

ВОЛОГОДСКИЙ ФИЛИАЛ
федерального государственного бюджетного образовательного
учреждения высшего образования
«Ярославский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
ПО ДИСЦИПЛИНЕ

ХИРУРГИЯ

Специальность

31.08.67 Хирургия

Направленность (профиль) программы

Хирургия

Уровень высшего образования
подготовка кадров высшей квалификации

Фонд оценочных средств по специальности 31.08.67 Хирургия разработан в соответствии с федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования по специальности 31.08.67 Хирургия (уровень подготовки кадров высшей квалификации), утверждённым приказом Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от 26.08.2014 № 1110, и входит в состав образовательной программы высшего образования (программы ординатуры) по специальности 31.08.67 Хирургия

Реализация образовательной программы осуществляется в **Вологодском филиале** ФГБОУ ВО ЯГМУ Минздрава России

Программа разработана на кафедре хирургии ИНПО
Заведующий кафедрой - Староверов И.Н., доктор медицинских наук, профессор

Разработчики:

Староверов И.Н., доктор медицинских наук, профессор

Червяков Ю.В., доктор мед. наук, профессор

Согласовано:

Декан факультета
подготовки кадров высшей
квалификации



(подпись)

Л.А. Савельева

« 14 » июня 2024 года

Проректор по лечебной
работе и развитию
регионального
здравоохранения,
профессор



(подпись)

М.В. Ильин

« 15 » июня 2024 года

Утверждено Советом по управлению образовательной деятельностью
« 17 » июня 2024 года, протокол № 4

В ходе текущего контроля успеваемости (устный или письменный опрос, подготовка и защита реферата, доклад, презентация, тестирование и пр.) при ответах на учебных занятиях, а также промежуточной аттестации в форме экзамена и (или) зачета с оценкой обучающиеся оцениваются по четырехранговой шкале: «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».

Оценка «отлично» выставляется ординатору, если он глубоко усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет связывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами и вопросами, не затрудняется с ответами при видоизменении заданий, умеет принять правильное решение и грамотно его обосновывать, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических задач, комплексной оценкой предложенной ситуации, правильно выбирает тактику действий.

Оценка «хорошо» выставляется ординатору, если он твердо знает программный материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, но недостаточно полно раскрывает междисциплинарные связи, правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения, комплексной оценкой предложенной ситуации, правильно выбирает тактику действий.

Оценка «удовлетворительно» выставляется ординатору, если он имеет поверхностные знания программного материала, не усвоил его деталей, допускает неточности, оперирует недостаточно правильными формулировками, нарушает логическую последовательность в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических задач, испытывает затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации, не полностью отвечает на вопросы, при помощи наводящих вопросов преподавателя, выбор тактики действий возможен в соответствии с ситуацией при помощи наводящих вопросов.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется ординатору, который не знает значительной части программного материала, допускает грубые ошибки, неуверенно, с большими затруднениями решает практические задачи или не справляется с ними самостоятельно, не владеет комплексной оценкой ситуации, неверно выбирает тактику действий, приводящую к ухудшению ситуации, нарушению безопасности пациента.

В ходе текущего контроля успеваемости (устный или письменный опрос, подготовка и защита реферата, доклад, презентация, тестирование и пр.) при ответах на учебных занятиях, а также промежуточной аттестации в форме зачета обучающиеся оцениваются по двухбалльной шкале:

Оценка «зачтено» выставляется ординатору, если он продемонстрировал знания программного материала: подробно ответил на теоретические вопросы, справился с выполнением заданий и (или) ситуационных задач, предусмотренных программой ординатуры, ориентируется в основной и дополнительной литературе, рекомендованной рабочей программой дисциплины (модуля).

Оценка «не зачтено» выставляется ординатору, если он имеет пробелы в знаниях программного материала: не владеет теоретическим материалом и допускает грубые, принципиальные ошибки в выполнении заданий и (или) ситуационных задач, предусмотренных рабочей программой дисциплины (модуля).

Шкала оценивания (четырёхбалльная или двухбалльная), используемая в рамках текущего контроля успеваемости определяется преподавателем, исходя из целесообразности применения той или иной шкалы.

Если текущий контроль успеваемости и (или) промежуточная аттестация, предусматривает тестовые задания, то перевод результатов тестирования в четырёхранговую шкалу осуществляется по схеме:

Оценка «Отлично» - 90-100% правильных ответов;

Оценка «Хорошо» - 80-89% правильных ответов;

Оценка «Удовлетворительно» - 71-79% правильных ответов;

Оценка «Неудовлетворительно» - 70% и менее правильных ответов.

Перевод результатов тестирования в двухбалльную шкалу:

Оценка «Зачтено» - 71-100% правильных ответов;

Оценка «Не зачтено» - 70% и менее правильных ответов.

Для промежуточной аттестации, состоящей из двух этапов (тестирование + устное собеседование) оценка складывается по итогам двух пройденных этапов. Обучающийся, получивший положительные оценки за тестовое задание и за собеседование считается аттестованным. Промежуточная аттестация, проходящая в два этапа, как правило, предусмотрена по дисциплинам (модулям), завершающихся экзаменом или зачетом с оценкой.

Обучающийся, получивший неудовлетворительную оценку за первый этап (тестовое задание) не допускается ко второму этапу (собеседованию).

1. Форма промежуточной аттестации:

- 1 семестр - зачет с оценкой
- 2 семестр – экзамен

2. Перечень компетенций, формируемых на этапе освоения дисциплины

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать следующими **универсальными компетенциями:**

готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);

готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);

готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения (УК-3).

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать **профессиональными компетенциями:**

профилактическая деятельность:

готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения хирургических заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);

готовность к проведению профилактических медицинских осмотров,

диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за пациентами с хирургической патологией (ПК-2);

готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);

готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях хирургической заболеваемости взрослых и подростков(ПК-4);

диагностическая деятельность:

готовность к определению у пациентов хирургических заболеваний, симптомов и синдромов в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);

лечебная деятельность:

готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи (ПК-6);

готовность к участию в оказании медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7); реабилитационная деятельность:

реабилитационная деятельность:

готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов с хирургической патологией, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8);

психолого-педагогическая деятельность:

готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих, обучению пациентов основным гигиеническим

мероприятиям оздоровительного характера, способствующим сохранению и укреплению здоровья, профилактике хирургических заболеваний

(ПК-9);

организационно-управленческая деятельность:

готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10);

готовность к проведению оценки качества оказания хирургической помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11);

готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-12).

3. Показатели и критерии оценивания сформированности компетенций, шкалы оценивания

Показатели и критерии оценивания сформированности компетенций, шкалы оценивания

Этап промежуточной аттестации	Компетенции, сформированность которых оценивается	Показатели	Критерии сформированности компетенций
1 семестр (зачет с оценкой)			
Решение ситуационных задач	ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-10, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7	Правильность ответов на вопросы задачи	<p><i>5 баллов:</i> дан полный, развернутый ответ на все поставленные в задаче вопросы, показана совокупность осознанных знаний об объекте, проявляющаяся в свободном ориентировании понятиями, умении выделить существенные и несущественные его признаки, причинно-следственные связи; ответ формулируется в терминах науки, изложен литературным языком, логичен, доказателен; в ходе ответов обучающийся продемонстрировал высокий уровень теоретических знаний, полученных в ходе изучения основной и дополнительной литературы, умение применять полученные знания в ходе решения конкретных практических ситуаций;</p> <p><i>4 балла:</i> дан полный, развернутый ответ на все поставленные в задаче вопросы, в ответе прослеживается четкая структура, логическая последовательность, отражающая сущность раскрываемых понятий, теорий, явлений; ответ изложен литературным языком в терминах науки; в ответе допущены недочеты, исправленные обучающимся с помощью преподавателя;</p> <p><i>3 балла:</i> дан полный, развернутый ответ на основные поставленные в задаче вопросы,</p>

			<p>показано умение выделить существенные и несущественные признаки, причинно-следственные связи; ответ структурирован, логичен, изложен в терминах науки, однако допущены незначительные ошибки или недочеты, исправленные обучающимся с помощью "наводящих" вопросов преподавателя;</p> <p><i>2 балла:</i> дан неполный ответ на менее 70% вопросов задачи; присутствует нелогичность изложения; обучающийся затрудняется с доказательностью; масса существенных ошибок в определениях терминов, понятий, характеристики фактов, явлений; речь неграмотна; при ответе на дополнительные вопросы обучающийся начинает понимать связь между знаниями только после подсказки;</p> <p><i>1 балл:</i> дан неполный ответ на менее 70% вопросов задачи, представляющий собой разрозненные знания по теме вопроса с существенными ошибками в определениях; присутствуют фрагментарность, нелогичность изложения; речь неграмотная; дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа не только на поставленный вопрос, но и на другие вопросы дисциплины;</p> <p><i>0 баллов:</i> отказ от ответа.</p>
2 семестр (экзамен)			
Устное собеседование	ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-10, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7	Правильность ответов на вопросы экзаменационного билета (3 вопроса) Оценка ответа на каждый вопрос проводится по 5-балльной шкале.	<i>5 баллов:</i> дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, проявляющаяся в свободном ориентировании понятиями, умении выделить существенные и несущественные

		<p>его признаки, причинно-следственные связи; ответ формулируется в терминах науки, изложен литературным языком, логичен, доказателен;</p> <p><i>4 балла:</i> дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, в ответе прослеживается четкая структура, логическая последовательность, отражающая сущность раскрываемых понятий, теорий, явлений; ответ изложен литературным языком в терминах науки; в ответе допущены недочеты, исправленные обучающимся с помощью преподавателя;</p> <p><i>3 балла:</i> дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показано умение выделить существенные и несущественные признаки, причинно-следственные связи; ответ структурирован, логичен, изложен в терминах науки, однако допущены незначительные ошибки или недочеты, исправленные обучающимся с помощью "наводящих" вопросов преподавателя;</p> <p><i>2 балла:</i> дан неполный ответ, логика и последовательность изложения имеют существенные нарушения; допущены грубые ошибки при определении сущности раскрываемых понятий, теорий, явлений вследствие непонимания обучающимся их существенных и несущественных признаков и связей; речевое оформление требует поправок, коррекции;</p> <p><i>1 балл:</i> дан неполный ответ, представляющий собой разрозненные знания по теме вопроса с существенными ошибками в определениях; присутствуют фрагментарность, нелогичность изложения; речь неграмотная; дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят</p>
--	--	---

			к коррекции ответа не только на поставленный вопрос, но и на другие вопросы дисциплины; <i>0 баллов:</i> отказ от ответа.
--	--	--	--

4. Типовые контрольные задания и иные материалы для оценки знаний, умений, навыков, формируемых на этапе освоения дисциплины

4.1. Гнойная инфекция

Задания в тестовой форме

Формируемые компетенции–ПК-5, ПК-6, ПК-8

Задания:

1. Проникновение гнойной микрофлоры вызывает со стороны тканей реакцию, выражающуюся всем перечисленным, кроме
 - а) артериальной гиперемии
 - б) венозного стаза
 - в) появления болей
 - г) местного повышения температуры
 - д) потери чувствительности

2. При карбункуле шеи показано все перечисленное, кроме
 - а) согревающего компресса с мазью Вишневского
 - б) антибиотиков внутримышечно
 - в) сульфаниламидных препаратов внутрь
 - г) витаминотерапии
 - д) ультрафиолетового облучения

3. Абсцесс от инфильтрата отличается наличием
 - а) боли
 - б) гипертермии
 - в) флюктуации
 - г) гиперемии кожи
 - д) лейкоцитоза со сдвигом лейкоцитарной формулы влево

4. В начальной серозной стадии острого мастита не применяются
 - а) разрез
 - б) предупреждение застоя молока
 - в) антибактериальная терапия
 - г) ультразвуковая терапия
 - д) ретромаммарная пенициллиновокаиновая блокада

5. При лечении фурункула в первой фазе воспаления применяют все перечисленное, кроме
 - а) обкладывания фурункула раствором антибиотика, растворенного на новокаине
 - б) физиолечения токами УВЧ
 - в) вскрытия очага воспаления
 - г) высококалорийного питания
 - д) иммунокорригирующей терапии

6. Сетчатый лимфангиит отличается от рожи
 - а) поражением всех слоев кожи
 - б) поражением в основном слизистой оболочки

- в) локализацией инфекции в сосочковом слое кожи
 - г) отсутствием гиперемии кожи
 - д) отсутствием повышения температуры тела
7. Наиболее опасными осложнениями глубокой флегмоны шеи являются все перечисленные, кроме
- а) гнойного медиастенита
 - б) гнойного менингита
 - в) сдавления дыхательных путей
 - г) прорыва гноя в пищевод
 - д) сепсиса
8. Для карбункула верхней губы характерным осложнением является
- а) сепсис
 - б) некроз кожи
 - в) тромбоз мозговых синусов
 - г) остеомиелит верхней челюсти
 - д) тромбоз сонной артерии
9. Ранней хирургической обработкой раны называется обработка
- а) в первые 6 часов после травмы
 - б) спустя 12 часов после травмы
 - в) до 18 часов после травмы
 - г) через 24-36 часов после травмы
10. В структуре хирургической инфекции последних лет характерно превалирование
- а) грамотрицательной микрофлоры
 - б) грамположительной микрофлоры
 - в) существенного различия нет
11. Тактика лечения "чистой" и "гнойной" раны
- а) не имеет принципиального различия
 - б) имеет принципиальное различие
12. Госпитальная инфекция за последние годы
- а) не наблюдается
 - б) наблюдается редко
 - в) наблюдается часто
 - г) имеет тенденцию к учащению
 - д) правильно в) и г)
13. Длительное применение антибиотиков с профилактической целью влияет на число больных с госпитальной инфекцией
- а) значительно уменьшая их число
 - б) незначительно уменьшая их число
 - в) не уменьшая
14. Факторами риска в период наркоза и проведения операции, способствующими развитию госпитальной инфекции, являются
- а) кровопотери
 - б) ухудшение микроциркуляции крови
 - в) травматичность операции

- г) все перечисленное
15. В комплекс мероприятий по профилактике госпитальной инфекции включается
- а) воздействие на больного, как на источник экзогенной инфекции
 - б) воздействие на окружающего больного предметы (источники экзогенной инфекции)
 - в) атравматическая операция
 - г) все перечисленное
16. Столбняк - это заболевание, которое не начинается обычно
- а) с головных болей
 - б) с раздражительности
 - в) с обильной потливости
 - г) с клонических судорог
 - д) с болей в области раны
17. Профилактическое введение противостолбнячной сыворотки необходимо во всех перечисленных случаях, кроме
- а) ушибленной раны головы
 - б) термического ожога бедра 2-й степени
 - в) острого гангренозного аппендицита
 - г) открытого перелома плеча
 - д) закрытого перелома голени
18. В ранней стадии гематогенного остеомиелита показаны все перечисленные мероприятия, за исключением
- а) экстренной операции
 - б) введения антибиотиков
 - в) переливания крови
 - г) введения витаминов
 - д) создания функционального покоя пораженной области
19. Первичный очаг воспаления при остром гематогенном остеомиелите чаще локализуется
- а) в эпифизе
 - б) в метафизе
 - в) в диафизе
 - г) во всех отделах кости
20. Ранние рентгенологические признаки в виде линейных просветлений в субэпифизарной зоне при остром гематогенном остеомиелите появляются
- а) на 5-6 день заболевания
 - б) на 7-10 день заболевания
 - в) на 11-14 день заболевания
 - г) на 15-18 день заболевания
 - д) в более поздние сроки
21. При остром гематогенном остеомиелите с формированием поднадкостничного абсцесса показано следующее оперативное лечение
- а) поднадкостничная пункция абсцесса и установление промывных дренажей

- б) вскрытие поднадкостничного абсцесса и дренирование раны
 - в) вскрытие поднадкостничного абсцесса, внутрикостное введение антибиотиков, остеотомия, установление промывных дренажей
 - г) вскрытие поднадкостничного абсцесса, широкая остеотомия, тампонирование костной полости
22. При остром гематогенном остеомиелите возможны все следующие осложнения, кроме
- а) патологических переломов костей
 - б) сепсиса
 - в) межмышечных флегмон
 - г) гнойного артрита
 - д) вывиха в суставе
23. При колибациллярном сепсисе наиболее целесообразным является применение
- а) натриевой соли бензилпенициллина
 - б) гентамицина
 - в) стрептомицина
 - г) фурагина
 - д) хлорамфеникола
24. При стафилококковом сепсисе из антибактериальных препаратов наиболее целесообразно применять
- а) "природные" пенициллины
 - б) цефалоспорины и полусинтетические пенициллины
 - в) нитрофураны и макролиды
 - г) полусинтетические пенициллины
 - д) макролиды
25. Окончательный выбор антибактериального препарата для лечения сепсиса определяется видом возбудителя и его чувствительностью к антибиотикам, полученным
- а) в содержимом первичного очага
 - б) при посевах крови
 - в) при посевах мочи
 - г) в гное из метастатических гнойников
 - д) при посевах мокроты
26. Для первичного очага при сепсисе характерно наличие следующих признаков
- а) "сочные" грануляции и краевая эпителизация
 - б) обильное гнойное отделяемое
 - в) выраженная отечность краев раны
 - г) вялые грануляции
 - д) правильно в) и г)
27. Клиническая классификация сепсиса включает все следующие формы, кроме
- а) послеоперационного
 - б) рецидивирующего
 - в) хронического
 - г) острого
 - д) молниеносного

28. Различают следующие формы перитонита по характеру экссудату, кроме:
- А. серозный
 - Б. серозно-фибринозный
 - В. фибринозно-гнойный
 - Г. гнойный
 - Д. муцинозный.
29. При остром перитоните выполняется операция:
- А. диагностическая
 - Б. плановая
 - В. срочная
 - Г. экстренная
 - Д. отсроченная.
30. Брюшина выполняет функции:
- А. резорбтивную
 - Б. экссудативную
 - В. барьерную (механическая защита)
 - Г. барьерную (защита от инфекции)
 - Д. все перечисленные.
31. К неспецифической аэробной грамположительной микробной флоре относят:
- А. кишечную палочку
 - Б. стрептококки
 - В. синегнойную палочку
 - Г. протей
 - Д. клебсиелл.
32. Развитие гранулематозного перитонита не происходит:
- А. при высыхании брюшины во время операции
 - Б. при травматизации её салфетками и инструментами
 - В. при попадании в брюшную полость талька
 - Г. при скоплении в брюшной полости лимфы
 - Д. при попадании нитей перевязочного или шовного материала.
33. Какой перитонит может лечиться консервативно:
- А. диффузный перитонит
 - Б. геморрагический перитонит
 - В. пельвиоперитонит
 - Г. разлитой перитонит
 - Д. местный перитонит.
34. Основными путями проникновения инфекции в брюшную полость при первичном перитоните являются:
- А. гематогенный
 - Б. лимфогенный
 - В. через маточные трубы
 - Г. только а и б
 - Д. правильно а, б и в.
35. Вторичным перитонитом не является:

- А. пропотной
 - Б. лимфогенный
 - В. перфоративный
 - Г. травматический
 - Д. послеоперационный.
36. Перфоративные перитониты не наблюдаются:
- А. при язвах желудочно-кишечного тракта
 - Б. при инородных телах желудка и кишечника
 - В. при ущемленных грыжах
 - Г. при тромбоэмболии мезентериальных артерий
 - Д. при специфическом поражении брюшины.
37. Стадии (фазы) развития перитонита по Симоняну:
- А. 1-реактивная, 2-токсическая, 3-терминальная
 - Б. 1-реактивная, 2-перитонеальная, 3-токсическая
 - В. 1-гемодинамическая, 2-реактивная, 3-агональная
 - Г. 1-гиперактивная, 2-токсическая, 3-гемодинамическая
 - Д. 1-мнимого благополучия, 2-перитонеальная, 3-терминальная.
38. Различают следующие формы перитонита по характеру экссудату, кроме:
- Е. серозный
 - Ж. серозно-фибринозный
 - З. фибринозно-гнойный
 - И. гнойный
 - К. муцинозный.
39. Перитонит развивается при повреждении:
- А. почек
 - Б. кишечника
 - В. анального канала
 - Г. селезенки
 - Д. печени.

Перечень ситуационных задач

Оцениваемые компетенции: ПК-5, ПК-6, ПК-8

Задача № 1

Мужчина 45 лет поступил в хирургическое отделение в плановом порядке с жалобами на чувство тяжести в эпигастральной области, тошноту, отрыжку тухлым, 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 лцковицы ДПК), 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. Склонность к запорам.

Вопросы к задаче

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.

Задача № 2

Мужчина 45 лет поступил в хирургическое отделение в плановом порядке с жалобами на чувство тяжести в эпигастриальной области, тошноту, отрыжку тухлым, 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 лцковицы ДПК), 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. Склонность к запорам.

Вопросы к задаче

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Какие дополнительные диагностические мероприятия следует выполнить, очередность их применения?
3. Способы оперативного лечения.
4. Особенности ведения послеоперационного периода.
5. Рекомендации при выписке. Экспертиза трудоспособности.

Задача № 3

Больная М., 64 лет поступила в приемный покой хирургического отделения с жалобами на боли в правом подреберье, желтушность кожи и склер, потемнение мочи, обесцвеченный стул, повышение Т тела до 39 градусов, сопровождающееся ознобами.

Больна в течение трех недель. Заболевание началось остро с резких болей в правом подреберье и эпигастрии. На следующий день болевой синдром стал меньше, отметила потемнение цвета мочи, «как пиво», обесцвеченный кал. Вскоре появились желтушность склер и кожи. За медицинской помощью не обращалась. За последние 4 суток состояние ухудшилось, появилась Т тела до 39, сопровождающаяся ознобами.

Объективно: общее состояние средней тяжести. Желтушность кожных покровов и склер. Пульс 98 в минуту, удовлетворительных качеств. Язык сухой, обложен. Живот в акте дыхания участвует, при пальпации отмечается болезненность в правом подреберье, симптом Щеткина – Блюмберга слабоположительный.

Вопросы к задаче

1. О какой патологии у больной можно думать?
2. Лечебно-диагностическая тактика.
3. Какие методы исследования необходимо выполнить дополнительно?

4. Имеются ли показания к оперативному лечению? Если «да», то какие? Сроки операции?
5. Особенности ведения послеоперационного лечения.
6. Ваши рекомендации больной после окончания лечения.

Задача № 4

Мужчина 68 лет, страдающий ИБС: НРС по типу мерцательной аритмии, не получающий терапии назначенной кардиологом в течение последнего месяца. Доставлен в приемное отделение хирургического стационара бригадой СМП. У больного внезапно появились резкие боли в животе разлитого характера. Вскоре появилась рвота (дважды), не приносящая облегчения. Через 2 часа от начала заболевания пациент доставлен в лечебное учреждение. При осмотре: поведение пациента беспокойное из-за сильных болей в животе. Выраженная мраморность кожных покровов. Пульс 97 в минуту, аритмичный, АД 110/60 мм.рт.ст. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной и мезогастральной областях. Кишечные шумы вялые. Симптом Щеткина – Блюмберга отрицательный. При ректальном исследовании – на перчатке кал обычного цвета с примесью крови. Общий анализ крови: лейкоцитоз до $23,0 \times 10^9/\text{л}$. ЭКГ – НРС по типу мерцательной аритмии.

Вопросы к задаче

1. Ваш диагноз.
2. Клиническая классификация этого заболевания.
3. Этиология и патогенез данной патологии.
4. План обследования пациента.
5. Лечебная тактика?
6. Принципы лечения?

Задача № 5

У больной 35 лет, страдающей желчно-каменной болезнью, через 2 часа после погрешности в диете появились опоясывающие боли в верхних отделах живота, многократная рвота съеденной пищей с примесью желчи. При осмотре состояние больной тяжелое. Кожные покровы несколько бледные. Склеры субиктеричны. Пульс 120 в минуту. АД 100/60 мм.рт.ст. Язык сухой, обложен белесоватым налетом. Живот вздут, резко болезненный в эпигастрии и подреберьях, где определяется ригидность мышц передней брюшной стенки. Симптом Щеткина-Блюмберга в подвздошных областях отрицательный. Перистальтика кишечника ослаблена. Стула не было.

Вопросы к задаче по хирургии

1. Ваш диагноз.
2. Классификация заболевания.
3. Дифференциально-диагностические мероприятия.
4. Ваша тактика:
 - основные направления консервативной терапии.
 - Показания к оперативному лечению, методы оперативных вмешательств.
5. Прогноз.

Задача № 6

Больной, 38 лет, обратился к врачу с жалобами на увеличение в объеме правой половины мошонки. Заболевание началось 1 год назад с появления опухолевидного образования у корня мошонки. Со временем образование увеличилось, спустилось в мошонку. Стали возникать боли при физической нагрузке.

Общее состояние больного без особенностей.

Правая половина мошонки увеличена в размерах до 12 x 8 x 6 см. Образование определяется как стоя, так и в положении лежа, в брюшную полость не вправляется. Консистенция плотноэластическая. Перкуторно — тимпанит. Наружное кольцо пахового канала слева — не расширено, справа — четко не определяется. Семенной канатик не пальпируется.

Вопросы к задаче

1. О каком заболевании можно думать?
2. Классификация заболевания?
3. Анатомические особенности, определяющие возникновение данного заболевания?
4. Предрасполагающие и производящие факторы возникновения данного заболевания?
5. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
6. Что нужно сделать для уточнения диагноза?
7. Тактика лечения?
8. С какими осложнениями можно встретиться на операции и в послеоперационном периоде?

Задача № 7

На вечернем обходе Ваше внимание привлекла больная, которой утром была сделана субтотальная резекция щитовидной железы по поводу тиреотоксического зоба. Больная предъявляет жалобы на боли в голове, сердцебиение, общую слабость. При осмотре: кожный покров бледный, глаза закрыты полотенцем, ввиду непереносимости яркого цвета. Пульс 105 — 110 в 1 минуту, удовлетворительного наполнения. АД 160/100 мм. рт.ст. Температура — 38⁰С. Повязка промокла незначительно геморрагическим содержимым. Гемоглобин — 135 г/л. Лейкоциты — 10,5 x 10⁹.

Вопросы к задаче

- 1 Ваш диагноз?
- 2 Причины данного осложнения?
- 3 Возможные механизмы развития?
- 4 Основные направления лечебных мероприятий?
- 5 Какие существуют методы профилактики?
- 6 Оценка трудоспособности?

Задача № 8

Больной, 42 лет, поступил в стационар в экстренном порядке. 3 часа назад появилась кровавая рвота. В течение последних 2-х лет кровавая рвота возникает 3-й раз. В анамнезе болезнь Боткина.

При осмотре: кожный покров бледный. Пульс 110 — 115 в 1 минуту, слабого наполнения. АД 100/70 мм.рт.ст. Живот несколько вздут, определяется венозная сеть на передней брюшной стенке. Пальпируется селезенка и плотный край печени у реберной дуги. Показатели красной крови : Гемоглобин — 80 г/л, Эритроциты — 3 x 10¹².

Вопросы к задаче

1. Ваш диагноз?
2. Этиопатогенез данного заболевания?
3. Классификация заболевания?
4. Объем обследования пациента при данной патологии?
5. Степень кровопотери в данном случае?
6. Основные направления консервативной терапии?
7. Показания к операции и варианты хирургического пособия?
8. Прогноз данного заболевания?

Задача № 9

У больной, 72 лет, тучной женщины, в течение 15 лет страдающей периодическими болями в правом подреберье, 8 часов назад появились вновь резкие боли в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо, рвота, t до 38^o С. Язык сухой, обложен белым налетом, небольшая иктеричность склер. Живот слегка вздут. Резкая болезненность и умеренное мышечное напряжение в правом подреберье. Симптомы раздражения брюшины слабо положительные. Пульс — 96 в 1 минуту. Лейкоцитоз — 12 x 10⁹.

Вопросы к задаче

- [1 Ваш диагноз?](#)
- [2 Этиология и патогенез данного заболевания?](#)
- [3 Классификация заболевания?](#)
- [4 С какой патологией следует проводить дифференциальную диагностику?](#)
- [5 Возможные осложнения данного заболевания?](#)
- [6 Объем обследования пациентки?](#)
- [7 Варианты тактики лечения при данной патологии?](#)
- [8 Направления консервативной терапии?](#)
- [9 Характер и объем оперативного вмешательства при данной патологии?](#)
- [10 Осложнения послеоперационного периода?](#)

Теоретические вопросы

Формируемые компетенции–ПК-5, ПК-6, ПК-8

1. Сепсис, классификация, клиника.
2. Септический шок, классификация, тактика.
3. Острый мастит.
4. Газовая гангрена.
5. Неклостридиальная анаэробная флегмона.
6. Принципы лечения сепсиса.
7. Рожь. Классификация. Этиология. Патогенез, клиника, диагностика, лечение.
8. Острый парапроктит, классификация, лечение.
9. Острый вторичный остеомиелит. Классификация. Этиология. Патогенез, клиника, диагностика, лечение.
10. Абсцесс Дугласова пространства.
11. Перитонит. Классификация, патогенез.
12. Клиническая картина острого разлитого перитонита, дополнительные методы диагностики.
13. Предоперационная подготовка больного при разлитом перитоните.
14. Пилефлебит, диагностика и лечение.
15. Поддиафрагмальный абсцесс. Классификация. Этиология. Патогенез, клиника, диагностика, лечение.
16. Острый мастит. Классификация. Этиология. Патогенез, клиника, диагностика, лечение.
17. Столбняк. Классификация. Этиология. Патогенез, клиника, диагностика, лечение.

4.2. Колопроктология

Задания в тестовой форме

Формируемые компетенции–ПК-5, ПК-6, ПК-8

Задания:

1. Информированное добровольное согласие пациента (или доверенных лиц) является необходимым предварительным условием медицинского вмешательства
 - а) только если нужна плановая операция
 - б) только при использовании инвазивных диагностических методов (например, лапароскопия, ангиография и пр.)
 - в) если планируется операция с формированием колостомы или илеостомы
 - г) если операция будет проводиться под наркозом

- д) всегда
2. Международная классификация болезней — это:
- а) перечень наименований болезней в определённом порядке
 - б) перечень диагнозов в определённом порядке
 - в) перечень симптомов, синдромов и отдельных состояний, рас-положенных по определённому принципу
 - г) система рубрик, в которые отдельные патологические состоя-ния включены в соответствии с определёнными установленными критериями
 - д) перечень наименований болезней, диагнозов и синдромов, рас-положенных в определённом порядке
3. Специализированная колопроктологическая помощь должна оказываться в:
- а) областных и городских многопрофильных больницах
 - б) больницах скорой помощи
 - в) участковых больницах
 - г) реабилитационных центрах
 - д) во всех перечисленных лечебно-профилактических учрежде-ниях
4. Оптимальная мощность колопроктологического отделения составляет
- а) от 20 до 30 коек
 - б) от 30 до 40 коек
 - в) от 40 до 60 коек
 - г) от 60 до 80 коек
 - д) свыше 80 коек
5. Врачебная должность колопроктолога консультативно-диагностического центра устанавливается:
- а) на 50 тыс. населения
 - б) на 100 тыс населения
 - в) на 150 тыс населения
 - г) на 200 тыс. населения
 - д) на 300 тыс. населения
6. Норматив должности врача колопроктолога территориальной поликлиники
- а) 1 ставка на 50 тысяч взрослого населения
 - б) 1 ставка на 100 тысяч взрослого населения
 - в) 1 ставка на 150 тысяч взрослого населения
 - г) 1 ставка на 175 тысяч взрослого населения
 - д) 1 ставка на 200 тысяч взрослого населения
7. Средняя нагрузка врача - колопроктолога поликлиники должна составлять:
- а) 11 человек в 1 час
 - б) 8 человек в 1 час
 - в) 6 человек в 1 час
 - г) 4 человека в 1 час
 - д) норматив не установлен
8. Диспансерное наблюдение не должно вестись за пациентами:
- а) геморроем
 - б) семейным аденоматозом толстой кишки
 - в) неспецифическим язвенным колитом

- г) полипами толстой кишки
- д) ворсинчатыми опухолями толстой кишки

9. Ставка врача-ординатора-колопроктолога устанавливается на:

- а) 5 колопроктологических коек
- б) 10 колопроктологических коек
- в) 15 колопроктологических коек
- г) 20 колопроктологических коек
- д) 25 колопроктологических коек

10. Потребность в колопроктологических койках на 10 тыс. населения в настоящее время составляет:

- а) 0,35
- б) 0,40
- в) 0,45
- г) 0,50
- д) 0,62

11. Соблюдение врачебной тайны необходимо для:

- 1) защиты внутреннего мира человека, его автономии
 - 2) охраны от манипуляций со стороны внешних сил
 - 3) защиты социальных и экономических интересов личности
 - 4) поддержания престижа медицинской профессии
 - 5) создания основы доверительности и открытости взаимоотношений "врач - пациент"
- а) если правильные ответы 1,2 и 3
 - б) если правильные ответы 1 и 3
 - в) если правильные ответы 2 и 4
 - г) если правильный ответ 4
 - д) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5

12. Колопроктологическая служба областной больницы призвана обеспечить оказание помощи: 1) специализированной стационарной 2) диагностической 3) лечебной 4) консультативно-методической хирургам ЦРБ 5) полинии санитарной авиации

- а) если правильные ответы 1,2 и 3
- б) если правильные ответы 1 и 3
- в) если правильные ответы 2 и 4
- г) если правильный ответ 4
- д) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5

13. Первичная медицинская статистическая документация необходима для: 1) регистрации изучаемого явления (заболеваемость с впервые в жизни диагностируемым заболеванием) 2) оперативного управления лечебно-профилактическим учреждением 3) выработки конкретного, обоснованного решения 4) изучения демографической ситуации 5) изучения здоровья населения

- а) если правильные ответы 1,2 и 3
- б) если правильные ответы 1 и 3
- в) если правильные ответы 2 и 4
- г) если правильный ответ 4
- д) если правильные ответы 1,2,3,4 и 5

14. Крупные сегментарные сосуды обнаруживаются хирургом при продольной лапаротомии в латеральной части брюшной стенки

- а) в подкожной клетчатке
 - б) под сухожилием наружной косой мышцы живота
 - в) между наружной и внутренней косыми мышцами
 - г) между внутренней косой и поперечной мышцей
 - д) между поперечной мышцей и поперечной фасцией живота
15. Прямая мышца живота
- а) фиксирована только к переднему листку влагалища
 - б) фиксирована только к заднему листку влагалища
 - в) фиксирована прочно к переднему листку и рыхло к заднему листку влагалища
 - г) не фиксирована к обоим листкам влагалища
 - д) не имеет фасциальной оболочки
16. Нижняя надчревная артерия (a. profunda) отходит
- а) от бедренной артерии
 - б) от внутренней подвздошной артерии
 - в) от пупочной артерии
 - г) от наружной подвздошной артерии
 - д) от запирательной артерии
17. Гной из переднего апоневротического влагалища прямой мышцы живота распространяется
- а) в околопупочную область
 - б) в предпузырное пространство
 - в) в свободную брюшную полость
 - г) в соседнее апоневротическое влагалище мышцы
 - д) гнойник локализуется только в пределах влагалища мышцы
18. Гной из заднего влагалища прямой мышцы живота распространяется
- а) на бедро
 - б) в клетчатку малого таза
 - в) гнойник локализуется только во влагалище мышцы
 - г) в предпузырное пространство
 - д) в околопупочную область
19. Стенками сальниковой сумки не является
- а) задняя стенка желудка
 - б) малый сальник
 - в) начальная часть 12-перстной кишки
 - г) брыжейка поперечной ободочной кишки
 - д) листок брюшины, покрывающий переднюю поверхность поджелудочной железы
20. Верхняя брыжеечная вена в корне брыжейки расположена по отношению к одноименной артерии
- а) справа
 - б) слева
 - в) спереди от артерии
 - г) позади артерии
 - д) огибает артерию в виде кольца
21. Верхняя брыжеечная артерия является ветвью:
- а) печеночной артерии

- б) желудочно-12перстной артерии
 - в) брюшной аорты
 - г) правой желудочно-сальниковой артерии
 - д) правой почечной артерии
22. Непостоянных сфинктеров в стенке толстой кишки
- а) пять
 - б) семь
 - в) десять
 - г) шестнадцать
 - д) нет ни одного
23. Сфинктерами, которые, герметически закрываясь, создают препятствие для продвижения пищевых масс и кишечного содержимого по желудочно-кишечному тракту, являются: 1) привратник, 2) баугиниева заслонка, 3) наружный сфинктер заднего прохода, 4)внутренний сфинктер, 5) сфинктер Гирша
- а) правильные ответы 1,2 и 3
 - б) правильные ответы 1 и 3
 - в) правильные ответы 2 и 4
 - г) правильный ответ 4
 - д) правильные ответы 1,2,3,4 и 5
24. Через подгрушевидное отверстие таза выходят: 1) срамной нерв, 2) внутренняя срамная артерия, 3) нижний ягодичный нерв и одноименная артерия, 4) седалищный нерв, 5) подкожная ветвь заднего бедренного нерва и одноименная артерия
- а) правильные ответы 1,2 и 3
 - б) правильные ответы 1 и 3
 - в) правильные ответы 2 и 4
 - г) правильный ответ 4
 - д) правильные ответы 1,2,3,4 и 5
25. Гной из полости таза по запирательному отверстию распространяется:
- а) на латеральную поверхность бедра
 - б) на внутреннюю поверхность бедра
 - в) под малую ягодичную мышцу
 - г) под большую ягодичную мышцу
 - д) под мышцу, напрягающую широкую фасцию бедра
26. Нижняя прямокишечная артерия отходит
- а) от внутренней подвздошной артерии
 - б) от запирательной артерии
 - в) от внутренней срамной артерии
 - г) от нижней ягодичной артерии
 - д) от промежностной артерии
27. Крестцовое нервное сплетение лежит непосредственно
- а) на грушевидной мышце
 - б) на внутренней запирательной мышце
 - в) на копчиковой мышце
 - г) на подвздошно-поясничной мышце
 - д) на лонно-прямокишечной мышце
28. Циркулярные мышечные волокна стенки прямой кишки наиболее развиты:

- а) в верхнеампулярном отделе
 - б) в среднеампулярном отделе
 - в) в нижнеампулярном отделе
 - г) в области запирающего аппарата прямой кишки
 - д) циркулярные волокна везде развиты одинаково
29. У мужчин в полости таза висцеральной фасцией окружены
- а) только мочевого пузыря
 - б) мочевого пузыря и прямая кишка
 - в) предстательная железа и прямая кишка
 - г) мочевого пузыря, предстательная железа и прямая кишка
 - д) мочевого пузыря и предстательная железа
30. Основным фиксирующим элементом правого изгиба ободочной кишки является
- а) диафрагмально -ободочная связка
 - б) печеночно-дуоденальная связка
 - в) пузырно-толстокишечная связка
 - г) правая половина большого сальника
 - д) малый сальник
31. Срамной нерв происходит
- а) из поясничного сплетения
 - б) непосредственно из крестцового сплетения
 - в) из подчревного сплетения
 - г) из нижнего брыжеечного сплетения
 - д) из сплетения, образованного 2,3и 4 крестцовыми нервами
32. Наружный сфинктер прямой кишки иннервируется ветвями:
- а) запирающего нерва
 - б) срамного нерва
 - в) тазового нерва
 - г) бедренного нерва
 - д) промежностного нерва
33. В осуществлении механизма держания кишечного содержимого основную роль из числа перечисленных играет:
- а) копчиковая мышца
 - б) подвздошно-копчиковая мышца
 - в) лонно-прямокишечная мышца
 - г) ано-копчиковая связка
 - д) все перечисленные
34. Слева и справа от прямой кишки в полости таза располагаются
- а) мочеточники
 - б) подчревные артерии
 - в) семенные пузырьки у мужчин
 - г) предстательная железа
 - д) все перечисленное
35. Клетчаточное пространство, ограниченное изнутри и сверху мышцами поднимателя заднего прохода, а снаружи запирающей мышцей и седалищным бугром называется
- а) межмышечным пространством
 - б) пельвиоректальным пространством

- в) подкожным клетчаточным пространством
- г) ишиоректальным пространством
- д) ретроректальным пространством

36. Региональными лимфатическими узлами для прямой кишки являются: 1) паховые, 2) подчревные, 3) аноректальные, 4) верхние прямокишечные, 5) подвздошные

- а) правильные ответы 1,2 и 3
- б) правильные ответы 1 и 3
- в) правильные ответы 2 и 4
- г) правильный ответ 4
- д) правильные ответы 1,2,3,4 и 5

37. Гной из околопрямокишечного висцерального пространства может распространиться в: 1) боковые клетчаточные пространства таза, 2) позадипрямокишечное клетчаточное пространство, 3) околовлагалищную клетчатку у женщин, 4) забрюшинную клетчатку и под большую поясничную мышцу, 5) околопростатическую клетчатку у мужчин

- а) правильные ответы 1,2 и 3
- б) правильные ответы 1 и 3
- в) правильные ответы 2 и 4
- г) правильный ответ 4
- д) правильные ответы 1,2,3,4 и 5

38. В образовании мочеполовой диафрагмы не участвует: 1) луковично-губчатая и седалишно-пещеристая мышцы, 2) собственная фасция мочеполового треугольника, 3) глубокая поперечная мышца промежности, 4) запирающая мышца, 5) поверхностная поперечная мышца промежности

- а) правильные ответы 1,2 и 3
- б) правильные ответы 1 и 3
- в) правильные ответы 2 и 4
- г) правильный ответ 4
- д) правильные ответы 1,2,3,4 и 5

39. Пространство, расположенное позади анального канала между подкожной порцией наружного сфинктера и местом прикрепления к копчику мышцы поднимателя заднего прохода называется (именно через него при подковообразном парапроктите гной чаще всего поступает из одной ишиоректальной ямки в противоположную):

- а) ретроректальное
- б) ишиоректальное
- в) постанальное
- г) пельвиоректальное
- д) межмышечное

40. В основу сегментарного деления печени положено

- а) внутри печеночное ветвление печеночной артерии
- б) внутripеченочное формирование желчных протоков
- в) разветвление портальной системы
- г) разветвление вкнутрипеченочных нервов
- д) лимфатическая система печени

41. Артериальное кровоснабжение печени осуществляется за счет

- а) верхней брыжеечной артерии
- б) печеночной артерии

- в) артериальных ветвей, отходящих непосредственно от аорты
- г) нижней брыжеечной артерии
- д) всех перечисленных артерий

42. Слизистая оболочка тонкой кишки в течение суток выделяет

- а) до 2-х литров кишечного сока
- б) до 5-ти литров кишечного сока
- в) до 7-ми литров кишечного сока
- г) до 15-тилитров кишечного сока
- д) до 20-ти литров кишечного сока

43. В толстой кишке не всасываются: 1) вода и электролиты, 2) спирт, 3) глюкоза и моносахариды, 4) белки, 5) все жирорастворимые витамины

- а) правильные ответы 1,2 и 3
- б) правильные ответы 1 и 3
- в) правильные ответы 2 и 4
- г) правильный ответ 4
- д) правильные ответы 1,2,3,4 и 5

44. Верхняя брыжеечная вена: 1) начинается у кониа подвздошной кишки, 2) поднимается к корню брыжейки тонкой кишки, 3) проходит впереди нижней горизонтальной части двенадцати-перстной кишки, 4) элопку поддел улич нон * 5) соединяется с селезеночной веной

- а) правильные ответы 1,2 и 3
- б) правильные ответы 1 и 3
- в) правильные ответы 2 и 4
- г) правильный ответ 4
- д) правильные ответы 1,2,3,4 и 5

45. Толстая кишка по внешнему виду отличается от тонкой: 1) большим по сравнению с тонкой диаметром, 2) серовато-пепельным оттенком, 3) особыми продольно расположенными мышечными пучками, которые собраны в виде мышечных тяжей или лент, 4) наличием жировых подвесков, 5) наличием гаустр

- а) правильные ответы 1,2 и 3
- б) правильные ответы 1 и 3
- в) правильные ответы 2 и 4
- г) правильный ответ 4
- д) правильные ответы 1,2,3,4 и 5

46. В кровоснабжении илеоцекального отдела кишечника не участвует кониевая ветвь подвздошно-ободочной артерии: 1) подвздошная, 2) ободочная, 3) правая ободочная, 4) артерия червеобразного отростка, 5) средняя слепокишечная

- а) правильные ответы 1,2 и 3
- б) правильные ответы 1 и 3
- в) правильные ответы 2 и 4
- г) правильный ответ 4
- д) правильные ответы 1,2,3,4 и 5

47. Восходящая ободочная кишка кровоснабжается за счет

- а) нижней брыжеечной артерии
- б) подвздошных ветвей подвздошно-ободочной артерии
- в) ветвей, непосредственно отходящих от аорты

- г) восходящей ветви подвздошно-ободочной артерии
д) средней ободочной артерии
48. Основным артериальным стволом поперечной ободочной кишки является
- а) правая ободочная артерия
 - б) левая ободочная артерия
 - в) правая и левая ободочная артерии
 - г) средняя ободочная артерия
 - д) нижняя брыжеечная артерия
49. Дуга Риолана образуется за счет анастомозирования
- а) левой и правой ветвей средней ободочной артерии
 - б) левой ветви средней ободочной артерии и восходящей ветви левой ободочной артерии
 - в) подвздошно-ободочной артерии и восходящей ветви левой ободочной артерии
 - г) левой ветви средней ободочной артерии и первой ветви сигмовидной артерии
 - д) в образовании дуги Риолана принимают участие все перечисленные артерии
50. Артерии сигмовидной кишки отходят
- а) непосредственно от аорты
 - б) от верхней брыжеечной артерии
 - в) от нижней брыжеечной артерии
 - г) от средней ободочной артерии
 - д) от левой ободочной артерии
51. К лимфатическим узлам ободочной кишки относятся: 1) надободочные, 2) околоободочные, 3) промежуточные, 4) главные, расположенные в корне брыжейки кишки, 5) лимфоузлы, расположенные у ствола нижней брыжеечной вены
- а) правильные ответы 1,2 и 3
 - б) правильные ответы 1 и 3
 - в) правильные ответы 2 и 4
 - г) правильный ответ 4
 - д) правильные ответы 1,2,3,4 и 5
52. Одно из названий отдела ободочной кишки не употребляется в настоящее время: 1) восходящая ободочная кишка, 2) правый изгиб ободочной кишки, 3) поперечная ободочная кишка, 4) селезеночный угол, 5) нисходящая ободочная кишка
- а) правильные ответы 1,2 и 3
 - б) правильные ответы 1 и 3
 - в) правильные ответы 2 и 4
 - г) правильный ответ 4
 - д) правильные ответы 1,2,3,4 и 5
53. Так называемые прямые сосуды, принимающие участие в кровоснабжении стенки ободочной кишки: 1) являются капиллярами, 2) отходят непосредственно от основных артериальных стволов соответствующего отдела кишки, 3) отходят от краевого сосуда только в зоне дуги Риолана, 4) отходят от краевого сосуда, разветвляясь далее, 5) в правой половине ободочной кишки отходят непосредственно от подвздошно-ободочной артерии
- а) правильные ответы 1,2 и 3
 - б) правильные ответы 1 и 3
 - в) правильные ответы 2 и 4
 - г) правильный ответ 4
 - д) правильные ответы 1,2,3,4 и 5

Перечень ситуационных задач

Оцениваемые компетенции: ПК-5, ПК-6, ПК-8

Задача 1

Больная 36 лет, страдающая упорными запорами, обратилась к врачу с жалобами на сильные боли в области заднего прохода, которые появляются после акта дефекации и длятся около 1,5 ч после акта дефекации. Периодически отмечает прожилки алой крови на каловых массах. В возрасте 28 лет перенесла дизентерию.

Вопросы:

1. Какому заболеванию в большей степени соответствует указанная клиническая картина?
2. С каким заболеванием, прежде всего, следует дифференцировать данное заболевание?
3. Какой метод исследования с целью уточнения диагноза следует провести в первую очередь?
4. Показана ли данной больной фиброколоноскопия?
5. Какой фактор лежит в основе данного заболевания?

Задача 2

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

Вопросы:

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

Задача 3

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

Вопросы:

1. Ваш диагноз.
2. В чем состоит причина образования свища?
3. Необходимые методы исследования?
4. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
5. Какое лечение показано

Задача 4

Женщина 40 лет поступила в клинику с жалобами на наличие болезненного воспалительного инфильтрата слева от заднего прохода. Отмечаются признаки общей интоксикации, температура при поступлении 39,30С. При осмотре в области заднего прохода имеется воспалительный инфильтрат 6X5 см с участком размягчения в центре.

Вопросы:

1. Ваш диагноз.
2. Наиболее вероятная причина.

3. Необходимые методы исследования.
4. Какое лечение показано больному?
5. Что является основным этапом операции?

Задача 5

У больного 48 лет имеется выпадение всех слоев прямой кишки, которая самостоятельно вправляется после дефекации. Длина выпадающего участка около 15 см. Имеются анамнестические указания на перенесенный неспецифический язвенный колит.

Вопросы:

1. Ваш диагноз.
2. С каким заболеванием следует дифференцировать данное заболевание?
3. Какие методы дополнительного исследования необходимы?
4. Какое значение имеет анамнез заболевания?
5. Какое лечение показано больному?

Задача 6

У мужчины 32 лет, который 2 года страдает геморроем, после погрешности в диете возникли острые боли в области заднего прохода. Выпавшие геморроидальные узлы перестали вправляться в прямую кишку, отмечаются явления воспаления и отека в области выпавших узлов. Температура тела повысилась до 38,1С.

Вопросы:

1. Ваш диагноз.
2. С каким заболеванием следует проводить дифференциальный диагноз?
3. Почему заболевание обострилось после погрешности в диете?
4. Какие методы инструментального обследования показаны больному?
5. В каком лечении нуждается данный больной?

Теоретические вопросы

Формируемые компетенции – ПК-5, ПК-6, ПК-8

1. Строение стенки ободочной кишки
2. Анатомия ободочной кишки
3. Кровоснабжение ободочной кишки
4. Лимфатическая система ободочной кишки
5. Иннервация ободочной кишки
6. Физиология ободочной кишки
7. Сфинктерный аппарат ободочной кишки
8. Строение стенки прямой кишки
9. Топографическая анатомия прямой кишки
10. Кровоснабжение прямой кишки
11. Лимфатическая система прямой кишки
12. Иннервация прямой кишки
13. Физиология прямой кишки
14. Сфинктерный аппарат прямой кишки
15. Мышцы тазового дна
16. Классификация доброкачественных опухолей толстой кишки
17. Патологическая анатомия полипов и других доброкачественных образований толстой кишки
18. Клиническая картина полипов и других доброкачественных образований толстой кишки

19. Диффузный полипоз толстой кишки. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Лечение.
20. Синдром Пейца-Джегерса. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Лечение.
21. Синдром Гарднера. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Лечение.
22. Синдром Крокайта-Кэнэдэ. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Лечение.
23. Макроскопические и микроскопические формы рака толстой кишки.
24. Пути распространения рака толстой кишки.
25. Классификация рака ободочной кишки.
26. Клиническая картина рака ободочной кишки.
27. Первичная злокачественная лимфома ободочной кишки. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Лечение.
28. Диагностика рака толстой кишки.
29. Общие принципы хирургического лечения рака толстой кишки.
30. Рак слепой кишки. Клиническая картина. Диагностика. Лечение.
31. Рак восходящего отдела ободочной кишки. Клиническая картина. Диагностика. Лечение.
32. Рак поперечно-ободочной кишки. Клиническая картина. Диагностика. Лечение.
33. Рак нисходящего отдела ободочной кишки. Клиническая картина. Диагностика. Лечение.
34. Рак сигмовидной кишки. Клиническая картина. Диагностика. Лечение.
35. Первично множественный рак ободочной кишки. Клиническая картина. Диагностика. Лечение.
36. Паллиативные и симптоматические операции при раке ободочной кишки.
37. Рак ободочной кишки, осложненный кишечной непроходимостью. Клиническая картина. Диагностика. Лечение.
38. Рак ободочной кишки, осложненный воспалительным процессом. Клиническая картина. Диагностика. Лечение.
39. Рак ободочной кишки, осложненный перфорацией кишечной стенки. Клиническая картина. Диагностика. Лечение.
40. Рак ободочной кишки, осложненный распространением на окружающие ткани и органы. Клиническая картина. Диагностика. Лечение.
41. Рак ободочной кишки, осложненный профузным кровотечением. Клиническая картина. Диагностика. Лечение.
42. Доброкачественные опухоли прямой кишки. Клиническая картина. Диагностика. Лечение.
43. Патологическая анатомия рака прямой кишки. Классификация.
44. Рак прямой кишки. Клиническая картина. Диагностика. Радикальные операции.
45. Лечение больных с рецидивами и метастазами рака ободочной и прямой кишки.
46. Современные взгляды на этиологию и патогенез геморроя
47. Нормальная и патологическая анатомия геморроидальных узлов
48. Классификация, клиника геморроя
49. Клиника, лечение тромбоза геморроидальных узлов
50. Дифференциальный диагноз геморроя, методы обследования при нем.
51. Консервативная терапия геморроидальной болезни
52. Фармакотерапия геморроя
53. Методы малоинвазивного лечения геморроя
54. Показания к оперативному лечению геморроя и основные виды оперативных вмешательств.
55. Техника основных видов геморроидэктомии.
56. Осложнения оперативных вмешательств при геморрое, их профилактика и лечение
57. Современные взгляды на этиологию, патогенез острых и хронических анальных трещин
58. Клиника, дифференциальная диагностика анальных трещин
59. Тактика при лечении анальных трещин
60. Консервативное лечение анальных трещин

61. Оперативное лечение анальных трещин
62. Этиология и патогенез парапроктита
63. Патоморфология, классификация острого парапроктита
64. Клиника острого парапроктита
65. Тактика лечения острого парапроктита
66. Методы оперативных вмешательств при остром парапроктите
67. Классификация параректальных свищей
68. Методы диагностики, дифференциальный диагноз параректальных свищей
69. Лечение интра- и трансфинктерных параректальных свищей
70. Лечение экстрасфинктерных параректальных свищей
71. Ректовагинальные свищи. Этиология. Классификация. Клиника.
72. Лечение ректовагинальных свищей
73. Современные теории развития эпителиального копчикового хода
74. Клиника, диагностика эпителиального копчикового хода
75. Лечение эпителиального копчикового хода
76. Этиология, клиника, классификация ректоцеле
77. Лечение ректоцеле
78. Современные взгляды на патогенез выпадения прямой кишки
79. Диагностика и лечение выпадения прямой кишки
80. Виды оперативных вмешательств при выпадении прямой кишки
81. Этиология, классификация, клиника недостаточности сфинктера заднего прохода
82. Диагностика недостаточности сфинктера заднего прохода
83. Хирургическое лечение недостаточности анального сфинктера
84. Консервативное лечение недостаточности анального сфинктера
85. Этиология и патогенез анального зуда
86. Диагностика и лечение анального зуда
87. Остроконечные кондиломы. Этиология. Клиника. Лечение.
88. Кокцигодия. Этиология. Диагностика. Лечение.
89. Перианальные кондиломы
90. Криптит и папиллит. Патогенез. Клиника. Лечение.
91. Стриктуры анального канала. Этиология. Диагностика. Лечение.
92. Параректальные тератоидные кисты и опухоли. Диагностика и лечение.
93. Аноректальные пороки развития у взрослых. Классификация. Клиника. Лечение.
94. Клиника болезни Крона. Локализация. Симптомы. Определение активности заболевания. Течение и прогноз.
95. Клиника неспецифического язвенного колита. Симптомы. Локализация и степень тяжести поражений. Течение и прогноз.
96. Дифференциальная диагностика между болезнью Крона и неспецифическим язвенным колитом.
97. Инфекционный энтероколит.
98. Антибиотикоассоциированный колит.
99. Лекарственно-обусловленный колит.
100. Лучевой энтероколит.
101. Ишемический колит.
102. Лимфоцитарный колит.
103. Коллагеновый колит.
104. Диверсионный колит.
105. Эозинофильный энтероколит.
106. Внекишечные проявления неспецифических воспалительных заболеваний кишечника.
107. Заболевания, являющиеся следствием болезни Крона и неспецифического язвенного колита.
108. Осложненные формы неспецифического язвенного колита.

109. Осложненные формы болезни Крона.
110. Злокачественные опухоли как осложнение хронических воспалительных заболеваний кишечника.
111. Консервативное лечение неспецифического язвенного колита.
112. Консервативное лечение болезни Крона.
113. Хирургическое лечение неспецифического язвенного колита.
114. Хирургическое лечение болезни Крона.
115. Дивертикулярная болезнь толстой кишки и ее осложнения. Этиология. Патогенез. Диагностика.
116. Дивертикулярная болезнь толстой кишки и ее осложнения. Клиническая картина. Лечение.
117. Болезнь Гиршпрунга. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Лечение.
118. Хронический запор. Этиология. Патогенез. Диагностика. Лечение.
119. Синдром раздраженной кишки. Этиология. Клиническая картина. Диагностика. Лечение.
120. Аномалии расположения, фиксации толстой кишки. Этиология. Клиническая картина. Диагностика. Лечение.
121. Долихоколон. Этиология. Клиническая картина. Диагностика. Лечение.
122. Ангиодисплазия толстой кишки. Этиология. Клиническая картина. Диагностика. Лечение.
123. Колостома. Илеостома. Показания для формирования свища. Классификация.
124. Патологические состояния кишечных стом. Этиология. Клиническая картина. Диагностика. Лечение.
125. Методы илео-, колостомии. Обоснование. Хирургическая техника.
126. Хирургические методы восстановления непрерывности пассажа кала по кишечнику. Подготовка к операции. Выбор метода. Техника.
127. Диспансеризация стомированных больных. Функции кабинета стомированных больных. Уход за колостомой. Сроки реконструктивных операций.
128. Инородные тела прямой кишки. Диагностика. Лечение.
129. Травма с повреждением толстой кишки. Классификация. Диагностика. Лечение.
130. Травматические повреждения прямой кишки. Классификация, Диагностика, тактика лечения.
131. Травматические повреждения анального канала. Классификация, диагностика, тактика лечения.
132. Семиотика проктологических заболеваний.
133. Диагностика проктологических заболеваний.
134. Организация колопроктологической службы поликлиник. Объем консультативно-диагностической помощи. Оснащение кабинетов.
135. Организация колопроктологической помощи стационаров. Оснащение. Штаты. Объем лечебной помощи.

4.3. Поликлиническая хирургия

Задания в тестовой форме

Формируемые компетенции–ПК-5, ПК-6, ПК-8

Задания:

1. К амбулаторному хирургу пришел больной с загрязненной укушенной раной правого предплечья. В анамнезе - нападение бездомной собаки. Какие лечебно-диагностические мероприятия противопоказаны в данном случае?

А. первичная хирургическая обработка раны

- Б. ушивание раны
- В. введение антибиотиков
- Г. профилактика столбняка
- Д. введение противогангренозной сыворотки

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

- А. костный панариций
- Б. тендовагинит
- В. пандактилит
- Г. подкожный панариций
- Д. паронихий

3. Наиболее частой причиной смерти при столбнячной инфекции является

- А. асфиксия
- Б. присоединение анаэробной инфекции
- В. пневмония//
- Г. поражение нервной системы
- Д. интоксикация

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

- А. произвести продольную резекцию ногтевой пластинки
- Б. удалить ноготь
- В. гигиена стопы, ванночки с марганцовкой, в последующем - оперативное лечение
- Г. в лечении не нуждается
- Д. госпитализация в хирургический стационар

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

- А. абсцесс
- Б. карбункул
- В. флегмона
- Г. фурункул
- Д. липома

6. На прием к амбулаторному хирургу, пришел пациент с инфицированной раной правого предплечья, от которой в виде жгута проксимально тянется полоска инфильтрации и

гиперемии. Пальпация данной зоны болезненна. О развитии какого осложнения следует думать

- А. абсцесс
- Б. тендовагинит
- В. стволковой лимфангит
- Г. миозит
- Д. флегмона

7. На прием к амбулаторному хирургу пришла больная с ретромаммарным абсцессом. Каким разрезом следует производить вскрытие абсцесса?

- А. окаймляющим разрезом по складке под железой
- Б. радиальными разрезами в верхних квадрантах железы
- В. радиальными разрезами в нижних квадрантах железы
- Г. околососковым разрезом
- Д. секторальная резекция молочной железы

8. При обследовании в поликлинике хирург заподозрил у больного 36 лет правостороннюю ущемленную бедренную грыжу. С каким заболеванием чаще всего требуется проводить дифференциальный диагноз при данной патологии?

- А. с паховой грыжей
- Б. с паховым лимфаденитом
- В. с варикоцеле
- Г. с липомой овальной
- Д. с орхоэпидидимитом.

9. При лечении гранулирующих инфицированных ран наибольшим бактерицидным действием обладает

- А. раствор риванола
- Б. раствор фурацилина
- В. раствор йодопирона
- Г. перекись водорода
- Д. мазь Вишневского.

10. На амбулаторный прием к хирургу привели молодого мужчину в состоянии алкогольного опьянения с колото-резаной раной шеи слева. Больной жалуется на боль в ране при глотании и дисфагию. Явлений шока и кровотечения нет. При объективном обследовании обнаружена подкожная эмфизема. Какие органы, наиболее вероятно, повреждены у больного?

- А. легкое
- Б. пищевод
- В. только мышцы шеи
- Г. сосуды шеи
- Д. гортань

11. В составе клинико-экспертной комиссии лечебно-профилактического учреждения отсутствует
- А. главный врач
 - Б. заместитель главного врача по клинико-экспертной работе
 - В. заведующий отделением
 - Г. лечащий врач
 - Д. главная медсестра.
12. Кто может возглавлять клинико-экспертную комиссию лечебно-профилактического учреждения?
- А. главный врач или заместитель главного врача по клинико-экспертной работе
 - Б. заведующий отделением
 - В. ведущие специалисты
 - Г. лечащий врач
 - Д. главная медсестра
13. Амбулаторный хирург вправе выдать листок нетрудоспособности единовременно на максимальный срок
- А. до 3 календарных дней
 - Б. до 10 календарных дней
 - В. до 30 календарных дней
 - Г. не более 10 месяцев
 - Д. до 1 года
14. Документом, подтверждающим временную нетрудоспособность пациента, является
- А. листок временной нетрудоспособности
 - Б. выписка из амбулаторной карты
 - В. история болезни
 - Г. контрольная карта диспансерного наблюдения
 - Д. выписной эпикриз
15. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при облитерирующем эндартериите, исключающие оперативное лечение (стационарный и амбулаторный этапы)
- А. 10-15 суток
 - Б. 14-21 сутки
 - В. 20-25 суток
 - Г. 30-40 сутки
 - Д. 40-50 суток
16. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности после выполнения больному операции по поводу облитерирующего эндартериита (стационарный и амбулаторный этапы)
- А. 20-30 суток
 - Б. 30-40 суток

- В. 50-60 суток
- Г. 60-80 суток
- Д. 80-90 суток

17. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности после выполнения больному операции по поводу перфорации острой язвы желудка (стационарный и амбулаторный этапы)

- А. 30-45 суток
- Б. 50-60 суток
- В. 60-75 суток
- Г. 75-80 суток
- Д. 80-90 суток

18. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наличии у больного острой язвы двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением (стационарный и амбулаторный этапы)

- А. 15-20 суток
- Б. 20-40 суток
- В. 45-60 суток
- Г. 50-70 суток
- Д. 70-85 суток

19. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наличии у больного острого флегмонозного аппендицита (стационарный и амбулаторный этапы)

- А. 16-18 суток
- Б. 18-21 сутки
- В. 21-24 суток
- Г. 26-30 суток
- Д. 30-40 суток

20. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наличии у больного острого гангренозного аппендицита (стационарный и амбулаторный этапы)

- А. 16-18 суток
- Б. 18-21 сутки
- В. 21-24 суток
- Г. 26-30 суток
- Д. 30-40 суток

21. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности после выполнения больному операции по поводу односторонней паховой грыжи (стационарный и амбулаторный этапы)

- А. 18-20 суток
- Б. 21-23 суток
- В. 22-25 суток

- Г. 25-30 суток
- Д. 30-40 суток

22. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности после выполнения больному операции по поводу пупочной грыжи (стационарный и амбулаторный этапы)

- А. 18-20 суток
- Б. 21-23 суток
- В. 22-25 суток
- Г. 23-28 суток
- Д. 30-35 суток

23. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наличии у больного острого гнойного местного перитонита (стационарный и амбулаторный этапы)

- А. 20-30 суток
- Б. 30-40 суток
- В. 50-60 суток
- Г. 60-90 суток
- Д. 90-110 суток

24. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наличии у больного острого гнойного распространенного перитонита (стационарный и амбулаторный этапы)

- А. 20-30 суток
- Б. 30-40 суток
- В. 50-60 суток
- Г. 60-90 суток
- Д. 90-110 суток

25. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности после выполнения больному операции по поводу абсцесса печени (стационарный и амбулаторный этапы)

- А. 40-50 суток
- Б. 60-80 суток
- В. 90-100 суток
- Г. 120-140 суток
- Д. 140-160 суток

26. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности после выполнения больному холецистэктомии по поводу острого холецистита (стационарный и амбулаторный этапы)//

- А. 25-30 суток
- Б. 32-45 суток
- В. 48-55 суток
- Г. 55-60 суток
- Д. 60-65 суток

27. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наличии у больного флегмоны пальцев кисти или стопы (стационарный и амбулаторный этапы)

- А. 5-15 суток
- Б. 15-20 суток
- В. + 20-25 суток
- Г. 25-30 суток
- Д. 30-35 суток

28. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наличии у больного неосложненного ушиба грудной клетки (стационарный и амбулаторный этапы)

- А. 7-10 суток
- Б. 10-15 суток
- В. 15-20 суток
- Г. 20-25 суток
- Д. 30-35 суток

29. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при наличии у больного закрытого перелома ребра со смещением (стационарный амбулаторный этапы)

- А. 15-25 суток
- Б. 20-30 суток
- В. 40-50 сутки
- Г. 50-60 суток
- Д. 60-70 суток

30. Ориентировочные сроки временной нетрудоспособности после выполнения больному операции по поводу гнойного парапроктита стационарный и амбулаторный этапы

- А. 20-25 суток
- Б. 25-35 суток
- В. 30-40 суток
- Г. 40-45 суток
- Д. 50-55 суток

Перечень ситуационных задач

Оцениваемые компетенции: ПК-5, ПК-6, ПК-8

Задача № 1

Больной 40 лет обратился к хирургу с жалобами на распирающую боль в области мизинца правой руки. Трое суток назад уколол палец гвоздем, тогда же рану обработал раствором йода. Постепенно интенсивность болей нарастала, появился выраженный отек тканей всего пальца. Объективно отмечается отечность и болезненность 5 пальца правой кисти, на ладонной его поверхности в области основной фаланги имеется рана 2х2 мм, покрытая коркой. Движения в пальце ограничены из-за усиливающейся при этом боли.

Вопросы к задаче

1. Варианты диагноза?
2. Какие условия необходимо соблюдать при лечении данной патологии?

3. Какой вид оперативного вмешательства целесообразен в данной ситуации?
4. Развитие каких осложнений возможно при данном заболевании?
5. Определите трудоспособность.

Задача № 2.

Мужчина 45 лет, болен в течение 4 суток, когда появились боли в желудке, которые затем локализовались в правой подвздошной области. Из анамнеза больной получал антибиотики в течение последних двух недель по поводу уроинфекции. Беспокоят боли в правой подвздошной области, температура 37,2. При осмотре: Язык влажный. Живот не вздут, участвует в акте дыхания, мягкий, болезненный в правой подвздошной области. Перитонеальные симптомы неубедительны. В правой подвздошной области пальпируется опухолевидное образование 10 x 12 см, болезненное, малоподвижное. Стул регулярный. Лейкоцитоз – $12 \times 10^9/\text{л}$.

Вопросы к задаче

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

Задача № 3

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

Вопросы к задаче

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

Задача № 4

Больной 50 лет в течение нескольких лет страдает язвенной болезнью желудка с частыми обострениями. Последний год постоянно беспокоят боли в эпигастрии с иррадиацией в область пупка. Около месяца больной отмечает усиление болей в эпигастриальной области, появление неприятного запаха изо рта, зловонной отрыжки, жидкого стула. Позывы на стул возникают после каждого приема пищи. В кале стали обнаруживаться кусочки непереваренной пищи. Больной резко похудел. Температура нормальная. Объективно: кожные покровы бледноватой окраски, тургор кожи снижен. Пульс — 88 в минуту, артериальное давление 140/80 мм рт ст. Язык суховат, живот не вздут, участвует в акте дыхания. В эпигастрии и вокруг пупка при пальпации отмечается умеренная

болезненность. При копрологическом исследовании обнаружено значительное количество слизи и непереваренной пищи.

Вопросы к задаче

1. Что произошло с больным?
2. Каким исследованием Вы сможете подтвердить своё предположение?
3. Какова лечебная тактика?
4. Показания к оперативному вмешательству?
5. Суть и объем операции при данном заболевании?
6. На что направлена предоперационная подготовка?

Задача № 5

Больной 30 лет находится в хирургическом отделении по поводу острого аппендицита в стадии аппендикулярного инфильтрата. На 3 сутки после госпитализации и на 7 сутки от начала заболевания боли внизу живота и особенно в правой подвздошной области усилились, температура приняла гектический характер.

Объективно: Пульс 96 в минуту. Дыхание не затруднено. Живот правильной формы, резко болезненный при пальпации в правой подвздошной области, где определяется положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Инфильтрат в правой подвздошной области несколько увеличился в размерах. Лейкоцитоз увеличился по сравнению с предыдущим анализом.

Вопросы к задаче

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

Задача № 6.

Больной 35 лет, поступил в хирургическое отделение с жалобами на боли в эпигастриальной области, усиливающиеся после приема пищи, тошноту, временами рвоту, похудание. В анамнезе: год назад лечился по поводу тупой травмы живота, посттравматического панкреатита.

Объективно: состояние удовлетворительное, пониженного питания, кожный покров и склеры обычного цвета, со стороны органов грудной полости без особенностей. Язык влажный, обложен. Живот не вздут, симметричный, равномерно участвует в акте дыхания. При пальпации в эпигастрии определяется эластическое неподвижное образование 10 x 6 см, без передаточной пульсации, аускультативно над ним шумов не определяется, желудок не увеличен. Определяется непостоянный шум плеска. Печень и селезенка не увеличены. Стул неустойчив.

При фиброгастродуоденоскопии выполненной амбулаторно в желудке умеренное количество жидкости, гастрические изменения слизистой, фиброгастроскоп проходит в 12-перстную кишку, но в антральном отделе отмечается выбухание задней стенки.

Вопросы к задаче

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

Задача № 7

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 задаче

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.

Задача № 8

Больной 40 лет жалуется на боли и в нижней части правой половины грудной клетки, усиливающиеся при кашле, перемене положения тела. Кроме этого его беспокоит кашель с отделением небольшого количества мокроты, одышка. Давность заболевания около недели. Объективно: Пульс 110 в минуту, температура 38,5⁰ С. Правая половина грудной клетки отстает при дыхании, межреберные промежутки справа расширены. Перкуторно определяется притупление звука с верхней горизонтальной линией на уровне 5 ребра и тимпаническим звуком над этой линией. При аускультации дыхательные шумы отсутствуют над областью притупления.

Анализ крови: лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, увеличение СОЭ. На рентгенограмме определяется затемнение в нижних отделах справа до 5 ребра и просветление над ним.

Вопросы к задаче

1. Ваш диагноз?
2. Клиническая классификация этого заболевания?
3. Этиопатогенез этого заболевания?
4. В каком обследовании нуждаются больные с этим заболеванием? Назовите характерные признаки данной патологии, которые выявляются при этом обследовании?
5. В каком лечении нуждается данный больной? Каковы основные цели этих лечебных мероприятий?
6. Правила выполнения специальной медицинской манипуляции, выполняемой при лечении этого заболевания?
7. Возможные осложнения этого заболевания?

4.4. Хирургия органов брюшной полости и забрюшинного пространства

Задания в тестовой форме

Формируемые компетенции–ПК-5, ПК-6, ПК-8

Задания:

1. При выборе вида хирургического пособия при перфоративной язве желудка обычно руководствуются

- а) сроком с момента прободения
 - б) степени воспалительных изменений брюшины
 - в) величиной перфоративного отверстия
 - г) локализацией перфоративного отверстия
 - д) возрастом больного
2. В первые часы при начавшемся желудочном кровотечении может иметь место
- а) мелена
 - б) симптом мышечной защиты
 - в) рвота желудочным содержимым цвета "кофейной кишки"
 - г) брадикардия
 - д) коллапс
3. При язвенной болезни, осложненной кровотечением, рвота содержимым желудка цвета "кофейной гущи" может наблюдаться при всех следующих локализациях язвы, кроме
- а) малой кривизны желудка
 - б) кардиального отдела желудка
 - в) антрального отдела желудка
 - г) нижнего отдела пищевода
 - д) постбульбарного отдела двенадцатиперстной кишки
4. При перфоративной язве желудка необходимо провести
- а) немедленную лапаротомию и в зависимости от состояния брюшины решить вопрос о характере операции
 - б) операцию после интенсивной терапии, коррекции белкового и минерального обмена
 - в) контрастное и гастроскопическое исследование желудка, повторные промывания желудка с раствором соляной кислоты
 - д) консервативную терапию с последующей операцией в интервале 3-6 недель
5. Основным стимулятором освобождения секретина является
- а) соляная кислота
 - б) продукты расщепления белков
 - в) жиры
 - г) углеводы
 - д) все перечисленные факторы
6. К симптомам стенозирующей язвы двенадцатиперстной кишки относятся все перечисленные, кроме
- а) рвоты
 - б) шума плеска над проекцией желудка
 - в) наличия чаш Клойбера
 - г) отрыжки
 - д) похудения
7. Наиболее достоверными клиническими проявлениями перфоративной язвы желудка являются
- а) рвота
 - б) желудочное кровотечение
 - в) напряжение передней брюшной стенки, отсутствие печеночной тупости
 - г) частый жидкий стул
 - д) икота

8. О наличии прободения язвы желудка или 12-перстной кишки позволяют 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
9. Язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки необходимо дифференцировать со всеми следующими заболеваниями, кроме:
- а) хронического холецистита
 - б) хронического колита
 - в) хронического аппендицита
 - г) хронического панкреатита
 - д) мезоаденита
10. К характерным признакам стеноза привратника относятся все перечисленные, кроме
- а) желтухи
 - б) шума плеска натошак
 - в) похудания
 - г) отрыжки "тухлым"
 - д) болей в эпигастрии распирающего характера
11. В момент прободения язвы желудка или двенадцатиперстной кишки наиболее часто встречается
- а) тахикардия
 - б) схваткообразная боль
 - в) локализованная, умеренная боль
 - г) внезапно возникшая интенсивная боль
 - д) жидкий стул
12. Рак желудка всегда метастазирует
- а) в легкие
 - б) в печень
 - в) в регионарные лимфоузлы
 - г) в кости
 - д) по брюшине
13. Ранним признаком рака желудка следует считать
- а) анемию
 - б) отвращение к мясным блюдам
 - в) увеличенную СОЭ
 - г) ни один из перечисленных признаков
 - д) все перечисленные признаки
14. Симптомами, входящими в "синдром малых признаков" при раке желудка являются все перечисленные, кроме
- а) диспептических явлений: снижения аппетита, быстрой насыщаемости, тошноты, икоты, отрыжки тухлым
 - б) анемии
 - в) нарастающей слабости, тупых болей, желудочного дискомфорта

- г) повышенного аппетита, слюноотделения
 - д) похудения, отвращения к пище
15. 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, сальник)
 - д) сделать лапаротомию
16. Противопоказанием к оперативному лечению при ущемленной грыже является
- а) гигантский размер грыжи
 - б) беременность во второй ее половине
 - в) флегмона грыжевого мешка
 - г) недавно перенесенный инфаркт миокарда
 - д) ни один из перечисленных
17. Факторами, предрасполагающими возникновению брюшных грыж, являются
- а) особенности анатомического строения передней брюшной стенки в местах возникновения грыжи
 - б) пожилой возраст, прогрессирующее похудание
 - в) заболевания, вызывающие повышения внутрибрюшного давления
 - г) тяжелая физическая работа
 - д) все перечисленное
18. Для хирургического лечения прямой паховой грыжи целесообразнее всего применять операцию
- а) Бассини и Постемского
 - б) Мартынова
 - в) Жирара - Спасокукоцкого
 - г) Руджи - Парлавеччио
 - д) Ру
19. Паховую грыжу следует дифференцировать
- а) с водянкой яичка
 - б) с паховым лимфаденитом
 - в) с варикозным расширением вен семенного канатика
 - г) с водянкой семенного канатика
 - д) со всеми перечисленными заболеваниями
20. Бедренные грыжи чаще встречаются
- а) у мужчин пожилого возраста
 - б) у многорожавших женщин
 - в) у женщин нерожавших
 - г) у юношей
 - д) у детей
21. 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

22. Ущемленная диафрагмальная грыжа у взрослого пациента имеет все следующие характерные симптомы, кроме

а) затрудненного дыхания

б) рвоты

в) цианоза

г) анемии

д) заполненных газом петель кишечника в грудной клетке, выявленных при рентгенологическом исследовании

23. Оперативное вмешательство при остром панкреатите показано при всех перечисленных состояниях, кроме

а) нарастания интоксикации

б) осложнения гнойным перитонитом

в) безуспешности консервативной терапии в течении 12-28 часов

г) сочетания с деструктивной формой холецистита

д) резкого вздутия живота

24. При остром панкреатите возможны все указанные осложнения, кроме

а) абсцесса поджелудочной железы

б) флегмоны забрюшинной клетчатки

в) ферментативного перитонита

г) острой сердечной недостаточности

д) обтурационной кишечной непроходимости

25. Ингибиторы протеаз

а) тормозят протеолитическую активность ферментов поджелудочной железы

б) блокируют аутокаталическое активирование трипсиногена в поджелудочной железе

в) тормозят процессы кининогенеза и фибринолиза в крови

г) купируют процессы кининообразования

д) все перечисленное

26. К наиболее часто встречаемым осложнениям острого панкреатита относятся все указанные, кроме

а) абсцесса поджелудочной железы или сальниковой сумки

б) абсцессов забрюшинных клетчаточных пространств и брюшной полости

в) флегмоны забрюшинной клетчатки, большого сальника и средостения

г) перитонита

д) септического эндокардита

27. Неотложный лечебный комплекс при остром панкреатите должен обеспечить все перечисленное, кроме

а) купирования болевого синдрома

б) снятия спазмы сфинктера Одди

в) ускорения секвестрации ткани поджелудочной железы

г) уменьшения секреторной активности и отека поджелудочной железы

д) инактивизации протеаз в крови и детоксикацию

28. У больных перитонитом среди перечисленных осложнений наиболее часто встречается

- а) эвентрация
- б) образование кишечных свищей
- в) тромбоэмболия легочной артерии
- г) формирование гнойников брюшной полости
- д) пневмония

29. Непосредственными причинами повреждений магистральных желчных протоков могут быть все перечисленные, кроме

- а) врожденных аномалий и variability топографии протоков
- б) воспалительно-инфильтративных изменений в области печечно-двенадцатиперстной связки
- в) технических и тактических ошибок хирургов
- г) исследования протоков зондами, бужами, ложками и другими инструментами
- д) пальпаторного исследования протоков у больного с ущемленным в области папиллы камнем

30. Для холангита характерными являются

- а) лихорадка, проявляющаяся нередко высокой температурой гектического типа
- б) потрясающие ознобы
- в) повышение потливости, жажда, сухость во рту
- г) увеличение селезенки
- д) все перечисленное

31. Рациональным лечением желчно-каменной болезни является

- а) диетическое
- б) медикаментозное
- в) хирургическое
- г) санаторно-курортное
- д) лечение минеральными водами

32. При операции по поводу острого холецистита, осложненного панкреатитом (отечная форма) наиболее целесообразной тактикой хирурга следует считать

- а) типичную холецистэктомию
- б) после удаления желчного пузыря дренировать холедох через культю пузырного протока
- в) после холецистэктомии дренировать общий желчный проток Т-образным дренажем
- г) после холецистэктомии дренировать сальниковую сумку
- д) наложить холецистостому

33. Острый холецистит необходимо дифференцировать

- а) с прободной язвой желудка
- б) с пенетрирующей язвой двенадцатиперстной кишки
- в) с правосторонней базальной пневмонией
- г) с острым аппендицитом при атипичном расположении червеобразного отростка
- д) со всем перечисленным

34. Чрескожная чреспеченочная холангиография является методом, позволяющим диагностировать

- а) абсцесс печени
- б) внутрипеченочный сосудистый блок

- в) билиарный цирроз печени
- г) непроходимость желчных путей при механической желтухе
- д) хронический гепатит

35. Возникновение гнойного холангита наиболее часто связано

- а) с желчно-каменной болезнью
- б) со стенозирующим папиллитом
- в) с забросом кишечного содержимого через ранее наложенный билиодигестивный анастомоз
- г) с псевдотуморозным панкреатитом
- д) с опухолью головки поджелудочной железы

36. К осложнениям, обусловленным холелитиазом, следует отнести

- а) гангрену и эмпиему желчного пузыря
- б) острый панкреатит
- в) желтуху
- г) холангит
- д) все перечисленное

37. Желчные камни чаще всего состоят

- а) из холестерина
- б) из цистина
- в) из оксалатов
- г) из солей желчных кислот
- д) из мочевой кислоты

38. Пути проникновения инфекции в ткань печени являются все перечисленные, кроме

- а) воротной вены
- б) печеночной артерии
- в) нижней полой вены
- г) желчевыводящих путей
- д) лимфатических сосудов

39. Антибактериальная терапия абсцессов печени должна основываться на следующих принципах

- а) применения антибиотиков широкого спектра действия
- б) применения комбинации антибиотиков
- в) применения антибиотиков только после определения характера микрофлоры и ее чувствительности
- г) учета степени выделения антибиотиков желчью
- д) на всех перечисленных

40. Наличие внутрипеченочной портальной гипертензии можно заподозрить при наличии в анамнезе указаний на все

перечисленные заболевания, кроме

- а) гепатита
- б) хронического алкоголизма
- в) кишечных заболеваний
- г) перенесенных малярии, бруцеллеза и сифилиса
- д) травмы позвоночника

41. Осложнениями при применении зонда для остановки кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода могут быть все перечисленные, кроме
- а) пневмонии
 - б) трофических изменений слизистой оболочки пищевода
 - в) пролежней
 - г) гиперсаливации
 - д) тиреоидита
42. При острой кишечной непроходимости возникают следующие патофизиологические нарушения
- а) нарушение кровоснабжения в стенке кишки и депонирование крови в кишечной стенке
 - б) уменьшение объема циркулирующей крови
 - в) развитие тканевой гипоксии
 - г) нарушение деятельности сердечно-сосудистой системы
 - д) все перечисленное
43. При острой кишечной непроходимости рвотные массы имеют все перечисленные особенности, кроме
- а) преимущественно желудочным содержимым
 - б) преимущественно тонкокишечным содержимым
 - в) преимущественно толстокишечным содержимым
 - г) с каловым запахом
 - д) цвета кофейной гущи
44. Для некоторых форм острой кишечной непроходимости характерен симптом Обуховской больницы, проявляемый
- а) четко отграниченной растянутой кишечной петлей, определяемой при пальпации живота
 - б) "шумом плеска", определяемый на ограниченном участке или по всему животу
 - в) пустой баллонообразной ампулой прямой кишки, переднюю стенку которой выпячивают петли кишок в виде округлого эластического образования
 - г) шумом падающей капли
 - д) "пустой" илеоцекальной областью
45. Для симптома Склярова при острой кишечной непроходимости характерным является
- а) асимметричное вздутие боковых отделов живота, "косой живот"
 - б) наличие раздутых кишечных петель, определяемых при бимануальном, ректальном и вагинальном исследовании
 - в) четко отграниченная растянутая кишечная петля, определяемая при пальпации живота
 - г) "пустая" илеоцекальная область
 - д) "шум плеска", определяемый на ограниченном участке или по всему животу
46. Небольшие нарушения водно-электролитного и белкового обмена имеют место
- а) при спаечной кишечной непроходимости
 - б) при обтурационной кишечной непроходимости
 - в) при странгуляционной кишечной непроходимости
 - г) при паралитической форме динамической кишечной непроходимости
 - д) при спастической форме динамической кишечной непроходимости

47. Больной 18 лет поступил с жалобами на внезапно возникшие боли внизу живота и правой паховой области, тошноту, рвоту.

Подобную же клиническую картину имеют

- а) острый аппендицит
- б) ущемленная паховая грыжа
- в) перекрут семенного канальца и заворот яичка
- г) кишечная непроходимость
- д) все перечисленное

48. При дифференциальной диагностике почечной колики и острого аппендицита следует применить все перечисленное, кроме

- а) рентгеноскопии органов брюшной полости
- б) хромоцистоскопии
- в) обзорной и экскреторной урографии
- г) лапароскопии

49. Выпадение в грыжевые ворота части мочевого пузыря составляет от всех грыж

- а) менее 3%
- б) от 4 до 7%
- в) от 8 до 12%
- г) от 13 до 15%
- д) свыше 15%

Перечень ситуационных задач

Оцениваемые компетенции: ПК-5, ПК-6, ПК-8

задача № 1

Молодой человек 24 лет, доставлен через сутки после начала заболевания с жалобами на общую слабость, рвоту цвета кофейной гущи. Больным себя считает с армии, когда стал отмечать периодически возникающие весной и осенью «голодные» боли в эпигастрии. Лечился самостоятельно. Ухудшение последние две недели, когда появились боли в эпигастрии, которые уменьшились после приема альмагеля. Два дня назад заметил дегтеобразный стул. Объективно общее состояние удовлетворительное. Кожа и слизистые бледно-розового цвета, пульс 96 в минуту, ритмичный, АД 110/70 мм.рт.ст. Живот не вздут, при пальпации незначительно болезнен в эпигастрии и справа. Перистальтика хорошая, стул темного цвета. В крови: Эр 3,5 x 10¹²/л, Нв – 100 г/л.

Вопросы к ситуационной задаче по хирургии

1. Ваш диагноз.
2. Какое осложнение возможно у больного?
3. Какие необходимые инструментальные и лабораторные методы обследования следует выполнить?
4. Алгоритмы Ваших действий.
5. Принципы консервативной терапии.
6. Показания к оперативному лечению и возможные его варианты.
7. Ваши рекомендации при выписке.

задача № 2

Больная 40 лет, вторые сутки в стационаре. На момент осмотра жалоб не предъявляет. При поступлении предъявляла жалобы на схваткообразные боли в животе, многократную рвоту.

неотхождение стула и газов. При поступлении поставлен диагноз «Спаечная кишечная непроходимость» и проведено консервативное лечение: Инфузионная терапия в объеме 2 литров, со спазмолитиками, декомпрессия желудка, очистительная клизма. После этого состояние улучшилось, боль уменьшилась, дважды был самостоятельный стул. ; года назад больной выполнены 2 операции по поводу острого аппендицита и спаечной кишечной непроходимости. Подобные болевые приступы возникают в среднем 1 раз в 3-4 месяца.

Объективно: пониженного питания, кожа и склеры обычного цвета, пульс 78 в минуту, удовлетворительных качеств, мягкий. Язык влажный. Живот не вздут, мягкий безболезненный. Перитонеальных симптомов нет, шум плеска не определяется, перистальтика выслушивается, самостоятельно отходят газы.

Вопросы к ситуационной задаче по хирургии

1. Какой диагноз можно поставить больной?
2. Какие дополнительные исследования Вы считаете необходимым выполнить?
3. Ваша тактика в отношении выбора метода лечения.
4. Возможные варианты оперативных вмешательств.
5. Пути профилактики данного осложнения.

задача № 3

Больной К., 60 лет, доставлен в приемный покой стационара в экстренном порядке. Заболел внезапно 10-12 часов назад, когда появились боли в левой половине живота, которые усиливались и приняли схваткообразный характер, трижды рвота застойным содержимым, не отходят газы. Ранее подобных болей не было, но в течение последнего года имеется склонность к запорам. Применял слабительные средства. Амбулаторно не обследовался.

Объективно: Кожные покровы обычной окраски, язык обложен белым налетом, влажный. Пульс 98 в минуту, ритмичный. В легких дыхание свободное, хрипов нет. Живот равномерно вздут, участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, разлитая болезненность с преимущественной локализацией в нижних отделах. Перкуторно тимпанит по ходу толстого кишечника, перистальтика выслушивается, ослабленная, определяется «шум плеска». Слабо положительные перитонеальные симптомы в левой подвздошной области и над лоном. При пальцевом ректальном исследовании ампула пуста, следы кала обычного цвета. В анализе крови: Лейкоциты – $16,2 \times 10^9/\text{л}$, Эр – $3,4 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ 24 мм/ч.

Вопросы к ситуационной задаче по хирургии

1. Предположительный диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования можно использовать?
3. С чем следует провести дифференциальную диагностику?
4. Алгоритм Ваших действий
5. Принципы консервативной терапии
7. Показания к операции и возможные варианты оперативных вмешательств.
8. Экспертиза трудоспособности.

задача № 4

Больной К., 47 лет доставлен в приемный покой хирургического отделения с жалобами на боли в эпигастрии с иррадиацией в поясницу, тошноту, многократную рвоту, не приносящую облегчения.

Больной длительное время злоупотреблял алкоголем. Ухудшение после очередного запоя. Ранее неоднократно лечился в хирургических отделениях по поводу панкреатита.

Объективно: пониженного питания, правильного телосложения. Пульс 100 в минуту. Язык влажный, обложен. Живот не вздут, мягкий, болезненный в эпигастрии и правом подреберье, где определяется опухолевидное образование 10 x 15 см, плотно-эластической консистенции, болезненное при пальпации, не смещается. Перитонеальных симптомов нет.

В анализе крови: Лейкоциты $14,1 \times 10^9/\text{л}$, диастаза мочи – 512 ЕД.

Вопросы к ситуационной задаче по хирургии

1. О каком заболевании может идти речь?
2. Какие исследования необходимо выполнить для подтверждения диагноза?
3. Какая лечебно-диагностическая программа?
4. Показания к оперативному лечению. Виды операций.

задача № 5

У больного 38 лет после приема алкоголя появились выраженные боли в верхних отделах живота, иррадиирующие в спину, многократная рвота. Состояние тяжелое. Кожа лица гиперемирована, сухая. В легких жесткое дыхание, ослабленное слева. Пульс 120 в минуту, АД 150/90 мм.рт.ст. Язык сухой, обложен. Живот увеличен в объеме, участвует в акте дыхания ограниченно в верхних отделах, болезненный в эпигастрии, где определяется ригидность и положительный симптом раздражения брюшины. Перистальтика отсутствует. Стула не было. При ультрасонографии установлено, что поджелудочная железа увеличена в размерах, контуры ее неровные, с очагами повышенного отражения. В сальниковой сумке скудное количество жидкости. Желчный пузырь не изменен. Холедох обычных размеров. В брюшной полости определяется свободная жидкость.

Вопросы к ситуационной задаче по хирургии

1. Ваш диагноз.
2. Классификация заболевания.
3. Необходимые методы обследования для подтверждения диагноза.
4. Ваша тактика:
 - основные направления консервативной терапии.
 - показания к оперативному лечению, методы оперативных вмешательств.
5. Прогноз.

задача № 6

У больной 68 лет, страдающей желчно-каменной болезнью, после погрешности в диете внезапно возникли боли в верхних отделах живота, иррадиирующие в спину, многократная рвота желчью, гипертермия до 37,6, озноб. После приема но-шпы, боли купировались. Через сутки появилась желтушность кожных покровов, боли в животе оставались.

Объективно: Состояние средней тяжести. Кожа и склеры желтушны. Пульс 90 в минуту. АД 120/80 мм.рт.ст. Язык влажный, обложен. Живот несколько вздут, мягкий, болезненный в эпигастрии. Перитонеальных симптомов нет. Желчный пузырь не пальпируется. Лейкоциты 10,2 x 10⁹/л, билирубин крови 60мкмоль/л. Диастаза мочи 1024 ЕД.

Вопросы к ситуационной задаче по хирургии

1. Ваш диагноз.
2. Классификация заболевания.
3. Необходимые методы обследования для подтверждения диагноза.
4. Ваша тактика:
 - основные направления консервативной терапии.
 - Показания к оперативному лечению, методы оперативных вмешательств.
5. Прогноз.

задача № 7

Больной 16 лет доставлен в отделение спустя 3 часа с момента аварии с жалобами на резкую слабость, головокружение, боли в правой половине живота, правой поясничной области.

При осмотре состояние больного тяжелое, кожные покровы бледные, пульс учащен до 110 уд. в мин., АД 90/60 мм рт. ст. На коже поясничной области, больше справа, имеются множественные ссадины. Визуально и пальпаторно определяется нарастающая припухлость, спускающаяся из подреберья по правому боковому каналу, выраженное напряжение мышц справа. Левые отделы живота спокойные, без выраженной болезненности. Симптом

Пастернацкого резко положителен справа. При мочеиспускании моча обильно окрашена свежей кровью с червеобразными сгустками.

Вопросы к ситуационной задаче по хирургии

В общем анализе крови — анемия, эритроц. до $3,0 \cdot 10^{12}/л$.

1. Проведите топическую диагностику источника макрогематурии.

2. О повреждении какого органа можно предполагать?

3. Какие диагностические методики необходимо применить для уточнения диагноза?

4. Классификация данного вида травмы.

5. Какой метод лечения принципиально показан при данном виде травмы?

6. Каков характер оперативного вмешательства?

7. Каков характер оперативного вмешательства в зависимости от степени и характера травмы?

задача № 8

У женщины 45 лет длительное время наблюдались боли в поясничной области, больше справа, усиливающиеся при ходьбе, физической нагрузке. Лечилась у невропатолога по поводу остеохондроза. Вчера, после лыжной прогулки, боли в поясничной области усилились, иррадиировали вниз живота. Больная приняла 2 таблетки анальгина, после чего боли утихли, но появилась примесь крови в моче. Сегодня утром моча была чистая, и женщина обратилась к врачу. При лабораторном исследовании в анализе мочи протеинурия (белок 0,15 г/л), лейкоцитурия 8-12 лейкоцитов в п/зр., ми-крогематурия до 60 эритроцитов в п/зр. На обзорной рентгенограмме органов брюшной полости в проекции правой почки контрастная тень размером 2,5x2 см.

Вопросы к ситуационной задаче по хирургии

1. Какова последовательность болей в пояснице и гематурии при раке почки и мочекаменной болезни?

2. Каков диапазон дифференциальной диагностики почечной колики?

3. Что явилось причиной почечной колики у данной больной?

4. Чем можно объяснить наличие эритроцитов и лейкоцитов в моче?

5. Какие дополнительные методы исследования следует применить?

6. Варианты лечения данной пациентки.

Теоретические вопросы

Формируемые компетенции—ПК-5, ПК-6, ПК-8

1. Осложнения острого аппендицита.
2. Механическая желтуха, причины, тактика.
3. Патогенез язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки.
4. Дифференциальная диагностика желтух.
5. Острые гастродуоденальные кровотечения.
6. Методы дренирования холедоха.
7. Прободная язва желудка и 12-перстной кишки.
8. Холангит, причины, клиника, тактика хирурга.
9. Оперативные методы лечения язвенной болезни желудка?
10. Кровотечение из варикозных вен пищевода.

11. Рак желудка методы ранней диагностики.
12. Причины цирроза печени, методы хирургического лечения.
13. Острый холецистит, тактика хирурга при остром холецистите.
14. Хирургическое лечение язвенной болезни 12-перстной кишки.
15. Осложнения острого холецистита.
16. Острый панкреатит, диагностика, лечение.
17. Осложнения острого панкреатита, диагностика, лечение.
18. Патогенез острой кишечной непроходимости.
19. Спаечная кишечная непроходимость, особенности диагностики.
20. Классификация кишечной непроходимости, методы диагностики.
21. Ущемленные грыжи, тактика хирурга.
22. Методы оперативных вмешательств при паховых грыжах.
23. Бедренные грыжи, принципы оперативных вмешательств при бедренных грыжах.
24. Аппендикулярный инфильтрат, тактика хирурга.
25. Грыжи белой линии живота, пупочные грыжи, принципы оперативного лечения.
26. Органосохраняющие операции при язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки.
27. Атипичные формы острого аппендицита, особенности клиники.
28. Дифференциальная диагностика острого аппендицита и острых гинекологических заболеваний.
29. Перитонеальный синдром.
30. Травма живота. Классификация.
31. Травма живота. Клиника, диагностика, тактика.

4.5. Хирургия органов грудной клетки и шеи

Задания в тестовой форме

Формируемые компетенции–ПК-5, ПК-6, ПК-8

Задания:

1. Летальность при перфорации пищевода достигает:
А.85%
Б.55%
В. 40%
Г. 36%.
2. Основным методом диагностики перфорации пищевода считается:
А. Клинический
Б. Рентгенологический

- В. Эндоскопический
- Г. Лабораторный
- Д. Правильно А, В, Г
- Е. Правильно А, Б.

3. Наложение гастростомы при перфорации пищевода показано при:

- А. Перфорации от верхнегрудного отдела и ниже
- Б. Давности перфорации более 6 часов независимо от уровня
- В. Развитии медиастинита
- Г. Правильно все
- Д. Правильно А и В.

4. Синдром Бурхаве (Бургаве) чаще всего встречается у:

- А. Мужчин
- Б. Женщин
- В. Одинаково у обоих полов.

5. При спонтанном разрыве пищевода дефект слизистой оболочки пищевода:

- А. Всегда больше дефекта мышечного слоя
- Б. Всегда меньше мышечного слоя
- Г. Равен дефекту мышечного слоя
- Д. Может быть различным.

6. Основным методом оперативного лечения при спонтанном разрыве пищевода считается:

- А. Первичный шов пищевода
- Б. Первичный шов пищевода с фундапликацией
- В. Сквозной эзофаго-плевро-торакальный дренаж
- Г. Экстирпация пищевода.

7. Для спонтанного пневмоторакса характерно:

- А. Внезапное начало заболевания у молодых и чаще здоровых ранее людей
- Б. Склонность к рецидивированию
- В. Бестемпературное течение болезни в начале заболевания
- Г. Возможность саморасправления легкого
- Д. Правильно все
- Е. Правильно А, Б, В.

8. Чаще всего спонтанный пневмоторакс встречается у:

- А. Молодых курящих мужчин
- Б. У курящих мужчин и женщин
- В. У молодых мужчин независимо от наличия вредных привычек
- Г. У курящих мужчин независимо от возраста.

9. Диагноз спонтанного пневмоторакса возможно поставить:

- А. Клинически
- Б. Рентгенологически
- В. Правильно А и Б
- Г. При компьютерной томографии.

10. Первичное оперативное лечение спонтанного пневмоторакса показано:

- А. Во всех случаях
 - Б. При напряженном пневмотораксе
 - В. При рецидивном пневмотораксе
 - Г. При наличии профессиональных показаний
 - Д. Правильно А, Б, Г
 - Е. Правильно А, В, Г.
11. Торакцентез при спонтанном пневмотораксе необходимо выполнять:
- А. Во 2 межреберье по средне-ключичной линии
 - Б. В 7 медреберье по средне-подмышечной линии
 - В. В наиболее удобном (учитывая данные рентгена) для этого места.
12. Плевральная пункция – процедура которую должен выполнять:
- А. Любой врач независимо от последипломной подготовки
 - Б. Пульмонологи, кардиологи и врачи всех хирургических специальностей
 - В. Пульмонологи, кардиологи, торакальные и сердечно-сосудистые хирурги
 - Г. Пульмонологи, кардиологи, торакальные, сердечно-сосудистые и общие хирурги.
13. Воздух из плевральной полости может рассасываться со скоростью:
- А. 5% объема гемиторакса в сутки
 - Б. 1.25% объема гемиторакса в сутки
 - В. 3 % объема гемиторакса в сутки
 - Г. 10% объема гемиторакса в сутки.
14. Основным методом лечения спонтанного пневмоторакса по проекту национальных клинических рекомендаций являются:
- А. Торакцентез с дренированием плевральной полости
 - Б. Торакцентез с дренированием плевральной полости и выполнением химического плевродеза
 - В. Торакоскопия, возможная резекция легкого, химический плевродез
 - Г. Торакоскопия, возможная резекция легкого, плеврэктомия
 - Д. Метод оперативного пособия определяется после РКТ легких.
15. Наиболее частой причиной спонтанного пневмоторакса являются:
- А. Буллы и кисты легких
 - Б. Эмфизема легких
 - Г. Интерстициальная патология легких
 - Д. Все вышеперечисленное.
16. Исходами разрывов трахеи, если пострадавший не был оперирован в остром периоде, могут быть:
- А. Спонтанное заживление, рубцовый стеноз;
 - Б. Рубцовый стеноз, рубцовая окклюзия;
 - В. Бронхоплевральный свищ;
 - Г. Спонтанное заживление, рубцовый стеноз, рубцовая окклюзия, бронхоплевральный свищ;
 - Д. Рубцовый стеноз, рубцовая окклюзия, бронхоплевральный свищ.
17. Отличие трахеостомии от трахеотомии заключается в:
- А. выполнении хирургического доступа к трахее;
 - Б. способе рассечения трахеи;

- В. срочности выполнения;
- Г. введении в просвет трахеи канюли;
- Д. показаниях к выполнению.
18. При выполнении трахеотомии (трахеостомии) допустимо пересечение:
- А. любого кольца шейного отдела трахеи;
- Б. любого кольца каудальнее 1 — 2-го кольца шейного отдела трахеи;
- В. любого кольца трахеи ниже перешейка щитовидной железы; только 1 - 2 кольца шейного отдела трахеи;
- Г. только с 4 по 6 кольцо трахеи.
19. Исследование при диагностике инородных тел бронхов должно включать:
- А. Рентгеномографию, в том числе КТ;
- Б. Рентгенографию в двух проекциях;
- В. Рентгенографию и томографию;
- Г. Трахеобронхоскопию;
- Д. Рентгенографию в двух проекциях и трахеобронхоскопию.
20. Основными этиологическими факторами приобретенных первичных стенозов внутригрудного отдела трахеи, а также бронхов являются:
- А. Инородные тела;
- Б. Специфические воспалительные процессы (туберкулез, сифилис);
- В. Травмы (механические, лучевые);
- Г. Перенесенные операции на легких;
- Д. Трахеостомия и длительная интубация;
21. Трахеопищеводные свищи при отсутствии медиастинита подлежат хирургическому лечению:
- А. По жизненным показаниям в первые сутки после рождения ребенка, если это врожденная патология;
- Б. По жизненным показаниям при установлении диагноза у взрослых, если это приобретенная патология;
- В. В отсроченном порядке после предоперационной подготовки и дообследования, если это приобретенная патология;
- Г. В срочном порядке после кратковременной предоперационной подготовки у взрослых, если это приобретенная патология;
- Д. В плановом порядке в любом случае, после дообследования и предоперационной подготовки
22. Главным принципом наложения трахеостомы является:
- А. Рассечение трахеи возможно только вертикальным разрезом;
- Б. Рассечение трахеи возможно только поперечным разрезом;
- В. Рассечение трахеи должно быть произведено краниальнее разреза мягких тканей и кожи;
- Г. Рассечение трахеи должно быть произведено строго на уровне рассечения мягких тканей и кожи;
- Д. Рассечение трахеи, не зависимо от способа, должно быть произведено каудальнее

разреза мягких тканей и кожи;

23. Основной причиной легочных кровотечений считаются:

- А. Гипертоническая болезнь.
- Б. Туберкулез органов дыхания.
- В. Злокачественные новообразования бронхов и легких.
- Г. Бронхоэктатическая болезнь.

24. В лечении легочных кровотечений легкой степени не применяется:

- А. Лечебно-диагностическая бронхоскопия.
- Б. Назначение гемостатиков.
- Г. Назначение препаратов повышающих артериальное давление.
- Д. Назначение препаратов понижающих артериальное давление.
- Е. Назначение седативных препаратов.

25. Плевральный экссудат отличается от трансудата тем, что содержит:

- А. Больше белка, больше лейкоцитов, больше ферментов, больше глюкозы
- Б. Больше белка, больше лейкоцитов, меньше ферментов, меньше глюкозы
- В. Меньше белка, меньше лейкоцитов, меньше ферментов, меньше глюкозы
- Г. Меньше белка, меньше лейкоцитов, больше ферментов, больше глюкозы
- Д. Больше белка, меньше лейкоцитов, больше ферментов, меньше глюкозы

26. Понятие «диагностическая торакотомия» подразумевает выполнение:

- А. Торакотомии, ревизии плевральной полости, легкого и взятие материала для морфологического исследования
- Б. Торакотомии, ревизии плевральной полости, легкого и решение вопроса о резектабельности или операбельности процесса
- В. «малой» торакотомии и взятие материала для морфологического исследования
- Г. Торакотомии, взятия материала для экспресс-морфологического исследования, позволяющего уточнить объем сразу же выполняемой операции
- Д. Торакотомии, ревизии плевры, легкого, средостения, диафрагмы

27. При подозрении на послеоперационное интраплевральное кровотечение в первую очередь необходимо осуществить:

- А. срочную реторакотомию;
- Б. проверку проходимости дренажей и/или плевральную пункцию;
- В. обзорную рентгенографию и УЗИ плевральной полости; -
- Г. интенсивную гемостатическую терапию;
- Д. исследование коагулограммы, содержание эритроцитов и гемоглобина в крови и плевральном экссудате.

28. Основной и наиболее частой причиной послеоперационной эмпиемы плевры может быть:

- А. негерметичность швов культи бронха;
- Б. нагноение послеоперационной раны;
- В. интраоперационное вскрытие абсцесса, каверны;
- Г. инородное тело;
- Д. длительная (более 3-х часов операция)

29. Сочетанной травмой груди называется повреждение:

- А. Несколько органов грудной клетки
- Б. Грудной клетки и других частей тела в результате действия одного вида энергии
- В. Грудной клетки и других частей в результате действия разных видов энергии

- Г. Несколько органов грудной клетки в результате действия разных видов энергии
 - Д. Грудной стенки и органов грудной полости
30. Комбинированной травмой груди называется повреждение:
- А. Несколько органов грудной клетки
 - Б. Грудной клетки и других частей тела в результате действия одного вида энергии
 - В. Грудной клетки и других частей в результате действия разных видов энергии
 - Г. Грудной клетки и других частей тела, полученные за короткий промежуток времени
 - Д. Грудной стенки и органов грудной полости

3.2. Перечень ситуационных задач

Оцениваемые компетенции: ПК-5, ПК-6, ПК-8

Задача № 1. Больной П. 48 лет, обратился в поликлинику с жалобами на слюнотечение, дисфагию, боли в глотке при глотании. Из анамнеза: трое суток назад ел жареную рыбу, поперхнулся костью, которую как считает «протолкнул мякишем хлеба», после чего появились вышеперечисленные жалобы. Лечился самостоятельно полосканием горла антисептиками и приемом стрептоцида. В последние сутки появилась постоянное повышение температуры тела до 37,8 С. Объективно: состояние средней тяжести, адекватен, кожные покровы бледно-розовые, гиперемия щек. Пальпация шеи: болезненность в верхне - боковых отделах справа, отека и гиперемии нет. Язык обложен белым налетом, влажный. В легких дыханием проводится во всех отделах, везикулярное, хрипов нет. ЧД 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, слабый систолический шум на верхушке сердца, ЧСС 98 в минуту, АД 140/90 мм.рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме. Осмотрен отоларингологом: в области правого грушевидного синуса отек и гиперемия, виден конец инородного тела (рыбьей кости), инородное тело легко удалено. Больному назначен доксицилин по 80 мг 3 раза в день, полоскание глотки раствором водного хлоргексидина, анальгетики, десенсибилизирующие. Контрольная явка в поликлинику через 3 дня.

Сформулируйте предварительный диагноз.

Какое осложнение можно заподозрить у больного?

Какова его причина?

Дайте патофизиологическое объяснение развития осложнения.

Какие диагностические мероприятия необходимо было провести?

Какова лечебная тактика?

Спустя двое суток пациент доставлен в приемный покой городской больницы в крайне тяжелом состоянии. Неадекватен, периодически двигательное возбуждение. Из рта гнилостный запах. Кожные покровы бледные, влажные. Увеличены и напряжены подкожные вены верхнего плечевого пояса и шеи, умеренный цианоз лица, губ. По передне-боковой поверхности шеи справа от угла нижней челюсти и до яремной вырезки грудины болезненный при пальпации отек, гиперемия, крепитация, кожа на ощупь в этом месте горячая. Грудная клетка ассиметричная за счет выбухания правой половины, в акте дыхания отстает правая половина, межреберные промежутки правой половины грудной клетки сглажены. При перкуссии над левой половиной грудной клетки ясный легочный звук, справа от верхушки до 5 межреберья по передне-подмышечной линии тимпанит, ниже притупление, границы сердца и средостения смещены влево. Аускультативно слева дыхание жесткое проводится во всех отделах, выслушиваются единичные проводные хрипы, справа дыхание не выслушивается. ЧД 36 в минуту. Тоны сердца приглушены, мягкий систолический шум на верхушке. ЧСС 130 в минуту, АД 90/40 мм.рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стул был сутки назад, кашицеобразный. За последние 12 часов диурез до 500 мл.

Сформулируйте диагноз при поступлении.

Какое осложнение можно заподозрить у больного?

Какие диагностические мероприятия необходимо провести?

На обзорной и правой боковой рентгенограмме грудной клетки правосторонний напряженный гидропневмоторакс с уровнем жидкости до 3 ребра по передним отрезкам, расширение тени верхнего средостения больше вправо, эмфизема мягких тканей шеи и верхнего средостения. При рентгеноскопии пищевода с контрастированием водорастворимым контрастом затеков контрастного вещества не выявлено, однако отмечено расширение ретроэзофагиального пространства в шейном и верхнегрудном сегменте. В общеклиническом анализе крови лейкоцитоз до 24,5 тыс/литр со сдвигом формулы влево до 5% миелоцитов, 26% юных и 62% нейтрофилов. В общеклиническом анализе мочи белок 1,5 г/л, эритроциты 10-20-30 в п/зр., лейкоциты 12-18-25 в п/зр., гиалиновые и зернистые цилиндры в большом количестве. В биохимическом анализе крови общий белок 45 г/л, билирубин общий 54 мкмоль/л, прямая фракция 48 мкмоль/л, мочевины 18 ммоль/л.

Сформулируйте окончательный диагноз.

Какова тактика лечения?

Какой способ оперативного пособия показан пациенту?

Каков прогноз у пациента?

Какие ошибки были на поликлиническом этапе?

Задача № 2. Больная С. 68 лет, поступила в городскую больницу в плановом порядке для проведения лапароскопической холецистэктомии по поводу ЖКБ. Хронического калькулезного холецистита. Больная гиперстеник с ожирением 2 ст. и короткой шеей. Оперирована в плановом порядке. Интубация с техническими сложностями, что отмечено в наркозной карте. Во время операции анестезиологом отмечено появление умеренной эмфиземы шеи. Которая в динамике, не нарастала. Причиной эмфиземы был посчитан наложенный пневмоперитонеум. При экстубации на конце интубационной трубки и при санации трахеи получено небольшое количество крови. В течение 6 часов после операции отмечено нарастание эмфиземы шеи которая стала распространяться на лицо, верхний плечевой пояс, грудную клетку, переднюю брюшную стенку. Появилась осиплость голоса, одышка до 40 в минуту, цианоз губ. ЧСС до 116 в минуту, АД 160/100 мм.рт.ст. В легких дыхание слева не выслушивается, справа проводится во всех отделах. Перкуторно слева тимпанит, справа ясный легочный звук, границы сердца и средостения смещены вправо. Появился субфебрилитет до 37,8 С.

Какое осложнение возникло у больной?

Сформулируйте предварительный диагноз.

Определите объем дополнительных диагностических мероприятий?

При фибробронхоскопии выявлено ранение передней стенки трахеи на уровне границ верхней и средней трети располагающееся в поперечном направлении, длиной до 1 см. На обзорной рентгенограмме грудной клетки напряженный пневмоторакс слева, выраженная эмфизема средостения и мягких тканей грудной клетки и шеи. В общеклиническом анализе лейкоцитоз до 19 тыс/л со сдвигом формулы влево до 15% палочкоядерных и 68% сегментоядерных форм.

Сформулируйте окончательный диагноз.

Каков механизм развития пневмоторакса?

Какие диагностические ошибки были допущены во время операции, приведшие к развитию осложнения?

Предложите алгоритм лечения данной больной.

Задача № 3. Доставлен пациент с наличием раны парастернально в 3-м межреберье в правой половине грудной клетки, размерами 1,5 на 0,5 см, слабо кровоточащей. Состояние больного тяжелое, цианоз слизистых и кожи, одышка в покое до 30 в минуту, нитевидный пульс на периферии, артериальное давление 80/60 мм РТ ст. На рентгенограмме грудной клетки (в вертикальном положении) определяется: правое легкое поджато к средостению, средостение резко смещено влево, имеется горизонтальный уровень по переднему отрезку 2-го ребра справа с затемнением ниже и воздухом выше.

Сформулируйте диагноз.

Какие методы диагностики необходимо еще сделать?

Какова Ваша тактика?

Задача № 4. К Вам обратился пациент мужчина 27 лет, с его слов 2 дня назад упал на лестнице и ударился правой половиной грудной клетки о перила, почувствовал резкую боль в правой половине грудной клетки, усиливающуюся при дыхании. Состояние средней тяжести, в сознании, передвигается с осторожностью, голос осипший, грудная клетка ассиметричная за счет выбухания правой половины, межреберные промежутки сглажены справа. В акте дыхания правая половина не участвует. При пальпации определяется подкожная эмфизема правой половины грудной клетки, шеи справа, правой руки. Определяется болезненность при пальпации боковых отрезков 4-6 ребер по боковым отрезкам справа. Аускультативно справа дыхание не выслушивается, слева проводится во всех отделах. Перкуторно справа тимпанит от 5 м/р и выше ниже притупление. ЧД 25 в минуту. АД 110/70 мм РТ ст, ЧСС 90 в минуту. Живот при пальпации мягкий безболезненный. Стул и диурез в норме.

Сформулируйте диагноз.

Какие методы диагностики необходимо использовать для уточнения диагноза?

Какова Ваша тактика?

На выполненной рентгенограмме грудной клетки выявлено: Имеются переломы 4-5 ребер по боковым отрезкам без смещения отломков, легкое коллабирована на $\frac{1}{4}$, от 5 ребра и ниже определяется жидкость с горизонтальным уровнем, средостение по средней линии. В общеклиническом анализе крови эритроциты 3,8 млн/л, НВ 110 г/л, лейкоциты 10,2 тыс/л.

Сформулируйте диагноз.

Какова Ваша хирургическая тактика?

Задача № 5. Молодой человек 18 лет обратился на прием в поликлинику с жалобами на боли в грудной клетке слева, одышку при ходьбе, слабость, сухой кашель. Заболел остро за 3е суток до обращения, когда утром во время зарядки почувствовал резкие боли в грудной клетке слева, которые в течение часа значительно уменьшились, появился сухой кашель. Со вторых суток после начала заболевания появилась одышка при ходьбе. При осмотре участковым терапевтом выявлено резкое ослабление дыхания слева. Выставлен клинический диагноз: левосторонняя пневмония. Назначено антибактериальная терапия ципрофлоксацином, анальгетики, бронхо- и муколитики.

Какие ошибки были на поликлиническом этапе?

Сформулируйте предварительный диагноз.

Какова тактика лечения?

На 6-е сутки после начала заболевания у пациента появилась субфебрильная температура, на 7-е сутки самостоятельно обратился в приемный покой городской многопрофильной больницы. На выполненной экстренно рентгенограмме грудной клетки выявлено: левое легкое практически полностью коллабированно, поджато к корню, средостение смещено вправо, имеется жидкость в нижних отделах левой плевральной полости с горизонтальным уровнем в латеральном синусе.

Сформулируйте диагноз.

Какое осложнение имеется у больного?

Какова тактика лечения?

Задача № 6. Пациент 52 лет, алкоголик, считает себя больным в течение примерно 2х месяцев, когда постепенно появилась слабость, вечерний субфебрилитет, кашель с небольшим количеством слизистой мокроты по утрам. Обратился в поликлинику по месту жительства, направлен на ФЛГ. На флюорограмме выявлена жидкость в нижних отделах правой плевральной полости с косой верхней границей по 6 ребру.

Сформулируйте диагноз.

Какие причины плеврального выпота могут быть у данного больного с учетом анамнеза?

Какие диагностические исследования необходимо провести?

При плевральной пункции получено до 800 мл прозрачного желтоватого экссудата. В анализе плевральной жидкости удельный вес 1035, белок 35 г/л, реакция Ривольта +++, лейкоциты до 80 в п/зр, эритроциты 2-5-7 в п/зр. При цитологии выпота клетки мезотелия в небольшом количестве, в лейкоцитарной формуле нейтрофилов 15%, лимфоцитов 85%, атипичных клеток не выявлено. При бронхоскопии катаральный эндобронхит больше выраженный справа. В анализе мокроты микобактерий туберкулеза не выявлено. УЗИ брюшной полости: гепатоспленомегалия, небольшое количество жидкости. В анализе крови эритроциты 4,5 млн/л, НВ 150 г/л, лейкоциты 7,6 тыс/л, эозинофилов 2%, базофилов 1%, сегментоядерных 56%, лимфоцитов 32%, моноцитов 9%, СОЭ 50 мм/час.

Какая причина плеврита вероятнее всего у больного?

Какое диагностическое исследование необходимо провести для уточнения диагноза?

Задача № 7. Мужчина 45 лет, неработающий, злоупотребляющий алкоголем обратился в поликлинику по месту жительства через 5 дней от начала заболевания. Заболел остро, после переохлаждения появились боли в правой половине грудной клетки, сухой кашель. Через сутки присоединилась температура до субфебрильных цифр. В дальнейшем температура приобрела гектический характер, появилась гнойная мокрота в небольшом количестве. При осмотре правая половина грудной клетки отстаёт при дыхании, грудная клетка симметрична.

Перкуторно в верхних отделах справа притупление, над остальной поверхностью легких ясный легочный звук. Аускультативно: слева дыхание везикулярное, справа в верхних отделах бронхиальное, в нижних ослаблено. ЧД 24 в минуту. АД 110/70 мм РТ ст, ЧСС до 100 в минуту.

Сформулируйте диагноз.

Какие диагностические исследования необходимо было провести?

Больной направлен для лечения в терапевтический стационар с диагнозом верхнедолевая пневмония справа. В день поступления рентгенограмма и другие исследования не выполнялись, назначена антибактериальная, бронхо и муколитическая, десенсебилизирующая и дезинтоксикационная терапия. В ночь после поступления у больного отмечен приступ кашля с выделением большого количества гнойной зловонной мокроты до 300 мл.

Сформулируйте диагноз.

Какое диагностическое исследование необходимо выполнить в экстренном порядке?

На выполненной утром рентгенограмме в двух проекциях выявлено полостное образование в верхней доле правого легкого диаметром до 12 см с тонкой стенкой и горизонтальным уровнем жидкости на $\frac{1}{2}$ его объема, с инфильтрацией легочной ткани вокруг.

Ваш окончательный диагноз.

Ваша дальнейшая тактика.

Какие осложнения могут возникнуть у данного пациента, их профилактика и лечение?

Какие методы «малой хирургии» необходимо применить у данного больного?

Задача № 8. Пациентка 63 лет, страдающая сахарным диабетом 1 типа, инсулинозависимым. Доставлена машиной скорой помощи через 7 дней от начала заболевания. Заболела остро с подъема температуры до фебрильных цифр, появления кашля, одышки, слабости болей в грудной клетке слева. Лечилась сама приемом анальгетиков и тетрациклина без эффекта. Состояние при поступлении тяжелое, вялая, адинамичная. Кожные покровы бледные, сухие. ЧД 36 в минуту, АД 110/60 мм РТ ст, тоны сердца приглушены, ЧСС 122 в минуту. Левая половина грудной клетки значительно отстает при дыхании. При перкуссии в верхней трети левого гемиторакса коробчатый звук в остальных отделах тупость. Аускультативно дыхание слева не выслушивается, справа проводится во всех отделах.

Сформулируйте предварительный диагноз.

Какие методы диагностики необходимо выполнить и в каком порядке?

На рентгенограмме выполненной при поступлении определяется левая плевральная полость на $\frac{2}{3}$ заполнена жидкостью с горизонтальным уровнем над которым располагается воздух,

левое легкое не прослеживается. При экстренно выполненной диагностической плевральной пункции получен гнойный экссудат.

Сформулируйте диагноз.

Ваша дальнейшая тактика.

Какие методы малой хирургии необходимо экстренно применить?

Задача № 9. Мужчина 55 лет, длительно страдает гипертонической болезнью. Утром появилось выделение алой крови при кашле объемом до 100 мл. Вызванная бригада СП сразу доставила пациента в хирургическое отделение районной больницы. Перед транспортировкой сделана инъекция децинона 4.0 в/м.

Сформулируйте диагноз.

Какие причины кровотечения вероятнее всего могут быть у больного?

Какие ошибки сделал врач СП?

Какую помощь необходимо было оказать больному на догоспитальном этапе?

При поступлении в больницу состояние средней тяжести, больной испуган, кожные покровы розовые, периферические лимфоузлы не увеличены. При кашле мокрота алого цвета. В легких дыхание проводится во всех отделах, рассеянные проводные хрипы в небольшом количестве. ЧД 20 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные ЧСС 80 в минуту, АД 210/120 мм РТ ст.

Сформулируйте диагноз.

Какова причина кровотечения у данного больного?

Какие методы диагностики необходимо выполнить у пациента?

Какова тактика лечения у данного пациента?

Задача 10. Женщина 38 лет в течение 2х лет отмечает отрыжку после приема пищи, икоту, последний год появились боли за грудиной, затруднение прохождения твердой пищи по пищеводу, периодически рвота после приема пищи. За последние 6 месяцев похудела на 2-3 кг. При осмотре состояние средней тяжести. Нормального питания и телосложения. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание проводится во всех отделах, хрипов нет. ЧД 20 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные ЧСС 70 в минуту, АД 120/80 мм РТ ст. Живот при пальпации мягкий безболезненный. Стул ежедневно, обычного цвета и консистенции.

Сформулируйте предварительный диагноз.

Какой диагностический минимум необходимо выполнить больной?

Общеклинических и биохимических анализах крови патологии не выявлено. УЗИ брюшной полости: Диффузные изменения печени и поджелудочной железы, ЖКБ камень до 1,5 см в

просвете пузыря, стенка пузыря не утолщена, холедох не расширен, конкрементов в нем не определяется. При фиброгастроскопии пищевод проходим, в нижней трети фибринозный эзофагит. Кардия сомкнута с трудом пропускает аппарат. Патологии желудка и ДПК не выявлено. При рентгеноскопии пищевода и желудка: пищевод расширен до 3х см, имеется небольшой S-образный изгиб его, перистальтика его снижена, кардия пропускает контраст с задержкой, малыми порциями. Газовый пузырь желудка отсутствует, при поступлении контраста в желудок эвакуация его в ДПК не нарушена.

Сформулируйте диагноз?

Какова тактика лечения данной патологии?

Показания к хирургическому лечению?

3.3. Теоретические вопросы

Формируемые компетенции—ПК-5, ПК-6, ПК-8

1. Этиология и патогенез спонтанного пневмоторакса
2. Классификация спонтанного пневмоторакса
3. Катамениальный спонтанный пневмоторакс
4. Клиника спонтанного пневмоторакса
5. Диагностика спонтанного пневмоторакса
6. Консервативные методы лечения спонтанного пневмоторакса
7. Методы «малой» хирургии в лечении спонтанного пневмоторакса
8. Оперативные методы лечения спонтанного пневмоторакса
9. Видеоторакоскопические вмешательства при спонтанном пневмотораксе
10. Показания к операции при спонтанном пневмотораксе
11. Медикаментозная терапия при спонтанном пневмотораксе
12. Ход выполнения пункции плевральной полости при спонтанном пневмотораксе
13. Ход выполнения дренирования плевральной полости при спонтанном пневмотораксе
14. Лечебные и трудовые рекомендации для пациентов со спонтанным пневмотораксом после выписки из стационара. Вопросы реабилитации. Послеоперационные тораксалгии.
15. Этиология легочных кровотечений
16. Классификация легочных кровотечений.
17. Диагностика легочных кровотечений. Лабораторные, рентгенологические, бронхологические, цитологические, радионуклидные методы исследования.
18. Клиническое течение легочных кровотечений
19. Оперативные методы лечения легочных кровотечений
20. Место ригидной бронхоскопии в лечении и диагностике легочных кровотечений.
21. Частота и особенности повреждений груди. Классификация. Терминология
22. Анатомо-физиологические особенности повреждений груди
23. Общая характеристика функциональных нарушений при травме груди
24. Симптоматика и неотложная диагностика повреждений груди. Основные методы диагностики и обследования пострадавших
25. Первая помощь при тяжелых повреждениях груди на месте происшествия, во время транспортировки, в стационаре
26. Лечебная тактика при повреждениях груди.
27. Показания к оперативному вмешательству при травмах груди, организация его

- выполнения и виды вмешательств
28. Предоперационная подготовка, анестезиологическое и реанимационное обеспечение. Неотложная торакотомия.
 29. Послеоперационный период. Предупреждение ранних и поздних осложнений.
 30. Организация послеоперационного ухода, профилактика и лечение ранних осложнений
 31. Повреждения грудной стенки (мягких тканей, ребер, грудины)
 32. Повреждения плевры
 33. Повреждения легких
 34. Гемоторакс. Классификация. Показания к оперативному лечению.
 35. Свернувшийся гемоторакс. Профилактика. Методы лечения
 36. Повреждения грудного отдела трахеи и крупных бронхов
 37. Повреждения сердца
 38. Закрытые ранения сердца
 39. Ранения перикарда
 40. Диагностика, тактика лечения при повреждениях сердца и перикарда
 41. Роль видеоторакокопии в диагностике и лечении повреждений сердца и перикарда
 42. Ранения крупных сосудов груди
 43. Закрытые ранения магистральных сосудов
 44. Повреждения пищевода
 45. Синдром Бурхаве
 46. Повреждения грудного протока. Хилоторакс.
 47. Методы диагностики повреждений лимфатической системы в зоне грудной клетки
 48. Торакоабдоминальные ранения
 49. Закрытые повреждения диафрагмы
 50. Торакотомия или лапаротомия при повреждениях диафрагмы
 51. Сочетанная травма груди.
 52. Методы сортировки пострадавших на этапах эвакуации при травме груди
 53. Огнестрельные ранения груди.
 54. Принципы профилактики и терапии осложнений травмы груди на этапах медицинской эвакуации
 55. Показания и виды оперативного лечения переломов ребер
 56. Острые абсцессы легких, Классификация, клиника, диагностика лечение.
 57. Острая эмпиема плевры. Классификация, клиника, диагностика лечение.
 58. Синдром плеврального выпота. Классификация, клиника, диагностика лечение.
 59. Вторичный медиастинит. Классификация, клиника, диагностика лечение.
 60. Бронхоэктатическая болезнь. Классификация, клиника, диагностика лечение.

4.6. Сердечно-сосудистая хирургия

Задания в тестовой форме

Формируемые компетенции–ПК-5, ПК-6, ПК-8

Задания:

1. При ранении артерии во время ее реконструкции адекватным гемостазом будет:
 - А. перевязка артерии
 - Б. резекция артерии
 - В. наложение пристеночной лигатуры
 - Г. сосудистый шов
2. В клинической картине аневризмы грудной аорты основной симптомокомплекс включает:
 - А. боли в грудной клетке

- Б. изменение формы грудной клетки
 - В. систолический шум над аортой
 - Г. все перечисленное
 - Д. ничего из перечисленного
3. Рентгенологические признаки аневризмы грудной аорты включают:
- А. расширение тени сосудистого пучка вправо
 - Б. выбухание правой стенки восходящей аорты
 - В. кальциноз аорты
 - Г. смещение контрастированного пищевода
 - Д. все перечисленное
4. Расслаивающая аневризма аорты на первом этапе имеет:
- А. острое течение
 - Б. подострое течение
 - В. хроническое течение
 - Г. возможны все варианты
5. Ведущим в клинической картине расслаивающей аневризмы аорты являются:
- А. выраженные боли за грудиной
 - Б. повышение артериального давления
 - В. падение артериального давления
 - Г. аортальный стеноз
 - Д. аортальная недостаточность
6. В диагностике расслаивающих аневризм аорты ведущую роль играет:
- А. рентгенография грудной клетки
 - Б. ультразвуковое исследование
 - В. компьютерная томография
 - Г. эхокардиография
 - Д. аортография
 - Е. все перечисленное
7. В диагностике расслаивающих аневризм аорты наименее информативна:
- А. электрокардиограмма
 - Б. фонокардиография
 - В. эхокардиография
 - Г. радиоизотопная ангиография
 - Д. все перечисленное
8. Аневризма брюшной аорты - это расширение аорты:
- А. на 2 см
 - Б. в 2,5 раза
 - В. не менее, чем в 2 раза
 - Г. не менее, чем в 3 раза
9. Критерием для определения показаний к оперативному лечению при окклюзии брюшной аорты является появление перемежающейся хромоты при ходьбе на расстоянии:
- А. менее 1 км
 - Б. более 200 м
 - В. менее 200 м
 - Г. не более 25 м
10. Показанием к хирургическому лечению при поражении аорты и подвздошных артерий являются:
- А. жалобы на перемежающуюся хромоту
 - Б. угроза потери конечностей
 - В. отсутствие пульса на бедренных артериях
 - Г. перемежающаяся хромота менее 200 м при отсутствии противопоказаний со

- стороны жизненно важных органов
Д. перемежающаяся хромота менее 500 м
11. К осложнениям послеоперационного периода при операциях на брюшной аорте относятся:
- А. тромбоз протеза
 - Б. кровотечение
 - В. эвентрация кишечника
 - Г. инфекция
 - Д. все перечисленное
 - Е. стойкий парез вследствие ишемии конечностей
12. Транзиторная ишемическая атака - это:
- А. возникновение очаговой неврологической симптоматики после физической нагрузки
 - Б. полный регресс очаговой неврологической симптоматики через 2 недели после ее возникновения
 - В. полный регресс очаговой неврологической симптоматики через 1 неделю после ее возникновения
 - Г. полный регресс очаговой неврологической симптоматики через 24 часа после ее возникновения
 - Д. регресс неврологической симптоматики с незначительным дефицитом в сроки до 2 недель
13. В клинической симптоматике при поражении вертебробазилярного бассейна преобладают все перечисленные симптомы, за исключением:
- А. системных головокружений
 - Б. диплопии
 - В. нарушения походки и статики
 - Г. преходящей слепоты на один глаз
 - Д. бульбарных нарушений
14. В клинической симптоматике при поражении сонных артерий преобладают:
- А. головная боль
 - Б. снижение интеллекта
 - В. монопарезы и гемипарезы
 - Г. головокружение
 - Д. все перечисленное
15. Синдром хронической абдоминальной ишемии включает:
- А. боли в грудной клетке
 - Б. боли в правом подреберье после приема пищи
 - В. ангинозные боли в животе после приема пищи, дисфункцию кишечника и снижение веса
 - Г. боли в животе схваткообразного характера, задержку стула и газов, вздутие живота
 - Д. дисфункцию кишечника, примесь крови в кале, снижение веса
16. Синдром хронической абдоминальной ишемии могут вызвать следующие заболевания висцеральных артерий:
- А. атеросклероз
 - Б. неспецифический аортоартериит
 - В. гипоплазия висцеральных артерий
 - Г. врожденные дисплазии
 - Д. все перечисленное
17. Показанием к оперативному лечению при синдроме хронической абдоминальной ишемии является:
- А. прогрессирующее снижение веса

- Б. жалобы на боли в животе после приема пищи
 - В. ангиографическая картина поражения висцеральных артерий
 - Г. жалобы на боли в животе, снижение веса и наличие стенозов или окклюзии висцеральных артерий
 - Д. все перечисленное
18. Консервативное лечение синдрома хронической абдоминальной ишемии должно включать:
- А. ограничение приема пищи
 - Б. соблюдение диеты и прием пищи малыми порциями
 - В. прием спазмолитиков и сосудорасширяющих препаратов
 - Г. антикоагулянты
 - Д. все перечисленное
19. Патологический процесс при облитерирующем эндартериите начинается в:
- А. интима артерий
 - Б. меди артерий
 - В. адвентиции артерий
 - Г. диффузного типа
20. Возможно следующее клиническое течение облитерирующего эндартериита:
- А. острое
 - Б. стадия ремиссии
 - В. хроническое течение
 - Г. все ответы правильные
 - Д. правильно А и Б
21. При физическом исследовании больного с облитерирующим эндартериитом следует обращать внимание на:
- А. рост волос и ногтей
 - Б. нарушение потливости
 - В. пульсацию периферических артерий
 - Г. окраску кожных покровов
 - Д. все перечисленное
22. Среди инструментальных методов исследования больных с облитерирующим эндартериитом следует отдавать предпочтение:
- А. реовазографии
 - Б. ультразвуковой доплерографии
 - В. капилляроскопии
 - Г. ультразвуковой доплерографии и радиоизотопному определению регионарного кровотока
 - Д. осциллографии
23. Для уточнения степени поражения артерий голени у больного с эндартериитом, если при ангиографии все артерии поражены, целесообразно:
- А. ультразвуковая доплерография
 - Б. реовазография
 - В. интраоперационная ревизия и ангиография
 - Г. ультрасонография
 - Д. дальнейшее обследование нецелесообразно
24. Дифференциальную диагностику облитерирующего эндартериита следует проводить с:
- А. периферическим невритом
 - Б. облитерирующим атеросклерозом или неспецифическим аортоартериитом
 - В. врожденными артериовенозными дисплазиями
 - Г. поверхностным тромбофлебитом
 - Д. всем перечисленным

25. Консервативное лечение при облитерирующем эндартериите должно включать:
- А. сосудорасширяющие препараты
 - Б. сосудорасширяющие препараты, препараты, улучшающие микроциркуляцию
 - В. лазерное облучение крови
 - Г. гемосорбцию и плазмаферез
 - Д. сосудорасширяющие препараты, препараты, улучшающие микроциркуляцию, лазерное облучение крови, плазмаферез
26. Консервативное лечение больных с облитерирующим эндартериитом следует проводить:
- А. в течение одного месяца один раз в год
 - Б. круглогодично
 - В. в стадии обострения
 - Г. как правило, два раза в год курсами по одному месяцу в стационаре и поддерживающая терапия круглогодично
 - Д. сезонная терапия
27. Показанием к типичной реваскулярной операции у больного с облитерирующим эндартериитом является:
- А. перемежающаяся хромота более 500 м
 - Б. боли в покое
 - В. перемежающаяся хромота менее 200 м при наличии проходимой подколенной артерии и хотя бы одной артерии голени
 - Г. трофические язвы на стопе
 - Д. дисгидроз, похолодание конечности и перемежающаяся хромота
28. Для болезни Рейно характерны:
- А. боли в нижних конечностях при понижении температуры
 - Б. боли в нижних конечностях при ходьбе, преимущественно в пальцах
 - В. боли, онемение в пальцах верхних конечностей
 - Г. боли, онемение в пальцах верхних конечностей, которые провоцируются низкой температурой
 - Д. все перечисленное
29. При болезни Рейно различают следующие стадии развития заболевания:
- А. спастическую
 - Б. асфиксическую
 - В. трофическую
 - Г. все перечисленное
 - Д. только Б и В
30. В диагностике болезни Рейно достаточно полную информацию можно получить при:
- А. реовазографии верхних конечностей
 - Б. осциллографии верхних конечностей
 - В. ультразвуковой доплерографии верхних конечностей
 - Г. "термографии верхних конечностей при холодной пробе"
 - Д. ультразвуковой доплерографии верхних конечностей с проведением нитроглицериновой пробы
 - Е. транскутанном напряжении P02 кожи пальцев
 - Ж. правильно Г и Е
31. Варикозное расширение вен нижних конечностей имеет:
- А. врожденное происхождение — ангиодисплазию
 - Б. врожденное происхождение — артериовенозные свищи
 - В. приобретенное происхождение - компенсацию недостаточности глубокой венозной системы
 - Г. полиэтиологическое происхождение, где слабость венозной стенки играет роль и очень важную
 - Д. этиология не выяснена

32. В классификации варикозного расширения вен следует выделять:
- С. первичный варикоз (варикозная болезнь)
 - Б. вторичный варикоз
 - Д. стадии компенсации и декомпенсации
 - Г. наличие трофических расстройств
 - Д. все перечисленное
33. В клинической картине варикозной болезни преобладают:
- А. жалобы на болевые ощущения
 - Б. жалобы на косметические дефекты
 - В. местные трофические расстройства
 - Г. расширение подкожной венозной системы, отеки к концу дня, появление гиперпигментации
 - Д. все перечисленное
34. В патогенезе варикозной болезни ведущую роль играет:
- А. врожденная слабость соединительной ткани венозной системы
 - Б. нарушение функции клапанного аппарата глубокой венозной системы
 - В. нарушение функции коммуникативных вен
 - Г. развитие венозной гипертензии в нижних конечностях
 - Д. все перечисленное
35. При варикозной болезни проведение УЗГД и флебографии показано:
- А. всем больным
 - Б. при наличии трофических расстройств на конечности
 - В. при атипичной локализации варикозных узлов и неясности диагноза
 - Г. при молодом возрасте пациентов
 - Д. дифференцированный подход
36. Показанием к оперативному лечению при варикозной болезни являются:
- А. боли в нижней конечности к концу дня
 - Б. появление отеков на нижней конечности
 - В. трофические расстройства на конечности (кроме язв)
 - Г. косметические дефекты из-за варикозного расширения вен
 - Д. все перечисленное
37. Радикальность хирургического лечения варикозной болезни зависит от:
- А. тщательной обработки всех коллатералей в области овальной ямки
 - Б. удаления варикозной магистральной вены на всем протяжении со всеми коллатеральями
 - В. удаления малой подкожной вены при ее поражении
 - Г. над- и подфасциальной перевязки всех перфорантных вен
 - Д. всего перечисленного
38. Традиционная операция флебэктомии - это операция:
- А. Троянова — Тренделенбурга
 - Б. Бэбкокка
 - В. Нарата Г.Кокетта
 - Д. все перечисленные
39. В послеоперационном периоде после флебэктомии важным является:
- А. антибиотикотерапия
 - Б. ранняя активизация больных
 - В. физиотерапия
 - Г. ношение эластических бинтов и ранняя активизация больных
 - Д. все перечисленное
40. Консервативное лечение при варикозной болезни включает:
- А. физические упражнения
 - Б. эластическое бинтование нижней конечности
 - В. медикаментозное лечение
 - Г. физиотерапию
 - Д. все перечисленное
41. Посттромбофлебитическая болезнь обычно поражает:
- А. поверхностную венозную систему
 - Б. коммуникантные вены

- В. медикаментозное лечение
 - Г. физиотерапию
 - Д. все перечисленное
42. Посттромбофлебитическая болезнь преимущественно поражает:
- А. подколенно-тибиальный сегмент
 - Б. бедренно-тибиальный сегмент
 - В. подвздошно-бедренный сегмент
 - Г. илеокавальный сегмент
 - Д. нижнюю полую вену
43. Патофизиология венозной гемодинамики при посттромбофлебитической болезни, в первую очередь, связана с:
- А. наличием варикозного расширения поверхностных вен
 - Б. патологическим сбросом венозной крови из глубокой венозной системы в поверхностную
 - В. развитием венозной гипертензии в нижней конечности
 - Г. разрушением клапанов коммуникантных вен
 - Д. всем перечисленным
44. Типичный симптомокомплекс при посттромбофлебитической болезни не включает:
- А. боли в нижней конечности
 - Б. отека нижней конечности
 - В. отсутствия пульса на стопе
 - Г. вторичного варикозного расширения вен
 - Д. пигментацию и индурацию кожи на голени
45. К наиболее распространенным формам посттромбофлебитической болезни относятся:
- А. отечно-болевая
 - Б. варикозно-язвенная
 - В. трофическая
 - Г. правильно А и Б
 - Д. правильно все перечисленное
46. В диагностике посттромбофлебитической болезни для решения вопроса о хирургическом лечении определяющим методом диагностики являются:
- А. функциональные пробы
 - Б. радионуклидная флебография
 - В. ультразвуковая доплерография
 - Г. контрастная флебография
 - Д. компьютерная томография
47. Наиболее частой причиной синдрома верхней полой вены являются:
- А. первичный тромбоз верхней полой вены
 - Б. злокачественные опухоли средотения и бронхолегочный рак
 - В. внутригрудные доброкачественные опухоли
 - Г. травма грудной клетки
 - Д. одинаково часто все выше перечисленное
48. В клинической картине синдрома верхней полой вены важную роль играют:
- А. венозный застой в поверхностных и глубоких венах, туловища и верхних конечностей
 - Б. венозный застой в головном мозгу
 - В. симптоматика основного заболевания
 - Г. нарушение сердечной гемодинамики
 - Д. все перечисленное
49. В диагностике синдрома верхней полой вены следует использовать:
- А. рентгенографию грудной клетки
 - Б. флебографию
 - В. флеботонометрию
 - Г. эхолокацию
 - Д. все перечисленное
50. Синдром Педжета — Шреттера - это:
- А. острый венозный тромбоз подключично-подмышечного сегмента
 - Б. хроническая венозная недостаточность после острого венозного тромбоза подключично-подмышечного сегмента
 - В. острый тромбоз бассейна верхней полой вены
 - Г. посттромбофлебитический синдром верхних конечностей
 - Д. данный синдром не относится к венозной патологии

51. Клиническая картина болезни Педжета - Шреттера включает:
 - А. прогрессирующий отек конечности
 - Б. сильные боли в конечности и цианоз кожи
 - В. видимое развитие подкожных коллатералей
 - Г. все перечисленное
 - Д. только А и Б
52. В диагностике синдрома Педжета - Шреттера целесообразно использовать:
 - А. ультразвуковую доплерографию
 - Б. флебографию
 - В. ультрасонографию
 - Г. компьютерную томографию
 - Д. все перечисленные методы
53. При циррозе печени чаще развивается:
 - А. внутripеченочная форма портального блока
 - Б. надпеченочная форма портального блока
 - В. подпеченочная форма портального блока
 - Г. смешанная форма портального блока
54. При циррозе печени патогенез портальной гипертензии связан с:
 - А. диффузным развитием в печени фиброзной ткани
 - Б. фиброзом глиссоновой капсулы
 - В. окклюзией внутripеченочных желчных ходов
 - Г. внутripеченочной узловой регенерацией
 - Д. поражением внепеченочных желчных ходов
55. Повышение давления в воротной вене ведет к развитию коллатерального кровообращения в:
 - А. системе вен желудка
 - Б. венозном сплетении пищевода
 - В. прямокишечных зонах
 - Г. системе подкожных вен передней брюшной стенки
 - Д. во всех перечисленных системах
56. В клинической картине портальной гипертензии выделяют все перечисленное, за исключением:
 - А. спленомегалии
 - Б. варикозного расширения вен, развития подкожных коллатералей
 - В. асцита
 - Г. гепатомегалии
57. Срочное вмешательство на фоне желудочно-кишечного кровотечения при портальной гипертензии должно начинаться с:
 - А. наложения портокавального анастомоза
 - Б. прошивания варикозно расширенных вен пищевода и желудка
 - В. установки зонда Блекмора
 - Г. экстренной эзофагогастродуоденоскопии
 - Д. ни одного из перечисленных
58. Плановые операции при портальной гипертензии необходимо производить:
 - А. вне кровотечения
 - Б. при удовлетворительной функции печени
 - В. при стабильном течении цирроза
 - Г. при умеренно развитых коллатералях на передней брюшной стенке
 - Д. с учетом всего перечисленного
59. Лимфатическая система нижних конечностей представляет:
 - А. единую сеть лимфатических сосудов, которые впадают в паховые лимфоузлы
 - Б. поверхностную и глубокую лимфатические системы
 - В. поверхностную лимфатическую систему, которая разделяется на бассейны большой и малой подкожных вен и глубокую лимфатическую систему
 - Г. систему лимфатических сосудов, впадающих в подколенную вену и регионарные лимфоузлы, и систему лимфатических сосудов, впадающих в бедренную вену и регионарные лимфоузлы
60. Лимфедема возникает в результате:
 - А. повреждения стенки капилляров с развитием повышенной проницаемости
 - Б. нарушения гидростатического или осмотического давления
 - В. выхода гиперосмотической жидкости в ткани
 - Г. всего перечисленного
61. Возможны следующие типы лимфедемы:

- А. первичная
 - Б. вторичная
 - В. смешанная
 - Г. правильно А и Б
 - Д. все перечисленные
62. Среди первичных лимфедем выделяют:
- А. аплазию лимфатических сосудов
 - Б. гипоплазию лимфатических узлов
 - В. гиперплазию лимфатических узлов
 - Г. правильно все перечисленное
63. В диагностике лимфедемы ведущую роль играет:
- А. рентгенография пораженной конечности
 - Б. ангиография
 - В. флебография
 - Г. лимфангиография
 - Д. ультразвуковая доплерография
64. Консервативное лечение лимфедемы в легких случаях включает:
- А. тщательную гигиену конечности
 - Б. возвышенное положение конечности
 - В. периодическую компрессию конечности
 - Г. прием диуретиков
 - Д. все перечисленное
65. Дифференциальная диагностика лимфедемы проводится с:
- А. ожирением
 - Б. посттромбофлебитическим синдромом нижних конечностей
 - В. гемангиомой нижних конечностей
 - Г. артериовенозным свищем
 - Д. всем перечисленным

Перечень ситуационных задач

Оцениваемые компетенции: ПК-5, ПК-6, ПК-8

Задача №1

Больной 45 лет поступил в стационар в экстренном порядке с диагнозом: эмболия подколенной артерии справа. Давность заболевания приблизительно 2 дня. В анамнезе: страдает артериальной гипертензией 2 ст. (рабочее АД 160/110 мм.рт.ст.), мерцательной аритмией, постоянной формой. Обсудите Вашу тактику.

В ходе собеседования Вы должны обсудить:

1. Диагноз
2. Предоперационный осмотр, назначение и интерпретация дополнительных исследований. Определение операционного риска.
3. Классификацию заболеваний, патофизиологические нарушения при них.
4. Предоперационную подготовку, выбор хирургической тактики при данной патологии, объем оперативного вмешательства.
5. Возможные осложнения в ходе операции, их профилактика и способы устранения.
6. Назначение комплексной послеоперационной терапии.

Задача №2

У больной 34 лет, страдающей ревматическим митральным пороком сердца, мерцательной аритмией, за сутки до поступления в клинику внезапно появились резкие боли в правой руке, чувство онемения, похолодания в предплечье, кисти. Через

3 часа боли стихли, исчезло чувство онемения, похолодания в покое но при нагрузке на конечность они вновь появлялись. При осмотре кожные покровы правой верхней конечности обычной окраски, но при сжимании и разжимании пальцев кисти в течение 1 минуты отмечается ее побледнение, похолодание, появляются боли в пальцах. Активные движения в суставах в полном объеме, расстройства чувствительности нет. Пульсация плечевой артерии обрывается в средней трети плеча, на лучевой и локтевой артериях не определяется. Обсудите Вашу тактику.

В ходе собеседования Вы должны обсудить:

1. Какое заболевание развилось у больной?
2. Какова его причина?
3. Какое лечение показано больной по поводу этого заболевания?
4. Какое лечение следует рекомендовать больной для профилактики повторных подобных заболеваний?

Задача №3

Больной 45 лет поступил в стационар в экстренном порядке с диагнозом: эмболия подколенной артерии справа. Давность заболевания приблизительно 2 дня. В анамнезе: страдает артериальной гипертензией 2 ст. (рабочее АД 160/110 мм.рт.ст.), мерцательной аритмией, постоянной формой. Обсудите Вашу тактику.

В ходе собеседования Вы должны обсудить:

1. Диагноз
2. Предоперационный осмотр, назначение и интерпретация дополнительных исследований. Определение операционного риска.
3. Классификацию заболеваний, патофизиологические нарушения при них.
4. Предоперационную подготовку, выбор хирургической тактики при данной патологии, объем оперативного вмешательства.
5. Возможные осложнения в ходе операции, их профилактика и способы устранения.
6. Назначение комплексной послеоперационной терапии.

Задача №4

Больного 62 лет в течение 10 лет беспокоит боль в левой ноге, в летнее время может пройти без остановки 50 м. Общее состояние больного удовлетворительное. Кожные покровы левой стопы и голени бледные, прохладные на ощупь, активные движения в полном объеме. Пульсация бедренной артерии под паховой складкой отчетливая, на подколенной и артериях стопы не определяется. При ангиографии получено изображение бедренной артерии до уровня средней трети бедра. Контуры ее неровные, извитые. Подколенная артерия заполняется через хорошо выраженные коллатерали. Обсудите Вашу тактику.

В ходе собеседования Вы должны обсудить:

1. Диагноз
2. Предоперационный осмотр, назначение и интерпретация дополнительных исследований. Определение операционного риска.
3. Классификацию заболеваний, патофизиологические нарушения при них.

4. Предоперационную подготовку, выбор хирургической тактики при данной патологии, объем оперативного вмешательства.
5. Возможные осложнения в ходе операции, их профилактика и способы устранения.
6. Назначение комплексной послеоперационной терапии.

Задача №5

Больной 42 лет последние 6 лет отмечает боли в обеих нижних конечностях при ходьбе. В последнее время боли в мышцах голени и бедра стали появляться при прохождении каждые 150—200 м, отметил снижение половой потенции. Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы обеих нижних конечностей бледные, прохладные на ощупь, активные движения в полном объеме. Пульсация артерий не определяется на всем протяжении обеих нижних конечностей. При ангиографии получено изображение брюшной аорты. Контуры ее ровные, подвздошные артерии не контрастируются с обеих сторон. Бедренные артерии заполняются через хорошо выраженные коллатерали. Обсудите Вашу тактику.

В ходе собеседования Вы должны обсудить:

1. Диагноз
2. Предоперационный осмотр, назначение и интерпретация дополнительных исследований. Определение операционного риска.
3. Классификацию заболеваний, патофизиологические нарушения при них.
4. Предоперационную подготовку, выбор хирургической тактики при данной патологии, объем оперативного вмешательства.
5. Возможные осложнения в ходе операции, их профилактика и способы устранения.
6. Назначение комплексной послеоперационной терапии.

Задача №6

Больной 40 лет, поступил в клинику с жалобами на сильные боли и выраженный отек правой нижней конечности.

Заболел 3 дня назад, когда появились распирающие боли в правой нижней конечности, развился отек всей конечности, повысилась температура тела до 38,0°C. В течение последних суток состояние больного ухудшилось: температура 38,9°C, боли в конечности усилились, появилась общая слабость.

Объективно: пульс 105 в мин. удовлетворительных качеств. А/Д 110/70 мм рт. ст. Правая нижняя конечность резко отечна, прохладная на ощупь, в дистальных отделах кожа напряжена. Цианоз кожных покровов распространяется на правую ягодичную область. Пульсация подколенной и задней берцовой артерии справа не определяется. На коже стопы кожная чувствительность снижена. Отмечается боль в правой голени при тыльном сгибании стопы. При пальпации - распространение боли по внутренней поверхности правого бедра и голени.

В ходе собеседования Вы должны обсудить:

1. Диагноз.
2. Предоперационный осмотр, назначение и интерпретация дополнительных исследований. Определение операционного риска.
3. Классификацию заболеваний, патофизиологические нарушения при них.
4. Предоперационную подготовку, выбор хирургической тактики при

данной патологии, объем оперативного вмешательства.

5. Возможные осложнения в ходе операции, их профилактика и способы устранения.

6. Назначение комплексной послеоперационной терапии.

Задача №7

Больная 43 лет, поступила в клинику с жалобами на чувство тяжести, боли, усталость в ногах при ходьбе, отек голеней к концу рабочего дня, варикозное расширение вен.

Больна с 23 лет, когда во время беременности заметила появление расширенных вен на правой голени. Заболевание постепенно прогрессировало, появилось расширение вен левой голени, отечность голеней и стоп, появляющаяся к концу дня, и исчезающая после пребывания в горизонтальном положении в течение 8 часов.

Объективно: в вертикальном положении больной на внутренней поверхности голеней и бедер видны варикозно расширенные вены в виде узлов различной величины, кожа над ними не изменена, пальпация безболезненна. Проба Броди-Троянова-Тренделенбурга – быстрое заполнение вены сверху в низ при снятии жгута справа и слева. Проба Дельбе-Пертеса сомнительная с обеих сторон.

Флебодиагностика дистальная – выраженный варикоз подкожных вен, главным образом, средней верхней трети правой голени, контуры глубоких вен четкие, коммуникантные вены расширены.

В ходе собеседования Вы должны обсудить:

1. Диагноз.

2. Предоперационный осмотр, назначение и интерпретация дополнительных исследований. Определение операционного риска.

3. Классификацию заболеваний, патофизиологические нарушения при них.

4. Предоперационную подготовку, выбор хирургической тактики при данной патологии, объем оперативного вмешательства.

5. Возможные осложнения в ходе операции, их профилактика и способы устранения.

6. Назначение комплексной послеоперационной терапии.

Задача №8

Больной 52 лет, поступил в клинику с жалобами на боль и уплотнение верхней трети правого бедра. Из анамнеза известно, что заболел 3 дня назад, когда появились боль и уплотнение верхней трети правого бедра по ходу поверхностной вены. Длительное время страдает варикозной болезнью.

Объективно: отека и цианоза правой нижней конечности нет. На внутренней поверхности правого бедра в верхней трети по ходу расширенной подкожной вены пальпируется плотный, болезненный тяж, над которым определяется гиперемия кожи. Пульсация артерий на всем протяжении конечностей сохранен

В ходе собеседования Вы должны обсудить:

1. Диагноз.

2. Предоперационный осмотр, назначение и интерпретация дополнительных исследований. Определение операционного риска.

3. Классификацию заболеваний, патофизиологические нарушения при них.
4. Предоперационную подготовку, выбор хирургической тактики при данной патологии, объем оперативного вмешательства.
5. Возможные осложнения в ходе операции, их профилактика и способы устранения.
6. Назначение комплексной послеоперационной терапии.

Задача №9

Больная 42 лет, поступила в клинику с жалобами на боль и уплотнение по ходу поверхностных вен левой голени.

Из анамнеза удалось выяснить, что больная в течение 15 лет страдает варикозной болезнью нижних конечностей. 5 дней назад появилось болезненное уплотнение в области поверхностных вен левой голени.

Объективно: на внутренней поверхности левой голени в средней трети по ходу варикозно расширенных вен пальпируется плотный болезненный тяж размерами 4x1,5см, кожа над ним гиперемирована. Пульсация артерий на всем протяжении конечностей сохранена.

В ходе собеседования Вы должны обсудить:

7. Диагноз.
8. Предоперационный осмотр, назначение и интерпретация дополнительных исследований. Определение операционного риска.
9. Классификацию заболеваний, патофизиологические нарушения при них.
10. Предоперационную подготовку, выбор хирургической тактики при данной патологии, объем оперативного вмешательства.
11. Возможные осложнения в ходе операции, их профилактика и способы устранения.
12. Назначение комплексной послеоперационной терапии.

Задача №10

Больная 59 лет, поступила в клинику с жалобами на наличие трофической язвы на внутренней поверхности правой голени, чувство тяжести и появление отека к концу дня в области правой голени.

Варикозным расширением поверхностных вен правой нижней конечности страдает 11 лет. 2 года назад на внутренней поверхности правой голени в нижней ее трети появилась язва, которая не закрывается до настоящего времени. К концу рабочего дня появляется чувство тяжести, отек правой стопы и голени.

Объективно: пульс 72 в мин. удовлетворительных качеств. АД 150/80 мм рт. ст. На внутренней поверхности правого бедра и голени имеются варикозно расширенные вены, на голени варикозные узлы спаяны с кожей. В области внутренней лодыжки имеется трофическая язва размерами 8x8 см, чистая, по краям видны вялые грануляции. Проба Прата выявлена несостоятельность коммуникантных вен в нижней трети правой голени. Проба Броди-Троянова-Тренделенбурга – несостоятельность остиальных клапанов. Проба Дельбе-Пертеса – быстрое опорожнение вен правой голени при ходьбе.

В ходе собеседования Вы должны обсудить:

1. Диагноз.
2. Предоперационный осмотр, назначение и интерпретация дополнительных исследований. Определение операционного риска.
3. Классификацию заболеваний, патофизиологические нарушения при них.
4. Предоперационную подготовку, выбор хирургической тактики при данной патологии, объем оперативного вмешательства.
5. Возможные осложнения в ходе операции, их профилактика и способы устранения.
6. Назначение комплексной послеоперационной терапии

3.3. Теоретические вопросы

Формируемые компетенции—ПК-5, ПК-6, ПК-8

31. Атеросклероз. Этиология и патогенез, факторы риска.
32. Хронические нарушения висцерального кровообращения. Классификация, клиника.
33. Хронические нарушения висцерального кровообращения. Диагностика, оперативное лечение.
34. Окклюзирующие заболевания брюшной аорты. Клиника, диагностика. . Диагностика, хирургическое лечение.
35. Аневризмы грудной аорты. Классификация, клиника.
36. Аневризмы грудной аорты. Диагностика, прогноз и хирургическое лечение.
37. Расслаивающие аневризмы грудной аорты. Классификация, клиническая картина. Диагностика, хирургическое лечение.
38. Аневризмы брюшной аорты. Клиника, диагностика, осложнения.
39. Аневризмы брюшной аорты. Показания и противопоказания к хирургическому лечению.
40. ДВС синдром. Классификация, клиника.
41. ДВС синдром. Диагностика, лечебная тактика.
42. Первичная профилактика тромбоэмболии легочной артерии.
43. Вторичная профилактика тромбоэмболии легочной артерии.
44. Тромбоэмболия легочной артерии, классификация, клиника.
45. Тромбоэмболия легочной артерии, диагностика, лечение.
46. Тромбоз глубоких вен нижних конечностей. Факторы риска.
47. Тромбоз глубоких вен нижних конечностей. Диагностика, лечение.
48. Профилактика тромбоза глубоких вен у хирургических больных
49. Профилактика тромбоза глубоких вен у беременных.
50. Хроническая венозная недостаточность нижних конечностей. Этиология, патогенез.
51. Хроническая венозная недостаточность нижних конечностей. Диагностика.
52. Хроническая венозная недостаточность нижних конечностей. Хирургические методы лечения.
53. Хроническая венозная недостаточность нижних конечностей. Консервативные методы лечения.
54. Антикоагулянты прямого действия. Основные эффекты, фармакодинамика.
55. Антикоагулянты непрямого действия. Механизм действия, побочные эффекты.
56. Антиагреганты. Классификация, основные и побочные эффекты.

