спиртовых компрессов на голень. Боли не прошли, стойко держалась высокая температура тела.

При осмотре: общее состояние удовлетворительное, пульс 96 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения.

Местно: кожа голени гиперемирована по ходу варикозно расширенной вены в нижней трети голени, там же уплотнение кожи. Умеренный отек голени, движения в суставах конечности пассивные. В средней трети голени язва размерами 2х3 см с подрытыми краями, умеренным гнойным отделяемым. В очаге уплотнения вены имеется флюктуация.

1. Сформулируйте клинический диагноз: основной, осложнения основного.

2. Дифференциальный диагноз.

3. Дальнейшая хирургическая тактика.

4. Причины появления трофических язв на нижних конечностях.

5. Современные методы консервативного лечения трофических язв на почве хронической венозной недостаточности.

6. Особенности трофических язв другой этиологии: диабетические, нейротрофические, гипертонические.

7. Показания и методы хирургического лечения.

8. Профилактика трофических язв венозной этиологии.

Ответы

1. Варикозная болезнь III стадии. Осложнения: острый тромбоз поверхностных вен правой голени. Трофическая язва голени

2. Рожь, флегмона подкожной клетчатки,

3. Оперативное лечение. (перевязка большой подкожной вены у места впадения в бедренную, в специализированном стационаре различные варианты тромбэктомий.)

4. Застой, отёк, гипоксия, нарушение трофики

5. Эластическая компрессия конечности с помощью лечебных чулок, или бинтов, цинк-желатиновая повязка на трофическую язву, ГБО, УФО, возвышенное положение конечности, склерозирующая терапия (фибровен, тромбовар, этоксисклерол), Венотоники (троксивазин, венорутон)

Ситуационная задача № 33.

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 отстаёт 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 ША (декомпенсация, с частично обратимыми 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 № 34.

Больной И., 45 лет, поступил в клинику через 2 часа после получения травмы в состоянии алкогольного опьянения с жалобами на боли в левой половине грудной клетки, усиливающиеся на вдохе. Со слов больного поскользнулся и упал на левый бок. При осмотре: состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, влажные. АД 100/60 мм.рт.ст, ЧСС – 100 в минуту; больной лежит на левом боку, изменение положение тела вызывает боли в грудной клетке и животе. На левой половине грудной клетки имеютсяссадины и кровоподтеки, локальная болезненность по ходу IX и X ребер слева по средней подмышечной линии. Живот не вздут, при пальпации резко болезнен и напряжен, положителен симптом Щеткина-Блюмберга. В анализе крови: эр. – 4,5 x 10¹²/л, Hb – 130 г/л, Ht – 0,40. При рентгеноскопии грудной клетки выявлен перелом X ребра слева.

1. Предварительный диагноз, дифференциальная диагностика.
2. Какие дополнительные исследования необходимо произвести для уточнения диагноза?
3. При выполнении диагностической лапароскопии в брюшной полости выявлено около 3 литров крови со сгустками, расположенной преимущественно по левому флангу.
4. Дальнейшая хирургическая тактика.
5. Что делать с излившейся в брюшную полость кровью?
6. При ревизии органов брюшной полости во время операции выявлены множественные глубокие разрывы селезенки с распространением на ворота селезенки.
7. Окончательный клинический диагноз.
8. Классификация повреждений селезенки.
9. Современные методы хирургического лечения при травмах селезенки.

Ответы

1. Сочетанная травма: закрытая тупая травма груди и живота, внутрибрюшное кровотечение. Дифференциальная диагностика повреждений органов живота: разрыв полого органа, паренхиматозного, гемоперитонеум; повреждений органов груди: ушиб сердца, повреждение легкого, гемоторакс, пневмоторакс.
2. ЭКГ, обзорная рентгенография, УЗИ органов брюшной полости, диагностическая лапароскопия.

3. Переход в лапаротомию, ревизия брюшной полости (источник кровотечения).
4. Реинфузия.
5. Сочетанная закрытая травма груди и живота: перелом X ребра слева, множественные разрывы селезенки.
6. Одно- и двухмоментные. Открытые (огнестрельные, резаные, колотые). Одиночные, множественные. Подкапсульный разрыв, трещина капсулы, размозжение, отрыв части органа, отрыв от ножки.
7. Подкапсульный разрыв, трещина капсулы, одиночный разрыв, множественные повреждения, размозжение, отрыв части органа, отрыв селезенки от ножки.
8. Спленэктомия, ушивание разрыва, резекция селезенки, аутоотрансплантация.

Ситуационная задача № 35.

Больная И., 64 лет, предъявляет жалобы на боли и тяжесть в правом подреберье особенно при приеме жирной и жареной пищи; сильную отрыжку горечью, усиливающуюся после приема пищи; периодическое срыгивание, особенно при наклонах туловища вперед после еды.

Подобные расстройства беспокоят около двух лет.

При осмотре: состояние удовлетворительное, повышенного питания. Живот не вздут, мягкий, незначительно болезненный в эпигастрии и правом подреберье. При обследовании: УЗИ - выявлены конкременты в желчном пузыре, ФГДС – рубцовая деформация луковицы 12-перстной кишки, несостоятельность кардиоэзофагеального жома, катаральный рефлюкс-эзофагит; рентгеноскопия пищевода и желудка с бариевой взвесью: пищевод укорочен, складки слизистой кардиального отдела желудка находятся выше диафрагмы.

1. Поставьте полный клинический диагноз.
2. Какие виды сочетанной взаимообусловленной патологии желудочно-кишечного тракта вы знаете?
3. Классификация грыж пищеводного отверстия диафрагмы.
4. Показания к хирургическому лечению скользящих грыж пищеводного отверстия диафрагмы, методы хирургического лечения.
5. Что такое симультанная операция?
6. Какие варианты хирургической коррекции возможны у данной больной?

Ответы

1. ЖКБ: хронический холецистит. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Рефлюкс-эзофагит. Язвенная болезнь в стадии ремиссии, триада Карвера
2. Холецистит+панкреатит, ЯБ+рефлюкс-эзофагит, ЯБ+панкреатит, ЯБ+колит, панкреатит+колит.
3. Врожденная и приобретенная; скользящие – пищеводные, кардиальные, кардиофундальные, субтотальные, тотальные; параэзофагальные – фундальные, антральные, кишечные, желудочно-кишечные и сальниковые.
4. Неэффективность консервативной терапии, повторяющееся кровотечение, пищевод Баррета, дисплазия эпителия, малигнизация, рубцовая стриктура, дисплазия. Методы: круорография, фундопликация по Ниссену, Тоуп.
5. Операция, выполняемая по поводу сочетанной патологии (холецистэктомия и удаление кисты яичника лапароскопическим методом)
6. Лапароскопическая холецистэктомия и гастропексия. Холецистэктомия открытым способом, гастропексия + ваготомия с пилоропластикой.

Ситуационная задача № 36.

Больной Б., 42 лет, поступил в клинику на вторые сутки с момента травмы с жалобами на сильные боли в правой половине живота, тошноту, двукратную рвоту. Больным себя считает с момента после отрезвления от алкогольного опьянения, когда почувствовал сильные боли в животе, особенно справа; они сопровождались тошнотой и рвотой съеденной пищей. С этими явлениями он оставался дома и не обращался за медицинской

помощью. Постепенно состояние ухудшилось, боли в животе усилились, после чего и вызвал скорую помощь. При поступлении: общее состояние средней тяжести, кожа и видимые слизистые обычной окраски, на животе имеются ссадины и кровоизлияния. АД 130/80 мм.рт.ст, ЧСС – 110 уд. в минуту. Язык сухой, обложен белым налетом, живот равномерно вздут, слабо участвует в акте дыхания. Положителен симптом Спигарного-Кларка. Пальпаторно живот напряжен, положителен симптом Щеткина-Блюмберга. Температура – 37,80С, лейкоцитоз – 11,5x10⁹/л. На обзорной рентгеноскопии: единичные, умеренной величины чаши Клойбера, под куполом диафрагмы полоска воздуха.

1. Ваш диагноз, дифференциальная диагностика?

2. Хирургическая тактика.

3. На операции выявлен полный разрыв тонкой кишки на расстоянии 40 см от связки Трейтца с явлениями разлитого перитонита; края поврежденной кишки гиперемированы, покрыты фибрином.

4. Дальнейшие действия хирурга?

5. Классификация закрытых повреждений живота.

Ответы

1. Закрытая тупая травма живота. Разрыв полого органа. Разлитой перитонит. Дифференциальная диагностика с прободной язвой желудка, острым деструктивным аппендицитом, дивертикулезом толстой кишки.

2. Лапаротомия, ревизия.

3. Резекция кишки с выведением стомы, затем, после купирования перитонита анастомоз. Санация брюшной полости и дренирование ее назоинтестинальная интубация для разгрузки анастомоза.

4. Повреждение передней брюшной стенки (гематома, ушиб, разрывы мышц), с повреждением полых или паренхиматозных органов, органов забрюшинного пространства.

Ситуационная задача № 37.

Больной М., 50 лет, поступил в отделение хирургической гастроэнтерологии с жалобами на боли в эпигастральной области с иррадиацией в правое подреберье, тошноту, периодическую рвоту. Боли практически постоянные, усиливаются через 30-40 мин после приема пищи. Вышеуказанные симптомы беспокоят в течение последних 6 месяцев. Лечился амбулаторно по поводу язвенной болезни желудка, практически без эффекта. При осмотре: Удовлетворительное питание. Пульс 76 в мин. Язык влажный, чистый. Живот не вздут, мягкий, определяется локальная болезненность ниже мечевидного отростка грудины. Симптомов раздражения брюшины нет. Общий анализ крови: эритроц. 4,1x10¹², Hb 120 г/л, лейкоц. 7,3x10⁹, СОЭ 15 мм/ч. Общий анализ мочи и биохимические анализы крови в пределах нормы. При фиброгастродуоденоскопии обнаружена каллезная язва средней трети желудка по задней стенке, ближе к малой кривизне, диаметром около 2 см, дно язвы выполнено белым налетом. При рентгеноскопии желудка определяется «ниша» по малой кривизне тела желудка глубиной до 3 см с воспалительным кратером вокруг дефекта и конвергенцией складок слизистой. Исследование желудочной секреции аспирационно-титрационным методом: базальный уровень секреции соляной кислоты 5 ммоль/л, стимулированный – 10 ммоль/л. рН-метрия: нормацидное состояние, непрерывное кислотообразование, щелочное время 20 мин.

1. Сформулируйте диагноз.

2. Укажите тип язвенной болезни по Джонсону, какие особенности патогенеза характерны для данного типа язвенной болезни желудка?

3. Какое осложнение язвенной болезни желудка можно заподозрить?

4. Дайте трактовку результатов исследования желудочной секреции.

5. Какой параметр желудочной секреции характеризует критерий «щелочное время»?

6. Нуждается ли больной в проведении дополнительных методов исследования?

7. С чем связана резистентность к консервативной терапии?

8. Показания к плановому оперативному лечению язвенной болезни желудка, показано ли оперативное лечение этому больному?

9. Определите рациональный объем оперативного пособия.

Ответы

1. ЯБЖ, стадия обострения.
2. I тип. (по Джонсону медиагастральная язва, с пониженной кислотностью желудка III – препиллорическая или пилорическая с нормальной или повышенной секрецией, II – язва желудка + ЯБДПК). Преобладание снижения защитных свойств над повышением факторов агрессии (норм- или гипоацидное состояние).
3. Пенетрация, малигнизация.
4. Гипореактивный тип, нормоацидный.
5. Косвенно можно судить о количестве вырабатываемой HCl.
6. Да. Биопсия.
7. Каллезная язва. Пенетрация.
8. Неэффективность консервативного лечения в течение 6 месяцев. Тяжелая форма ЯБ (через Iг); среднетяжелая форма ч/з Зг; гигантские, каллезные язвы, подозрительные на малигнизацию; пенетрирующие.
9. Резекция 2/3 желудка по Бильрот I.

Ситуационная задача № 38.

Больной Н., 32 лет, поступил в отделение хирургической гастроэнтерологии с жалобами на боли в эпигастрии, возникающие через 1 час после приема пищи, изжогу, тошноту после еды. Боли не иррадируют, часто возникают ночью, натощак. В течение 4 лет страдает язвенной болезнью, обострения 2 раза в год (весна-осень), по поводу которых лечился в стационаре терапевтического профиля. Был эпизод желудочно-кишечного кровотечения легкой степени. Объективно: Пониженного питания. Пульс 66 в мин. Язык влажный, покрыт белым налетом. Живот не вздут, мягкий, в эпигастрии определяется умеренная болезненность. Симптомов раздражения брюшины нет. Общий анализ крови: эритроц. $4,9 \times 10^{12}$, Hb 140 г/л, лейкоц. $6,3 \times 10^9$, СОЭ 15 мм/ч. Общий анализ мочи и биохимические анализы крови в пределах нормы. При фиброгастродуоденоскопии обнаружена хроническая язва передней стенки луковицы двенадцатиперстной кишки, диаметром около 1 см, глубиной до 0,5 см, дно язвы выполнено белым налетом. Отмечается гиперемия слизистой луковицы двенадцатиперстной кишки и антрального отдела желудка. В антральном отделе желудка следы желчи. При исследовании желудочной секреции выявлены: высокая секреция и кислотность в базальной и цефалической фазах и нормальная кислотность в желудочной фазе. Тест медикаментозной ваготомии положителен.

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз с указанием тяжести течения язвенной болезни.
2. Особенности патогенеза язвенной болезни двенадцатиперстной кишки.
3. Какие вопросы следует дополнительно выяснить при сборе анамнеза?
4. Дайте трактовку результатов исследования желудочной секреции.
5. Методика проведения теста медикаментозной ваготомии, с какой целью этот тест проводится и насколько он информативен?
6. Нуждается ли больной в проведении доп. методов исследования?
7. С чем может быть связана резистентность к консервативной терапии?
8. Показания к плановому оперативному лечению язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, показано ли оперативное лечение этому больному?
9. Определите рациональный объем оперативного пособия.

Ответы

1. ЯБДПК средней степени тяжести. Бульбит. Гастрит. Дуодено-гастральный рефлюкс.
2. Гиперацидность (увеличение массы главных и обкладочных клеток, повышение чувствительности их к стимуляторам, ваготония, снижение эффективности «антрального кислотного тормоза», недостаточность «секретинного механизма»), нарушение моторики ЖКТ (быстрое опорожнение желудка, дуоденостаз) + НР.
3. Сопутствующие, проф, курение, аллергия.

4. 0,1% атропин – 1мл п/к. Проводится перед ваготомией с целью определения эффективности данной операции.
5. Рентген с барием (дуоденостаз), реакция Грегерсена.
6. С чем угодно.
7. Тяжелая форма ЯБ (через 1г); среднетяжелая форма ч/з 4-5л; пенетрирующие.
8. СПВ

Ситуационная задача № 39.

Больной С., 51 года, поступил в хирургическое отделение с жалобами на головокружение и резкую слабость. Из анамнеза: В течение последних 5 дней беспокоили умеренные ноющие боли в эпигастральной области. Рано утром, около 8 часов назад, появилась сильная слабость, однократная рвота темной кровью со сгустками, боли в животе стихли, позже был обильный черный жидкий зловонный стул. На несколько минут потерял сознание, упал, доставлен бригадой скорой помощи. Язвенный анамнез отсутствует. При осмотре: Общее состояние ближе к тяжелому. Удовлетворительное питание. Кожные покровы бледные, влажные. На лбу – свежая ссадина (ударился при падении). Пульс 100 ударов в мин, удовлетворительного наполнения. АД 100/70 мм рт ст. Язык чистый, сухой. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Симптомов раздражения брюшины нет. Per rectum: Ампула прямой кишки пуста, на перчатке следы черного жидкого кала. Общий анализ крови: эритро. $2,8 \times 10^{12}$, Hb 92 г/л, Ht 0,31. Фиброгастродуоденоскопия: на стенках желудка следы темной крови, в антральном отделе обнаружена каллезная язва диаметром около 1,5 см, в дне которой определяется «пенек» сосуда диаметром около 2 мм. Данных за продолжающееся кровотечение нет. Группа крови АВ(IV)Rh+(положительная), в наличии только 1 доза эритроцитной массы этой группы.

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз с указанием степени тяжести кровопотери.
2. Чем можно объяснить купирование болевого синдрома на фоне кровотечения?
3. Дайте оценку эндоскопической картины с использованием классиф. Forrest.
4. Насколько велика вероятность рецидива кровотечения?
5. Нуждается ли б-ой в экстренном провед. доп. методов исследования? Каких?
6. Тактика ведения больного?
7. Если больному показано оперативное лечение, то в каком порядке оно должно быть выполнено (экстренном, срочном, отсроченном, плановом)?
8. Определите рациональный объем оперативного пособия.
9. Показана ли больному гемотрансфузия, если показана, то в каком объеме?
10. Можно ли этому больному по жизненным показаниям иногруппную кровь, если нет одногруппной

Ответы

1. ЯБЖ, желудочное кровотечение, кровопотеря II степени
2. Кровь нейтрализует соляную кислоту (с-м Бергмана)
3. Форест IIБ (состоявшееся кровотечение, крупный сосуд в язве, умеренное количество кофейной гущи в желудке)
4. 40-50%.
5. Обзорная рентгенография брюшной полости (м.б. перфорация).
6. Восполнение ОЦК, гемостатическая терапия, антациды, зонд в желудок, очистительная клизма, поддерживающая терапия, подготовка к операции.
7. Срочном (отсроченном) ч/з 12-24ч.
8. Резекция 2/3 желудка.
9. Да 5мл эр-массы/кг.
10. Можно до 500мл I (0) Rh-.

Ситуационная задача № 40

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 крупноузлового цирроза печени. При осмотре: Общее состояние средней тяжести. Кожные покровы суббиктеричные, 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: эритроц. $2,7 \times 10^{12}$, Hb 88 г/л, Ht 0,29. Фиброгастродуоденоскопия: 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, афлотоксин, промышленные яды)
3. Нет
4. Зонд Блекмора, питунитрин 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, трансекция аппаратом ПКС.

Ситуационная задача № 41.

Больной С., 32 лет, поступил в хир. отделение с жалобами на сильные боли в животе. Из анамнеза известно, что на протяжении последних 4 лет неоднократно лечился амбулаторно по поводу гастрита. 3 суток назад вновь появились умеренные боли в верхних отделах живота, тошнота, озноб. 6 часов назад боли резко усилились и распространились на правые отделы живота. Рвоты не было. К моменту поступления боли несколько снизились. При осмотре: Общее состояние средней тяжести. Астенического телосложения, пониженного питания. Лежит неподвижно, на спине. Попытка сесть вызывает усиление болей. Температура тела 37,00С. Пульс 60 в мин. АД 120/70 мм рт. ст. Язык сухой. Живот не вздут, в акте дыхания не участвует, напряжен и болезнен по правому флангу и правой подвздошной области. Симптомы раздражения брюшины положительны по правому флангу живота и в правой подвздошной области. Кишечная перистальтика удовлетворительная. Общ. анализ крови: эритроц. $4,8 \times 10^{12}$, Hb 140 г/л, лейкоц. $12,3 \times 10^9$. Диастаза мочи 64 ЕД.

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз.

2. С какими острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости необходимо провести дифференциальный диагноз?

3. Чем можно объяснить уменьшение болевого синдрома к моменту поступления больного в стационар?

4. Что такое «триада Мондора»?

5. Нуждается ли больной в экстренном проведении дополнительных методов исследования? Каких?

6. Тактика ведения больного?

7. Существуют ли показания к консервативному лечению этой патологии? В чем заключается консервативное лечение по методу Тэйлора?

8. Чем определяется выбор объема опер, пособия при этой патологии?

9. План ведения больного в раннем послеоперационном периоде.

Ответы

1. ЯБ. Перфорация. Перитонит.

2. О. панкреатит, аппендицит, холецистит, странгуляционная КН, о. абдоминальный ишемический синдром.

3. Мнимое благополучие (адаптация к агрессии, разведение НСІ экссудатом).

4. Язвенный анамнез, кинжальная боль, доскообразный живот.

5. УЗИ, рентгеноскопия, ФГДС, лапароскопия.

6. Экстренная операция.

7. Отказ от операции. Холод на живот, зонд в желудок (постоянная аспирация), а/б, антациды.

8. Локализацией, характером язвы, характером течения ЯБ, возрастом, перитонитом, сопутствующими заболеваниями.

9. Дезинтоксикация, профилактика осложнений со стороны ЖКТ и ССС.

Ситуационная задача №42

Мужчина 53 лет поступил в хирургическое отделение в плановом порядке с жалобами на чувство тяжести в эпигастральной 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.

Вопросы к ситуационной задаче по хирургии

1. Ваш диагноз.

2. О каком осложнении заболевания вы думаете?

3. Какие инструментальные и лабораторные исследования необходимо выполнить больному для подтверждения диагноза и выбора последующей 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.

Ответ

1. Диагноз: Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, осложненная стенозом пилоробульбарной зоны.

2. Необходимо думать о стенозе пилоробульбарной зоны.

3. Из дополнительных методов исследования показаны рентгеноскопия желудка и ФГДС. Степень выраженности клинических, биохимических, рентгенологических, эндоскопических изменений зависит от стадии стеноза.

4. Лечебная тактика зависит от степени стеноза.

5. Предоперационная подготовка должна заключаться в коррекции электролитных и белковых нарушений, водного баланса, нарушений деятельности сердечно-сосудистой системы, промывании желудка в течение 3-5 дней изотоническим раствором хлорида натрия.

6. Выбор метода операции зависит от степени компенсации стеноза. При декомпенсированном стенозе больному показана резекция желудка в плановом порядке.

7. В послеоперационном периоде могут возникнуть осложнения, связанные с кровотечением, несостоятельностью гастроэнтероанастомоза. В поздние сроки могут проявиться болезни резецированного желудка.

8. Инфузионная терапия с адекватным парентеральным питанием. Пристальное внимание уделяется восстановлению моторно-эвакуаторной функции желудка и кишечника. Коррекция обменных нарушений должна продолжаться под контролем биохимических показателей крови.

9. При выписке из стационара рекомендуется лечение в профилактории или санатории гастроэнтерологического профиля.

Ситуационная задача №43

В приемное отделение городского травматологического стационара бригадой «скорой помощи» через 40 минут после травмы (на производстве на левую голень упала кипа листового железа) доставлен мужчина 54 лет с закрытым переломом обеих костей левой голени в средней трети со смещением. Перед транспортировкой выполнена инъекция анальгина, наложена одна лестничная шина по задней поверхности голени от основания пальцев стопы до подколенной ямки. Вы врач приемного отделения.

Вопросы

1 Дополнительный методы исследования?

2 Клинический диагноз?

3 Первичная лечебная иммобилизация?

4 Какое грозное осложнение, связанное с сосудистыми расстройствами при переломах, характерно для переломов голени. Профилактика, диагностика, лечение?

5 Оцените оказание помощи на догоспитальном этапе?

6 План лечения. Наиболее рациональный прием оперативного лечения?

7 Реабилитация?

Ответ

1 Rg-графия в 2-х проекциях, УЗИ сосудов нижних конечностей, ЭКГ, клинический и биохимический анализ крови, мочи.

2 Закрытый неосложненный поперечный перелом обеих костей левой голени со смещением.

3 Демпфированное скелетное вытяжение за пяточную кость (как варианты – гипсовый лонгет, модули спицевых, стрежневых аппаратов внешней фиксации)

4 Компартмент-синдром. Профилактика – надежная лечебная иммобилизация, сосудистая терапия (с учетом данных УЗИ). Наложение нитки Мельникова, динамическое наблюдение. При угрозе развития компар-мент-синдрома – фасциотомия.

5 Ошибки бригады «скорой помощи» - неадекватное обезболивание (требуется введение наркотических анальгетиков) и недостаточная транспортная иммобилизация (необходимо три лестничные шины от основания пальцев стопы до верхней трети бедра).

6 После купирования сосудистых нарушений (клинически – спадание отека) – через 5-7 дней – оперативное лечение. Наиболее рационален внутрикостный остеосинтез большеберцовой кости (возможно, с блокированием), так как переломы поперечные.

7 Современные варианты внутрикостного остеосинтеза – титановыми стержнями прямоугольного поперечного сечения, остеосинтез по методикам АО (в т.ч. с блокированием) позволяет отказаться от дополнительной внешней иммобилизации в послеоперационном периоде. Функция прооперированной конечности восстанавливается задолго до сращения перелома – к 8-10 неделе (сращение к 16 неделям).

Ситуационная задача №44

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.

Вопросы

- 1 Ваш диагноз?
- 2 Классификация этой патологии.
- 3 Какие механизмы возникновения данной патологии Вы знаете?
- 4 Какие дополнительные методы исследования следует выполнить?
- 5 Какую тактику лечения следует избрать?
- 6 В чем заключается курс консервативных мероприятий при данной патологии?
- 7 Каковы возможные осложнения данного заболевания?

8 Что является показанием к операции и какие виды оперативного лечения применяются при данной патологии?

Ответы

1 Эпифренальный пульсионный дивертикул пищевода.

2 По механизму возникновения выделяют пульсионные и тракционные дивертикулы, релаксационные и спаечные, по локализации – глоточно-пищеводные (дивертикулы Ценкера), дивертикулы средней трети (бифуркационные) и наддиафрагмальные.

3 В данном случае ведущим механизмом возникновения дивертикула, по-видимому, является затруднение прохождения пищи в нижележащих отделах пищевода.

4 Обязательный метод обследования – рентгеноскопия пищевода. Для углубленной диагностики причин возникновения дивертикула – гастроскопия, рентгенография легких, спиральная компьютерная томография средостения.

5 Лечебная тактика зависит от причины дивертикула и тяжести его проявлений. В наиболее тяжелых случаях, при развитии осложнений или большом (более 10 см) размере дивертикула – резекция пищевода, дивертикулэктомия, инвагинация дивертикула (доступ – чаще левосторонняя заднебоковая торакотомия).

6 Курс консервативного лечения включает диету (исключение горячей или очень холодной, грубой, острой и кислой пищи), прием растительного или облепихового масла, атропин, антациды, сон в определенном положении тела (для дренирования содержимого дивертикула).

7 Воспаление (дивертикулит), изъязвление, кровотечение, перфорация с развитием медиастинита, сегментарный эзофагит.

Ситуационная задача №45

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 0С, 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. Вопросы

- 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?

Ответ

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.

3 В большинстве случаев осложняет течение варикозной болезни, реже возникает при посттромбофлебитической болезни.

- 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.

Ситуационная 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.

Вопросы к ситуационной задаче по хирургии

- 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.

Ответ

- 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; Обзорная рентгенография брюшной полости, УЗИ

3 Ущемление, спаечная болезнь брюшной полости, спаечная кишечная непроходимость, невправимость

4 Методы герниопластики:

- Фасциально-апоневротическая
- Мышечно-апоневротическая
- Мышечная
- Пластика с применением биологических (аллопластика) и синтетических (эксплантация) материалов (onlay, sublay, inlay).
- Комбинированная

5 Послеоперационные осложнения: дыхательная недостаточность, ранняя спаечная кишечная непроходимость, нагноение, кровотечение в рану или брюшную полость, инфильтрат, лигатурные свищи

6 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.

Ситуационная задача №47

Больной 60 лет госпитализирован в хирургическое отделение через 6 суток после появления болей в правой подвздошной области. Состояние больного удовлетворительное. Температура — 37,2°. Озноба не было. При пальпации живота — болезненность в правой подвздошной области, где определяется уплотнение размерами 7×8 см с нечеткими границами, болезненное. Симптом Щеткина-Блюмберга слабopоложительный. Симптомы Ровзинга, Ситковского положительные. Со слов больного в течение последних 6 месяцев отмечает некоторое усиление запоров. Лейкоцитоз - $10.2 \times 10^9 / \text{л}$.

- 1) Ваш предположительный диагноз?
- 2) Какое заболевание следует исключить?
- 3) Показана ли экстренная операция?
- 4) Ваша лечебная тактика и обследования?

Ответ:

- 1) Острый аппендицит, аппендикулярный инфильтрат.
- 2) Рак слепой кишки.
- 3) Нет.

4) Проведение консервативной противовоспалительной терапии. При рассасывании инфильтрата необходимо обследование - ирригоскопия или колоноскопия. Затем операция в плановом порядке по поводу хронического аппендицита (аппендэктомия) через 3 месяца. При появлении клиники абсцедирования показана экстренная операция - вскрытие и дренирование абсцесса.

Ситуационная задача №48

Мужчина 20 лет. Заболел около 6 часов назад, когда появились сильные боли

в эпигастрии, которые спустя некоторое время локализовались в правой половине живота, больше в правой подвздошной области. Температура — 37,6°. Язык сухой. Живот не вздут, при пальпации выраженная болезненность в правой подвздошной области, где определяется напряжение мышц и резко положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Лейкоциты — $14.5 \times 10^9/\text{л}$.

- 1) Ваш предварительный диагноз?
- 2) Какое заболевание следует исключить?
- 3) Какое обследование необходимо провести для его исключения?
- 4) Какое решение должно быть принято?

Ответ:

- 1) Острый аппендицит.
- 2) Дифференциальный диагноз с прободной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки.
- 3) Обзорная рентгенография брюшной полости на свободный газ.

После исключения перфорации язвы желудка или двенадцатиперстной кишки экстренная операция — аппендэктомия.

Ситуационная задача №49

Женщина 32 лет. Вторая беременность — 34 недели. В анамнезе хронический калькулезный холецистит. Около 8 часов назад появились небольшие боли в эпигастриальной области. Была однократная рвота. Спустя 1,5 часа боли сместились в область правого подреберья. Боли носят постоянный характер, без иррадиации. Температура тела — 32,7°. Лейкоциты — $11,6 \times 10^9/\text{л}$. Язык несколько суховат. Живот увеличен в размерах за счет матки. При пальпации напряжен и болезненный в области правого подреберья. Симптом Щеткина-Блюмберга не выражен, Ровзинга отрицательный, Ситковского положительный.

- 1) Ваш предварительный диагноз?
- 2) Какое заболевание следует исключить и как?
- 3) Ваша тактика лечения?

Ответ:

- 1) Острый аппендицит.
- 2) Учитывая анамнез, локализацию болей необходимо исключить острый холецистит. Необходимо выполнить УЗИ.
- 3) Экстренное оперативное вмешательство, если нельзя исключить острый аппендицит.

Ситуационная задача №50

У больного 22 лет, оперированного 16 часов тому назад по поводу острого аппендицита, появилась слабость, головокружение. Температура нормальная. Кожные покровы бледные, пульс 110/в минуту. Живот мягкий, болезненный в области послеоперационной раны. В отлогих местах живота при перкуссии определяется укорочение перкуторного звука, граница которого смещается при повороте больного на бок. Лейкоцитоз $11,2 \times 10^9/\text{л}$.

- 1) Какое осложнение вы заподозрили у больного?
- 2) Чем подтвердите ваше предположение?
- 3) Что следует предпринять?

Ответ:

- 1) Внутрибрюшное кровотечение.
- 2) Общий анализ крови (эритроциты, Hb), УЗИ органов брюшной полости на свободную жидкость.
- 3) Экстренная операция — релапаротомия, остановка кровотечения.

Ситуационная задача №51

У больной 50 лет, поступившей в хирургическое отделение на 4-е сутки от начала заболевания, диагноз острого аппендицита несомненен. Ни при пальпации, ни при влагалищном и ректальном исследовании четких данных об инфильтрате не обнаружено.

Больную решено оперировать. Вскрыта брюшная полость и обнаружен плотный аппендикулярный инфильтрат.

- 1) Каковы ваши действия на операционном столе?
- 2) Каково дальнейшее лечение больной?

Ответ:

- 1) Дренирование области инфильтрата (для введения антисептиков). Ушивание раны.
- 2) Проведение консервативной противовоспалительной терапии. Плановое оперативное лечение — аппендэктомия через 2–3 месяца.

Ситуационная задача №52

У больного 54 лет с правосторонней паховой грыжей во время перестановки мебели возникла резкая боль в правой паховой области, продолжающаяся после прекращения усилия, что побудило больного обратиться за помощью в лечебное учреждение. При осмотре: установлено наличие в правой паховой области опухолевидного образования овальной формы размерами 6×4×3 см тугоэластической консистенции, болезненное при пальпации и не вправляющееся в брюшную полость. Кашлевой толчок не проводится.

- 1) Ваш диагноз?
- 2) С какими заболеваниями следует провести дифференциальную диагностику?
- 3) Лечебная тактика

Ответ:

- 1) Ущемленная правосторонняя паховая грыжа
- 2) С копростазом и ложным ущемлением
- 3) Экстренное оперативное вмешательство

Ситуационная задача №53

Больной 26 лет. В течение 2,5 недель находится на стационарном лечении по поводу язвы 12-перстной кишки размером до 1,8 см. В процессе лечения боли прошли полностью, однако в последние дни стала беспокоить тяжесть в эпигастральной области к концу дня. При контрольном эндоскопическом и рентгенологическом исследовании установлено, что язва зарубцевалась, однако бариевая взвесь задерживается в желудке на 14 часов.

- 1) Сформулируйте развернутый диагноз?
- 2) Показано ли больному оперативное лечение?
- 3) Если показано, то какую операцию Вы бы выбрали, если нет, то какое лечение Вы назначите?

Ответ:

- 1) Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Субкомпенсированный стеноз выходного отдела желудка.
- 2) Да.
- 3) Резекция 2/3 желудка.

Ситуационная задача №54

Больная 52 лет жалуется на периодически появляющиеся боли приступообразного характера в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо и лопатку с повышением температуры тела до 39-39,5⁰С, проливными потами в течение последнего года. За последний месяц такие приступы участились и стали появляться каждые 2–3 дня. Иногда приступы сопровождалось появлением желтухи, которая быстро исчезала, а затем появлялась вновь. Общее состояние оставалось удовлетворительным. Отмечала некоторую слабость. Живот обычной формы, мягкий. Печень не увеличена. Желчный пузырь не пальпируется. Болезненность при пальпации в эпигастральной области. Лейкоцитов в крови 9,2×10⁹/л, СОЭ 38 мм/час. При УЗИ желчный пузырь обычных размеров, содержит конкременты, имеется дилатация внутрипеченочных протоков, холедох 1,2 см.

- 1) Какой диагноз Вы поставите?
- 2) Какова тактика дополнительного обследования и лечения?

Ответ:

1) Имеется осложнение желчнокаменной болезни — холангит.

2) Выполнение ЭРПХГ и ЭПСТ для устранения причин холангита — холедохолитиаза или/и стеноза БДС, после необходимо выполнение холецистэктомии.

Ситуационная задача №55

Больная 69 лет, тучная женщина, страдает желчнокаменной болезнью, хроническим калькулезным холециститом, тяжелым сахарным диабетом, кардиосклерозом с недостаточностью кровообращения II, А степени. Приступы холецистита у больной бывают 3–4 раза в год. Два дня назад после погрешностей в диете начался очередной болевой приступ с иррадиацией болей в правое плечо и лопатку, тошноту, многократную рвоту, не приносящую облегчения. При поступлении состояние средней тяжести, определяется болезненность в правом подреберье, положительные симптомы Ортнера, Кера, френикус-симптом. УЗИ при поступлении — желчный пузырь 146×72 мм, стенка желчного пузыря 8 мм, в области шейки желчного пузыря фиксированный конкремент 41×32 мм, холедох 6 мм. Начата консервативная терапия. При динамическом УЗИ спустя сутки ультразвуковая семиотика прежняя.

1) Какой диагноз у больной, что подтверждает диагноз?

2) Принципы консервативной терапии?

3) Лечебная тактика, возможность применения малоинвазивных методов хирургического лечения (указать каких)?

Ответ:

1) Острый обтурационный калькулезный холецистит, что подтверждается клинической картиной и данными УЗИ.

2) В течение 24–48 часов после поступления проводится консервативная терапия (антибиотикотерапия, спазмолитики, инфузионная терапия).

3) Неэффективность консервативной терапии в течение 24–48 часов является показанием к срочной операции, учитывая сопутствующую патологию необходимо выполнить малоинвазивные операции (холецистостомия под контролем УЗИ, открытая холецистостомия под местной анестезией).

Ситуационная задача №56

Больная Н., 62 лет оперирована 30 дней назад по поводу острого флегмонозного калькулезного холецистита, в анамнезе имела место желтуха. Была произведена холецистэктомия «от дна». В желчном пузыре обнаружено большое количество мелких конкрементов. Вследствие наличия выраженного инфильтрата в области гепатодуоденальной связки детальная ревизия холедоха не производилась. Холангиография на операционном столе не выполнялась. Брюшная полость ушита с подведением в подпеченочное пространство страховочного дренажа, который был удален на 6-й день после операции. Состояние больной было удовлетворительным, но на 12 день после операции у нее открылся наружный желчный свищ. Симптомов раздражения брюшины нет. В сутки отделялось до 600–700 мл желчи. Со временем у больной появилась слабость, стали беспокоить поносы, отмечался ахоличный стул. Билирубин крови 120,3 мкм/л.

1) Какое интраоперационное исследование не выполнено у больного?

2) Что могло послужить причиной образования наружного желчного свища?

3) Какова лечебная тактика?

Ответ:

1) Интраоперационная холеграфия.

2) Желчная гипертензия, связанная с наличием резидуального камня холедоха или стеноза ДОХ или БСДК.

3) Выполнение ЭРПХГ с последующей ЭПСТ.

3.2. Критерии и шкалы оценивания.

Текущий контроль по дисциплине

Оценивание обучающегося на занятиях осуществляется в соответствии с локальным актом университета (положением), регламентирующим проведение текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся и организации учебного процесса с применением балльно-рейтинговой системы оценки качества обучения.

Оценивание практико-ориентированных заданий (ситуационные задачи):

Критерии оценки решения проблемно-ситуационной задачи:

5 «отлично» – комплексная оценка предложенной ситуации; знание теоретического материала, правильный выбор тактики действий; последовательное, уверенное выполнение практических манипуляций в соответствии с алгоритмами действий;

4 «хорошо» – комплексная оценка предложенной ситуации, незначительные затруднения при ответе на теоретические вопросы; правильный выбор тактики действий; логическое обоснование теоретических вопросов с дополнительными комментариями преподавателя; последовательное, уверенное выполнение практических манипуляций в соответствии с алгоритмами действий;

3 «удовлетворительно» – затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации; неполный ответ, требующий наводящих вопросов преподавателя; выбор тактики действий в соответствии с ситуацией возможен при наводящих вопросах преподавателя, правильное последовательное, но неуверенное выполнение манипуляций в соответствии с алгоритмами действий;

2 «неудовлетворительно» – неверная оценка ситуации; неправильно выбранная тактика действий, приводящая к ухудшению ситуации, нарушению безопасности пациента; неправильное выполнение практических манипуляций, проводимое с нарушением безопасности пациента и медперсонала.

Оценивание практико-ориентированных заданий (мануальные практические навыки):

Критерии оценки выполнения практических/мануальных навыков:

5 «отлично» – рабочее место оснащается с соблюдением всех требований к подготовке для выполнения манипуляций; практические действия выполняются последовательно в соответствии с алгоритмом выполнения манипуляций; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; выдерживается регламент времени; рабочее место убирается в соответствии с требованиями санэпидрежима; все действия обосновываются;

4 «хорошо» – рабочее место не полностью самостоятельно оснащается для выполнения практических манипуляций; практические действия выполняются последовательно, но не уверенно; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; нарушается регламент времени; рабочее место убирается в соответствии с требованиями; все действия обосновываются с уточняющими вопросами преподавателя;

3 «удовлетворительно» – рабочее место не полностью оснащается для выполнения практических манипуляций; нарушена последовательность их выполнения; действия неуверенные, для обоснования действий необходимы наводящие и дополнительные вопросы и комментарии преподавателя; соблюдаются все требования к безопасности пациента и медперсонала; рабочее место убирается в соответствии с требованиями санэпидрежима;

2 «неудовлетворительно» – затруднения с подготовкой рабочего места, невозможность самостоятельно выполнить практические манипуляции; совершаются действия, нарушающие безопасность пациента и медперсонала, нарушаются требования санэпидрежима, техники безопасности при работе с аппаратурой, используемыми материалами.

Промежуточная аттестация по дисциплине

Форма промежуточной аттестации 9 семестр — Зачет.

На промежуточной аттестации обучающийся оценивается – зачтено; не зачтено.

Результат обучения по дисциплине считается достигнутым при получении обучающимся оценки «зачтено»

Форма промежуточной аттестации 10 семестр — Зачет.

На промежуточной аттестации обучающийся оценивается – зачтено; не зачтено.

Результат обучения по дисциплине считается достигнутым при получении обучающимся оценки «зачтено» по каждому из контрольных мероприятий, относящихся к данному результату обучения.

Критерии оценки образовательных результатов обучающихся на зачете по дисциплине

Качество освоения ОПОП - рейтинговые баллы	Оценка зачета (нормативная) в 5-балльной шкале	Уровень достижений компетенций	Критерии оценки образовательных результатов
90-100	Зачтено	Высокий (продвинутый)	<p>ЗАЧТЕНО заслуживает обучающийся, обнаруживший всестороннее, систематическое и глубокое знание учебного материала на занятиях и самостоятельной работе. При этом, рейтинговая оценка (средний балл) его текущей аттестации по дисциплине входит в диапазон 90-100.</p> <p>При этом, на занятиях, обучающийся исчерпывающе, последовательно, чётко и логически стройно излагал учебно-программный материал, умел тесно увязывать теорию с практикой, свободно справлялся с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, предусмотренные программой. Причем обучающийся не затруднялся с ответом при видоизменении предложенных ему заданий, правильно обосновывал принятое решение, демонстрировал высокий уровень усвоения основной литературы и хорошо знакомство с дополнительной литературой, рекомендованной программой дисциплины.</p> <p>Как правило, оценку «отлично» выставляют обучающемуся, усвоившему взаимосвязь основных понятий дисциплины в их значение для приобретаемой профессии, проявившему творческие способности в понимании, изложении и использовании учебно-программного материала.</p> <p>Рейтинговые баллы назначаются обучающемуся с учётом баллов текущей (на занятиях) и (или) рубежной аттестации (контроле).</p>
66-89	Зачтено	Хороший (базовый)	<p>ЗАЧТЕНО заслуживает обучающийся, обнаруживший осознанное (твёрдое) знание учебно-программного материала на занятиях и самостоятельной работе. При этом, рейтинговая оценка (средний балл) его текущей аттестации по дисциплине входит в диапазон 66-89.</p> <p>На занятиях обучающийся грамотно и по существу излагал учебно-программный материал, не допускал существенных неточностей в ответе на вопрос, правильно применял теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владел необходимыми навыками и приёмами их выполнения, уверенно демонстрировал хороший уровень усвоения основной литературы и достаточное знакомство с дополнительной литературой, рекомендованной программой дисциплины.</p> <p>Как правило, оценку «хорошо» выставляют обучающемуся, показавшему систематический характер знаний по дисциплине и способным к их самостоятельному пополнению и обновлению в ходе дальнейшей учебной работы и профессиональной деятельности.</p> <p>Рейтинговые баллы назначаются обучающемуся с учётом баллов текущей (на занятиях) и (или) рубежной аттестации (контроле).</p>

50-65	Зачтено	Достаточный (минимальный)	<p>ЗАЧТЕНО заслуживает обучающийся, обнаруживший минимальные (достаточные) знания учебно-программного материала на занятиях и самостоятельной работе. При этом, рейтинговая оценка (средний балл) его текущей аттестации по дисциплине входит в диапазон 50-65.</p> <p>На занятиях обучающийся демонстрирует знания только основного материала в объеме, необходимом для дальнейшей учебы и предстоящей профессиональной работы, слабое усвоение деталей, допускает неточности, в том числе в формулировках, нарушает логическую последовательность в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических заданий и работ, знакомый с основной литературой, слабо (недостаточно) знаком с дополнительной литературой, рекомендованной программой.</p> <p>Как правило, оценку «удовлетворительно» выставляют обучающемуся, допускавшему погрешности в ответах на занятиях и при выполнении заданий, но обладающим необходимыми знаниями для их устранения под руководством преподавателя.</p> <p>Рейтинговые баллы назначаются обучающемуся с учётом баллов текущей (на занятиях) и (или) рубежной аттестации (контроле).</p>
Менее 50	Не зачтено	Недостаточный (ниже минимального)	<p>НЕ ЗАЧТЕНО выставляется обучающемуся, который не знает большей части учебно-программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями выполняет практические работы на занятиях и самостоятельной работе.</p> <p>Как правило, оценка «неудовлетворительно» ставится обучающемуся продемонстрировавшего отсутствие целостного представления по дисциплине, предмете, его взаимосвязях и иных компонентов.</p> <p>При этом, обучающийся не может продолжить обучение или приступить к профессиональной деятельности по окончании вуза без дополнительных занятий по соответствующей дисциплине.</p> <p>Компетенции, закреплённые за дисциплиной, сформированы на недостаточном уровне или не сформированы.</p> <p>Рейтинговые баллы назначаются обучающемуся с учётом баллов текущей (на занятиях) и (или) рубежной аттестации (контроле).</p>

При оценивании результатов обучения по дисциплине посредством тестирования в ходе промежуточной аттестации используются следующие критерии и шкалы.

Промежуточная аттестация может при необходимости, проводится в форме компьютерного тестирования. Обучающемуся отводится для подготовки ответа на один вопрос открытого и закрытого типа не менее 5 минут.

Итоговая оценка выставляется с использованием следующей шкалы.

Оценка	Правильно решенные тестовые задания (%)
«зачтено»	60-100
«незачтено»	0-59

Форма промежуточной аттестации 11 семестр - Экзамен.

Оценка *«отлично»* выставляется обучающемуся, если он глубоко и прочно усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет тесно увязывать теорию с практикой, свободно справляется с вопросами и другими видами применения знаний, не затрудняется с ответом при видоизменении заданий, использует в ответе материал рекомендуемой литературы, правильно обосновывает принятое решение, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических заданий.

Оценка *«хорошо»* выставляется обучающемуся, если он твердо знает программный материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответах на вопросы, правильно применяет теоретические положения при решении практических заданий, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения.

Оценка *«удовлетворительно»* выставляется обучающемуся, если он имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических заданий.

Оценка *«неудовлетворительно»* выставляется обучающемуся, который не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки в ответах на вопросы, неуверенно, с большими затруднениями выполняет практические задания.

При оценивании результатов обучения по дисциплине посредством тестирования в ходе промежуточной аттестации используются следующие критерии и шкалы.

Промежуточная аттестация может при необходимости, проводится в форме компьютерного тестирования. Обучающемуся отводится для подготовки ответа на один вопрос открытого и закрытого типа не менее 5 минут.

Итоговая оценка выставляется с использованием следующей шкалы.

Оценка	Правильно решенные тестовые задания (%)
«отлично»	90-100
«хорошо»	66-89
«удовлетворительно»	50-65
«неудовлетворительно»	0-49