

Пед - 21

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
"СЕВЕРО-ОСЕТИНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ
АКАДЕМИЯ"
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**КАФЕДРА АНАТОМИИ ЧЕЛОВЕКА С ТОПОГРАФИЧЕСКОЙ АНАТОМИЕЙ И
ОПЕРАТИВНОЙ ХИРУРГИЕЙ**

**УЧЕБНЫЕ СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ
ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

**«Топографическая анатомия и оперативная хирургия»,
основной профессиональной образовательной программы высшего
образования – программы специалитета по специальности
31.05.02 «Педиатрия» (специалитет)**

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Общая хирургическая техника. Хирургический инструментарий. Соединение и разъединение тканей.

1. При выполнении операции хирург использует аподактильный метод техники хирургического вмешательства. Объясните сущность этого метода. Какие преимущества и недостатки имеет аподактильный метод?

2. В основу операций при злокачественных опухолях положен абластический принцип. Объясните сущность этого принципа. Какие способы разъединения тканей в большой гит ми удовлетворяют требованиям абластичности операции?

3. Хирург выполняет операцию под местным обезболиванием методом «тугого ползучего инфильтрата». Почему при завершении операции возникает необходимость контроля качества гемостаза?

4. При выполнении хирургического вмешательства следует руководствоваться общими правилами пользования хирургическими инструментами. Назовите их.

5. Хирург скальпелем рассекает кожу с подкожной основой. Почему он использует только скальпель, и только брюшистый? Почему кожу с подкожной основой рассекают одним движением по направлению линий натяжения кожи (Лангера)?

6. После рассечения кожи с подкожной основой хирург и ассистент приступили к гемостазу. Объясните, как по отношению к кровоточащему сосуду накладывают кровоостанавливающий зажим? Какова последовательность перевязки кровоточащего сосуда?

7. Хирург и ассистент приступили к рассечению собственной фасции (апоневроза). Какова последовательность рассечения этого слоя?

8. Для выполнения хирургических швов применяют режущие (трехгранные) и колющие (круглые) иглы. Объясните различие в формировании лигатурного канала этими хирургическими иглами. Укажите назначение двугранной посадочной площадки у режущей иглы.

9. Хирург ушивает операционную рану. Какие принципы должны быть положены в основу этого этапа операции?

10. При выполнении кожных узловых швов следует соблюдать правила, обеспечивающие лучшее заживление и косметический результат. Назовите эти правила.

11. Хирург ушивает рану кожи узловыми швами. В какой последовательности их выполняют, почему? Где располагают узлы, для чего?

12. На 7-е сутки после операции хирург снимает узловые кожные швы. Какова последовательность действий хирурга? Какие осложнения могут возникнуть при несоблюдении техники снятия кожного шва?

Топографическая анатомия надплечья: лопаточной, дельтовидной, подключичной и подмышечной областей; плечевого сустава; плеча.

1. В травматологический пункт обратился М., 17 лет: на катке он упал на отведенную руку. Диагноз: «ПЕРЕЛОМ КЛЮЧИЦЫ». Объясните, почему при обследовании больного является нежелательным определение патологической подвижности и крепитации?

2. У пострадавшей М., 15 лет, косой неролом ключицы, линия которого приходит через середину кости. Какие компоненты сосудисто-нервного пучка могут быть повреждены при смещении латерального отломка ключицы?

3. Больному М., 48 лет, планируется операция на подмышечной артерии. Опишите три метода определения проекционной линии подмышечной артерии.

4. Хирург выполняет один из этапов операции при раке молочной железы - иссекает клетчатку и лимфатические узлы подмышечной области. Укажите группы глубоких лимфатических узлов этой области и их локализацию.

5. Хирург выполняет оперативный доступ к подмышечной артерии в грудном треугольнике. Укажите, какие компоненты сосудисто-нервного пучка, прилежащие к подмышечной артерии, должны быть смещены в медиальную и латеральную стороны?

6. Больному Ш., 21 год, при первичной хирургической обработке огнестрельной раны подмышечной области была перевязана подмышечная артерия в грудном треугольнике (выше подлопаточной артерии). Объясните возможные пути восстановления кровоснабжения верхней конечности.

7. В отделение гнойной хирургии поступил больной С., 62 лет. Диагноз: «Флегмона подмышечной области». Укажите области, в которые возможно распространение гнойных затеков.

8. У больной М., 71 года, перелом хирургической шейки плечевой кости, осложнившийся поддельтовидной гематомой. Укажите источники происхождения гематомы.

9. Хирург делает контраппертуру со стороны заднего отдела плечевого сустава. Объясните, как определяется «запретная зона» - проекция выхода подмышечного нерва на заднюю поверхность плечевой кости.

10. При операции под эндотрахеальным наркозом правое плечо больного продолжительное время опиралось на край операционного стола. В послеоперационном периоде у него отмечено ограничение разгибания большого и указательного пальцев кисти. Объясните причину этого осложнения.

11. У пострадавшего Ж., 41 года, перелом диафиза плечевой кости на уровне средней трети. Объясните, на какое осложнение будет указывать отсутствие кожной чувствительности и двигательной функции в зоне иннервации лучевого нерва?

12. Хирург выполняет непроекционный доступ к плечевой артерии в средней трети плеча. Объясните, какой нерв следует сместить в сторону при подходе к артерии на этом уровне.

13. Больной, 19 лет, поступил в травматологическое отделение с жалобами на боли, отек в области средней трети плеча, ограничение движений. Местно: отмечается гематома на плече, отечность мягких тканей, резкая болезненность при пальпации. Какие исследования необходимы для уточнения диагноза? Какие сосуды и нервы могли быть повреждены при локализации перелома на этом уровне? Назовите мышцы и укажите направление смещения отломков, возникающую в результате их тяги.

14. В травматологию поступил больной 15 лет, с жалобами на боли в области правого плечевого сустава, отек и ограничение движений. При осмотре: конечность приведена и согнута в локтевом суставе. В дельтовидной области ссадина и обширная гематома. Какие исследования необходимы для уточнения диагноза? В каких направлениях смещаются отломки? Какие образования могли быть повреждены при смещении отломков?

Топографическая анатомия локтевой области, локтевого сустава, предплечья, кисти, лучезапястного сустава, запястья, пясти и пальцев кисти.

1. Больному К., 72 лет, с целью внутривенной инфузии предполагается венепункция в передней локтевой области. Объясните, какая вена чаще является объектом для чрескожной пункции? Почему? Какой прием следует применить для контурирования вен передней локтевой области?

2. В хирургическое отделение поступил пациент с глубокой резаной раной переднелатерального отдела локтевой ямки. Рана, длиной 2 см, расположена на уровне локтевого сгиба, латерально от сухожилия двуглавой мышцы плеча. Укажите, какие мышцы могли быть повреждены? Функцию какого нерва следует проверить для постановки диагноза?

3. У больного К., 49 лет, выявлено гнойное воспаление локтевого сустава. При обследовании, наряду с другими симптомами, обнаружены выпячивания по бокам локтевого отростка. Дайте топографо-анатомическое обоснование этого симптома.

4. В травматологическое отделение поступил М., 26 лет, у которого имеется скальпированная рана передней области предплечья. Какими особенностями взаимоотношений поверхностной и собственной фасций этой области объясняется легкое отслоение на значительном протяжении кожного лоскута?

5. У больного М., 48 лет, развился гнойный затек в пространство Н. И. Пирогова-Пароны. Укажите стенки этого пространства, какие внешние ориентиры являются ориентирами при дренировании флегмоны этого пространства.

6. В хирургическое отделение поступил У., 22 лет по поводу поперечной резаной раны на уровне проксимальной поперечной складки ладони, проникающей до глубокого листка ладонного апоневроза. Объясните, какие слои, и анатомические образования могут быть рассечены? Чем определяется сократимость проксимальных и дистальных концов этих образований?

7. У больной Ж., 15, лет флегмона латерального фасциального ложи ладони, занимающая его медиальный отдел. Укажите, чем ограничена эта клетчаточная щель? В какой отдел кожной складки возвышения большого пальца нельзя продолжать разрез? Объясните, почему?

8. Больной К., 26 лет, как осложнение развилась «У» - образная (перекрестная) флегмона. Объясните, воспаление, каких синовиальных влагалищ сухожилий сгибателей пальцев осложняется развитием «У» - образной флегмоны? Как часто "может наблюдаться это осложнение?

9. У больной М., 56 лет, подкожный панариций ладонной поверхности ногтевой фаланги указательного пальца. Возникли мучительные пульсирующие боли. При вскрытии панариция обнаружен сухой некроз подкожной клетчатки. Какими особенностями строения подкожной клетчатки объясняется выраженный болевой синдром и возможность ее омертвения?

10. Клинические наблюдения показывают, что панариции большого, указательного и среднего пальцев кисти имеют более тяжелое течение, могут осложняться возникновением субпекторальной флегмоны. Укажите особенности путей оттока лимфы от этих пальцев, объясняющие более тяжелое течение острого гнойного воспаления.

11. В хирургический стационар поступил подросток 16 лет с раной правой кисти. На ладонной поверхности правой кисти на уровне средней трети III, IV пястных костей имеется рана с ровными краями, умеренно кровоточит. Движения в III, IV пальце

ограничены. Какие образования здесь могут быть повреждены? Какова должна быть тактика хирурга?

12. В хирургическое отделение поступил больной Ф., 15 лет, с резаной раной области левого лучезапястного сустава. При осмотре: на передней поверхности предплечья на 1 см выше проекции шиловидного отростка лучевой кости отмечается рана размерами 1.0*0.6 см. Движения в I пальце левой кисти ограничены. Назовите слои данной области, которые могли быть повреждены? Тактика дежурного врача?

Топографическая анатомия ягодичной области, тазобедренного сустава, бедра.

1. У больной К., 70 лет, развился постинъекционный абсцесс в толще правой большой ягодичной мышцы. Объясните причину значительного напряжения тканей и выраженного болевого синдрома. Какой характер распространенности имеет гнойный воспалительный процесс?

2. У тучной больной Т., 68 лет, выполняют оперативный доступ к седалищному нерву в задней области бедра. Можно ли использовать в качестве внешнего ориентира при разрезе кожу: ягодичную складку? Почему? Как образуются эта складка?

3. Объясните, в какой квадрант ягодичной области производят внутримышечные инъекции? Почему? Опишите методики определения квадранта области, в которых осуществляют инъекции?

4. В хирургическое отделение поступила больная Ж., 48 лет, по поводу глубокой резаной раны ягодичной области сопровождающейся сильным кровотечением. Какие особенности кровоснабжения этой области обуславливают трудности гемостаза в ране? Какую операцию следует осуществить при неудавшейся попытке остановить кровотечение в ране?

5. Одним из симптомов, указывающих на травму тазобедренного сустава и перелом бедра является смещение верхушки большого вертела с линии Розера-Нелатона. Как определяется эта линия? При каких видах травм тазобедренного сустава она имеет практическое значение?

6. У больного Т., 18 лет, коксит. В каких отделах капсулы тазобедренного сустава имеются «слабые» места?

7. Больному К., 42 лет, планируется пункция и катетеризация бедренной артерии по способу Сельдингера для проведения целиакографии. Опишите проекцию бедренной артерии по отношению к паховой связке. С какой стороны от артерии располагается бедренная вена?

8. На прием к хирургу обратилась пациентка Ц., 48 лет. Диагноз: «Правосторонняя бедренная грыжа». Из анамнеза выявлены патогенетические факторы грыжи: повышенное внутрибрюшное давление, дегенеративные изменения слоев брюшной стенки и таза (кашель вследствие бронхоэктатической болезни, трое родов). Назовите анатомические предпосылки возникновения бедренной грыжи. Назовите стенки бедренного канала?

9. Больному Ш., 54 лет, планируется реконструктивная операция на бедренной вене. Объясните анатомические взаимоотношения бедренных сосудов в бедренном треугольнике и средней трети бедра для обоснования оперативного доступа к бедренной вене.

10. Больному Ц., 56 лет, страдающему гипертонической болезнью, осуществляют внутримышечные инъекции раствора сернокислой магнезии в верхнелатеральный

квадрант ягодичной области. Как осложнение возник постинъекционный абсцесс ягодичной области. Укажите пути распространения гноя?

11. У больного Щ., 31 лет, спондилит туберкулезной этиологии (туберкулез поясничного позвонка) осложнился натечником, распространившимся до малого вертела бедренной кости. Укажите, через какую лауну и фасциальный футляр какой мышцы туберкулезный натечник мог распространиться в переднюю область бедра.

12. У больного с переломом бедренной кости на уровне средней трети нарастает гематома в заднем мышечно-фасциальном ложе. Объясните, какие кровеносные сосуды были повреждены, какими внутренними ориентирами должен воспользоваться хирург для доступа к этим кровеносным сосудам с целью окончательной остановки кровотечения.

Топографическая анатомия области колена, коленного сустава, голени, голеностопного сустава, стопы.

1. В травматологическое отделение поступил К., 23 лет, с огнестрельной раной передней области правого бедра, находящейся на 5 см кверху от надколенника. Хирург предположил, а после дополнительного обследования (рентгенологическое исследование, пункция сустава) установил, что эта рана проникает в полость коленного сустава. Объясните, что явилось основой для такого диагноза?

2. У больного гнойный гонит. Вскрытие и дренирование переднего отдела полости сустава осуществлено парапателлярными разрезами. С целью дренирования заднего отдела полости сустава делают контрапертуру по медиальному краю подколенной ямки. Для этого через медиальный парапателлярный разрез проводят корнцанг в заднем направлении. Концом его вблизи сухожилия полусухожильной мышцы образуют выпячивание мягких тканей и над ним делают разрез. Объясните, почему по латеральному краю подколенной ямки артротомию делать не рекомендуется.

3. У больного З., 57 лет, развилась окклюзия подколенной артерии выше отхождения от нее верхних артерий колена. Укажите, какие коллатерали могут способствовать восстановлению кровоснабжения голени?

4. Н., 17 лет, ударилась об угол стула латеральной частью голени на уровне основания головки малоберцовой кости; почувствовала столь резкую боль, что на мгновение потеряла сознание и не смогла дальше сделать ни шагу. Объясните, ушиб какого нерва наблюдается у пациентки.

5. Больному планируется бедренно-заднеберцовое шунтирование. В каком канале задней области голени располагается задняя большеберцовая артерия? Назовите мышцы, составляющие стенки этого канала. Какова синтопия элементов сосудисто-нервного пучка и проекция задней большеберцовой артерии?

6. Клинические наблюдения показывают, что переломы костей голени нередко бывают открытыми. Какими особенностями взаимоотношений мягких тканей и костей голени можно объяснить причину открытых переломов?

7. При флегмоне среднего фасциального ложа подошвы у больного образовался затек гноя в глубокое пространство задней области голени. Объясните путь распространения затека.

8. Ц., 19 лет, 4 дня назад правой ногой наступил на гвоздь. Развилась флегмона среднего фасциального ложа подошвы. Объясните возможные пути распространения гнойных затеков.

9. В травмпункт обратился больной по поводу резаной кожной раны подошвы: на берегу реки левой ногой он наступил на осколок бутылочного стекла. Кожная рана зияет, кровоточит, отмечается выбухание подкожной клетчатки. Какой оперативный прием показан перед ушиванием кожной раны в данной ситуации? Почему возникает необходимость этого оперативного приема?

Операции на сосудах, нервах и сухожилиях верхней и нижней конечности.

1. Больному Ч., 53 лет, показана целиакография. Объясните, что представляет собой этот метод исследования? Каким образом производят целиакографию?

2. Хирург выполняет прямую эмболэктомию верхней брыжеечной артерии. Объясните, каким образом подходят к эмболу? Какими способами производят эмболэктомию?

3. В хирургическое отделение поступил больной 16 лет с огнестрельным ранением области правого локтевого сустава. При осмотре: с медиальной стороны отмечается входное отверстие диаметром 0,2 см, а на задней поверхности локтевого сустава отмечается выходное отверстие диаметром 0,5 см, раны умеренно кровоточат. На рентгенограмме отмечается повреждение медиального надмыщелка плечевой кости. Больной не чувствует IV, V пальцы правой кисти. Какие слои могли быть повреждены? Функция какого нерва страдает? Какова тактика дежурного врача?

4. У больной Я., 17 лет, тромбоз эмболия подколенной артерии (осложнение порока митрального клапана ревматической этиологии). Хирург производит непрямую эмболэктомию. Укажите, в чем состоит сущность этого метода, каким образом можно удалить тромб? Какой инструмент используют при этой операции?

5. У больного М., 45 лет, вследствие огнестрельного ранения имеется значительное разрушение стенки артерии. Какие способы перевязки этого сосуда могут быть использованы для окончательной остановки кровотечения?

6. В хирургическое отделение поступил больной Н., 20 лет с раной голеностопного сустава. При осмотре отмечается рана на задней поверхности голеностопного сустава размерами 2,0*0,4 см. Движения в стопе ограничены и болезненные. Какие слои повреждены? Какова должна быть тактика дежурного хирурга?

7. У больного З., 26 лет, огнестрельная рана подмышечной области. Для обеспечения гемостаза хирург решил перевязать подмышечную артерию. Укажите последовательность перевязки концов этой артерии: сколько лигатур накладывают на центральный и периферический концы артерии? Как обеспечивается контроль надежности гемостаза?

8. В хирургический стационар поступил больной 15 лет с раной в области проекции головки малоберцовой кости. Рана размерами 1,5*0,6 см с ровными краями, умеренно кровоточит, стопа отвисает («конская стопа»). Назовите образования, которые могли быть повреждены? Какова последовательность действий дежурного хирурга?

9. Хирург перевязывает центральный конец магистральной артерии в глубокой малодоступной ране. Объясните технический прием, которым будут пользоваться хирург и ассистент, чтобы обеспечить фиксацию лигатуры до завязывания второго узла.

10. В травматологическое отделение поступил больной с ДТП. При осмотре больной в сознании, отмечается отек средней трети левого бедра, болезненность, деформация этой области. Вы дежурный врач, какова ваша тактика?

11. В травматологию поступил больной 17 лет, с жалобами на боли в области отека,

гематома, предплечье деформировано, движения резко ограничены и болезненны. Пальпаторно определяется крепитация, головка лучевой кости прощупывается свободно. Какие исследования необходимо произвести для уточнения диагноза? Каков предварительный диагноз? Какие нервы могут быть повреждены при переломах такой локализации?

12. Хирург выполняет циркулярный сосудистый шов по способу Карреля. Объясните, с какой целью предварительно иссекают наружную оболочку (адвентицию), освобождая от нее 2-3 мм концов артерии?

13. Больной 13 лет, обратился в хирургическое отделение с жалобами на рану, боль в правой стопе. Травму получил 3 дня назад, порезался стеклом. При осмотре подошвенной поверхности правой стопы отмечается рана размерами 2.5*0.8см, гиперемия кожи вокруг раны, болезненность при пальпации. Боли иррадиируют на заднюю поверхность голени и тыл стопы, рана прикрыта струпом, из-под которого просачивается гной, на тыльной поверхности стопы покраснение и припухлость, онемение в области I-го межпальцевого промежутка. В каких клетчаточных пространствах подошвы могут развиваться флегмоны? Пути распространения гноя при флегмонах подошвы? Какая ветвь, какого нерва иннервирует I-ый межпальцевой промежуток? Какие должны быть разрезы для вскрытия флегмон подошвы?

14. При выполнении циркулярного сосудистого шва по способу Карреля хирург соединяет концы артерии тремя «П» - образными швами-держалками. С какой целью используются швы-держалки?

15. Во флебологии, наряду с операциями на поверхностных и глубоких венах нижней конечности, применяют перевязку коммуникантных вен (надфасциальную - по Коккету и подфасциальную - по Линтону). Объясните цель этих операций.

16. Больной А., 35 лет, поступил в отделение хирургии периферических нервов с нарушением функции лучевого нерва вследствие ущемления в рубце. 4,5 месяца назад он находился на лечении по поводу огнестрельной раны средней трети плеча. Укажите, в каком направлении при внешнем невролизе хирург будет выделять нерв из рубца, каким методом определяют проводимость нерва?

17. При выполнении узлового шва нерва хирург встретился с осложнением - прорезыванием шва. Какой шов является более прочным при сближении концов нерва? Какие недостатки имеет этот шов?

18. У больного Ч., 40 лет, после невролиза и иссечения концов седалищного нерва возник большой дефект нерва. Какие приемы используют в хирургии периферических нервов для соединения концов?

Операции при гнойно-воспалительных заболеваниях верхней и нижней конечности.

1. Объясните возможные осложнения подкожного панариция ногтевой фаланги, если во время операции не полностью рассечены соединительнотканые тяжи между кожей и надкостницей и не проведено радикального иссечения некротизированных участков подкожной клетчатки.

2. Во время операции при кожном панариции ногтевой фаланги большого пальца после удаления отслоившегося эпидермиса обнаружен свищ в подкожной клетчатке. При надавливании в зоне свища появился гной. Какова тактика хирурга в этой ситуации?

3. У больного подапоневротическая флегмона среднего фасциального ложа ладони, резко выражен отек тыла кисти. Каким строением подкожной клетчатки тыла кисти и путей оттока лимфы от ладони объясняется этот симптом?

4. У больного подкожный панариций ладонной поверхности средней фаланги среднего пальца. Что является ориентиром при нанесении разреза? Объясните, где производят разрез?

5. У больного подкожный панариций. Очаг деструкции на ладонной поверхности ногтевой фаланги безымянного пальца. Какой разрез будет использовать хирург?

6. На поликлинический прием к хирургу обратилась пациентка К., 26 лет. После маникюра у нее развилось воспаление околоногтевого валика (паронихия) у одного угла проксимальной части ногтевой пластинки. Какой разрез используют в данной ситуации, где его проводят?

7. На поликлиническом приеме у хирурга больная Ш., 44 лет, у которой паронихия с поражением околоногтевого валика у основания ногтевой пластинки. Объясните технику операции.

8. У больного Ц., 28 лет, в результате посттравматической подногтевой гематомы возник подногтевой панариций с центральным расположением гнойника. Объясните объем оперативного вмешательства.

9. У пациентки В., 25 лет, подногтевой панариций с локализацией гнойного очага ближе к свободному краю ногтя. Объясните объем оперативного вмешательства.

10. У пациентки Т., 30 лет, подногтевой панариций. Большая часть ногтевой пластинки отслоена гноем от своего ложа. Укажите объем оперативного вмешательства.

11. Хирург исследует зондом зону наибольшей болезненности при сухожильном панариции указательного пальца. Каким внешним ориентирам соответствуют дистальная и проксимальная границы зоны наибольшей болезненности?

12. При артротомии существует опасность повреждения суставного хряща. Какой технический прием позволит избежать повреждения суставного хряща при рассечении синовиальной оболочки?

13. Хирург производит контрапертуру со стороны задне-латерального отдела коленного сустава. Укажите, какой нерв может быть поврежден при нанесении контрапертуры, как исключить это осложнение?

Операции на длинных трубчатых костях и суставах верхней и нижней конечности. Ампутации и экзартикуляции.

1. Анатомо-физиологические особенности длинной трубчатой кости, большие сроки заживления костной раны и возможность смещения костных отломков (вследствие мышечной тяги) определяют особенности хирургических вмешательств на этом органе. Назовите их.

2. При хирургическом лечении переломов длинных трубчатых костей необходимо обеспечить условия для регенерации костной ткани. Назовите эти условия.

3. При лечении закрытых переломов длинных трубчатых костей применяют скелетное вытяжение, обеспечивающее хорошую репозицию и фиксацию костных отломков. В каких случаях показано скелетное вытяжение? Какими способами его осуществляют?

4. В хирургической практике применяется поднадкостничная и чреснадкостничная резекция кости. Объясните основные различия этих операций.

5. Больному К., 15 лет, по поводу анкилоза тазобедренного сустава выполняют подвертельную остеотомию бедра по К. Н. Кочеву. Какой прием применяют для устойчивого сопоставления костных отломков?

6. Больному Ж., 18 лет, по поводу анкилоза тазобедренного сустава осуществляют подвертельную остеотомию бедра по А. А. Козловскому. Какой прием применяют для устойчивого сопоставления костных отломков?

7. У больного А., 22 лет, по окончании лечения перелома голени наблюдается укорочение ноги на 7 см. Каким способом можно достичь удлинения конечности?

8. Больному В., 18 лет, при анкилозе коленного сустава выполнена надмышцелковая остеотомия бедра по Репке. Какое преимущество имеет этот вид остеотомии?

9. Для осуществления открытого ретроградного интрамедуллярного остеосинтеза при переломе травматолог планирует оперативный доступ к кости. Какими критериями он должен воспользоваться при выборе оперативного доступа?

10. В травматологическое отделение поступил Б., 15 лет, по поводу травматического размозжения правой стопы. Мягкие ткани пяточной области без повреждения. Рентгенография стопы подтвердила целостность пяточной кости. Какая ампутация показана этому пациенту? В чем состоит ее сущность? Какие преимущества она имеет?

11. Пострадавшему Н., 37 лет, выполняют фасциопластическую ампутацию голени на уровне средней трети. Какой лоскут мягких тканей должен быть длиннее? Какие мягкие ткани входят в состав переднего и заднего лоскута? В какой последовательности укрывают опилены больше- и малоберцовой костей этими лоскутами?

12. Назовите причины образования «конической» культи. В чем состоит сущность реампутации?

13. Н. 27 лет, по поводу огнестрельной раны коленного сустава произведена ампутация бедра на границе средней и нижней трети двухлоскутным кожно-фасциальным способом. Назовите этапы протезирования.

14. Больной, К., 45 лет, обратился с жалобами на пульсацию культи, затрудняющую ношение протеза. Объясните причину развития данного осложнения. Какой технический прием дает возможность предотвратить его развитие?

15. В результате ДТП у 4-х летнего ребенка возникла необходимость в ампутации нижней конечности на границе верхней и средней трети голени. Укажите особенности ампутации большеберцовой и малоберцовой костей, особенности обработки надкостницы у детей.

16. Больная Ф., 40 лет, обратилась после ампутации нижней конечности на уровне нижней трети бедра по поводу газовой гангрены в ортопедический центр для подбора протеза через 1 месяц после операции. Какой вид протеза ей показано подобрать? Возможно ли ей в этом сроке подобрать постоянный протез?

Топографическая анатомия и оперативная хирургия мозгового отдела головы.

1. Нейрохирург готовит операционное поле для хирургической обработки раны мягких тканей теменной области. Вначале он обрабатывает операционное поле тампоном с нашатырным спиртом (эфиром или бензином). Объясните необходимость этого этапа.

2. В хирургическое отделение поступил З., 12 лет, со скальпированной раной лобно-теменно-затылочной области. Кожно-апоневротический лоскут фиксирован «ножкой» шириной 5,5 см, находящейся кзади от сосцевидного отростка. Края лоскута

кровоотчат. Какой сосудисто-нервный пучок входит в состав лоскута? Какими особенностями кровоснабжения лобно-теменно-затылочной области можно объяснить значительную кровопотерю и высокие регенераторные способности тканей?

3. В приемный покой многопрофильной больницы поступили трое пострадавших, на которых обрушилась конструкция козырька на автобусной остановке. В результате тупой травмы мягких тканей свода черепа у пострадавших образовались гематомы: 1) У пострадавшего А., 30 лет, гематома в виде "шишки", размером 3*3 см, имеет четкие границы. 2) У пострадавшего В., 40 лет, гематома не имеет четких границ и занимает всю поверхность свода черепа. 3) У пострадавшего Н., 60 лет, гематома располагается в левой теменной области и совпадает с границами левой теменной кости. Можете ли Вы на основании осмотра пострадавших предположить какие у них гематомы?

4. У Щ., 14 лет, как осложнение тупой травмы лобно-теменной области возникла подпапневротическая гематома. Какими местными признаками она характеризуется? Чем по характеру распространенности она отличается от поднадкостничной гематомы?

5. У больного К., 13 лет, вследствие инфицированной раны мягких тканей области сосцевидного отростка возник тромбоз поперечного и сигмовидного синусов. Объясните причинную взаимосвязь этих патологических процессов.

6. В нейрохирургическое отделение поступил больной Ф., 28 лет, с проникающей раной черепа (удар металлическим предметом). На момент поступления имеется рубленая рана мягких тканей, перелом теменной кости слева, вблизи стреловидного шва. Составьте алгоритм обследования и лечения данного пациента. Укажите, какими приемами можно остановить кровотечение из диплоического вещества и из синусов твердой мозговой оболочки.

7. Эпидуральные гематомы наиболее часто локализуется в височной, теменной и затылочной областях. Что является источником эпидуральной гематомы, чем характеризуется динамика синдрома компрессии при «артериальных» и «венозно-капиллярных» гематомах?

8. При переломах свода черепа площадь отслойки внутренней («стеклянной») костной пластинки в 2-4-раза больше размеров перелома наружной пластинки. Чем объясняется такое несоответствие площади повреждения наружной и внутренней костных пластинок?

9. На прием к педиатру обратилась мать с ребенком 1.3 мес. с жалобами на деформацию головы у ребенка. Со слов матери, мальчик часто жалуется на головную боль, кроме того, у него появилось "пучеглазие", ребенок плаксивый, капризный. Результаты обследования: на рентгенограмме черепа отсутствуют черепные швы, кости свода значительно истончены, имеются выраженные пальцевые вдавления по всему своду черепа. Спинка турецкого седла истончена. При компьютерной томографии: маленькие размеры желудочков мозга, уменьшение подпаутинных щелей. Консультация окулиста: застойные диски зрительных нервов. Каков Ваш диагноз? Какова тактика лечения?

10. У больного М., 29 лет, как осложнение перелома черепа в передней черепной ямке с образованием ликворного свища, наблюдались симптомы «носового платка» (платок, смоченный ликвором из носовых ходов, после высушивания остается мягким, пропитанный слизью - жестким) и «двойного пятна» (в центре белой салфетки красное пятно - это примесь крови в ликворе, по периферии - светлый ореол от ликвора)

развился гнойный менингит. Объясните механизм возникновения этого осложнения.

11. В нейрохирургическое отделение поступил парень 21 года. Доставлен с места ДТП (управление мотоциклом). Пациент находится без сознания, диагностированы переломы плечевой и бедренной костей, значительные повреждения лица. На КТ в аксиальной проекции выявляется полоска белого цвета на латеральной поверхности левого полушария, имеющая 5 мм в толщину и 12 см в длину. Каков наиболее вероятный диагноз?

12. У пациента М., 3х лет, находящегося в нейрохирургическом отделении детской больницы диагностирована окклюзионная гидроцефалия. Из анамнеза жизни: ребенок от II беременности, II родов. Роды были тяжелыми, в смешанном ягодично-ножном предлежании. Ребенок закричал не сразу. Оценка по шкале Апгар 5-7 баллов. Какова должна быть тактика лечения у данного пациента? Допустима ли консервативная терапия?

13. У пострадавшего Т., 33 лет, перелом основания черепа. Наряду с другими симптомами наблюдается кровотечение и выделение ликвора из наружного слухового прохода, внутреннее косоглазие, паралич мимических мышц лица, потеря слуха на стороне поражения. Обоснуйте топическую диагностику этого вида черепно-мозговой травмы. Какое осложнение внутричерепного характера может возникнуть у этого больного?

14. У женщины 23 лет, выполнена МРТ головного мозга. Сагиттальный срез МРТ прошел близко к срединной линии. Визуализация какого пространства подтверждает, что срез прошел по срединной линии?

15. У больного О., 12 лет, окклюзионная гидроцефалия с равномерным расширением боковых и 3-его желудочков мозга. На каком уровне может иметь место окклюзия ликворных путей у этого больного? Что значит «гидроцефальный отек мозга»?

16. В неврологическое отделение доставлена женщина 70 лет, с жалобами на нарушение зрения, которое возникло внезапно на фоне повышения АД до 180/110 мм рт. ст. Страдает гипертонической болезнью в течение приблизительно 20 лет. Никогда не обследовалась, гипотензивная терапия ей не назначалась. Эпизодически при повышении АД до высоких цифр вызывает «скорую помощь», которая купирует гипертонические кризы. Последнее ухудшение наступило на фоне стресса. Соседка вызвала «скорую помощь». При попытке женщины резко встать с постели, она пожаловалась на резкую головную боль, головокружение, нарушение зрения, каков Ваш диагноз?

17. Больная К., 36 лет, неоднократно обращалась к неврологу с жалобами на частые упорные головные боли, головокружение, нарушение памяти. При обследовании выявлено выраженное сужение левой внутренней сонной артерии. Объясните, почему у данной пациентки развились указанные симптомы?

18. Нейрохирург при хирургической обработке черепно-мозговой раны лобно-височной области после иссечения мягких тканей и надкостницы приступил к обработке костной раны. Какова последовательность выполнения этого этапа операции? Какими способами обеспечивают гемостаз костной раны?

19. При хирургической обработке черепно-мозговой раны с мелкооскольчатый переломом черепа над верхним сагиттальным синусом возникла необходимость перевязки синуса. В каких случаях показан этот метод гемостаза при повреждении

синуса? Как и чем подводят прочную лигатуру? К каким последствиям может повлечь использование этого метода гемостаза?

20. Нейрохирург производит хирургическую обработку черепно-мозговой раны. Что является показанием к вскрытию неповрежденной твердой мозговой оболочки? Чем может осложниться необоснованное вскрытие этой оболочки при черепно-мозговой травме?

21. Нейрохирург готовится к трепанации черепа в височно-теменной области по поводу эпидуральной гематомы. Перед ограничением операционного поля стерильным бельем он с помощью палочки с ватой, смоченной 1% раствором бриллиантовой зелени наносит схему Кронлейна. Объясните назначение этой схемы.

22. Больному О., 51 года, по поводу нарастания внутричерепного давления при неоперабельной опухоли головного мозга выполняют декомпрессивную трепанацию черепа в правой височной области (по Кушингу). Сделан дугообразный (подковообразный) разрез мягких тканей. В какую сторону области должно быть обращено основание кожно-апоневротического лоскута? Почему? Какие методы гемостаза используют при этом?

23. Перед вскрытием напряженной твердой мозговой оболочки при декомпрессивной трепанации черепа по Кушингу больному производят люмбальную пункцию. Почему спинномозговую жидкость извлекают медленно и небольшими порциями (10-30 мл)?

24. При костно-пластической трепанации черепа фрезевые отверстия целесообразно соединять проволочной пилой Оливекрона. Почему?

Топографическая анатомия и оперативная хирургия лицевого отдела головы.

1. У больной И., 13 лет, которая «выдавила прыщик», развился фурункул верхней губы. Наряду с выраженной интоксикацией, резким отеком лица, отмечается покраснение и болезненность по ходу лицевой и угловой вены к медиальному краю глазной щели, при пальпации - вены плотные, перекатываются под пальцем. Какими особенностями строения кожи определяется частота локализации фурункулов носогубного треугольника? Какое грозное внутричерепное осложнение может развиваться у этой больной? Почему?

2. У женщины А., 43 лет, развились боли в области щеки и около рта. Ранее она отмечала подобные боли но они самопроизвольно купировались. В настоящее время боль стала настолько сильной, что пациентка не может даже есть, чистить зубы. Каков Ваш диагноз?

3. У Сени М., 6 лет, левосторонний гнойный паротит. Наряду с другими симптомами, наблюдаются затруднение дыхания, резкие боли при глотании, выбухание левой боковой стенки глотки. Назовите осложнение гнойного паротита у этого ребенка и причину его возникновения.

4. На прием к ЛОР врачу обратился мужчина 30 лет с жалобами на боли при глотании. Из анамнеза заболевания: заболел неделю назад, лечился дома по поводу ангины. При осмотре имеется яркая гиперемия зева, выпячивание передней дужки. Каков Ваш диагноз и алгоритм лечения?

5. У больного К., 48 лет, после перенесенного среднего отита (не леченного) сформировался заглочный абсцесс. С каким заболеванием необходимо провести дифференциальный диагноз? Какова техника вскрытия и дренирования заглочного абсцесса?

6. При операциях в боковой области лица разрезы выполняют в «нейтральных» зонах. Объясните, что представляют эти зоны? Какие осложнения могут иметь место при неправильно выполненном разрезе?

7. В хирургическом отделении готовят к операции пациента У., 50 лет. Предоперационный диагноз: Абсцесс околоушной слюнной железы. Каковы особенности вскрытия абсцесса околоушной слюнной железы?

8. Во время уличной драки подросток 17 лет, получил резаную рану левой боковой области лица, длиной 5 см. Каретой скорой помощи подросток был доставлен в отделение челюстно-лицевой хирургии. Укажите, какие сроки являются оптимальными для ПХО раны? Какова техника ушивания ран лица?

9. У пациентки П., 52 лет, невралгия тройничного нерва. Ей показана блокада ветвей тройничного нерва. Укажите места введения 70% этилового спирта.

10. У новорожденного Т., диагностированы врожденные пороки лица: полная расщелина верхней губы и неполная расщелина твердого неба. Какие хирургические вмешательства показаны данному больному? Какие цели они преследуют и в какие сроки должны выполняться?

11. Больной С., 45 лет, выполняют правостороннюю паротидэктомию по поводу смешанной опухоли. Какой нерв и его ветви должны быть выпрепарованы в процессе операции? Какой метод исследования позволяет идентифицировать (отличить от рубцовых тяжей) ветви этого нерва? Каким образом можно обеспечить гемостаз при выполнении паротидэктомии?

12. Околоушно-жевательная фасция образует капсулу и ложе околоушной железы. Что понимают под «ложем» железы? В каких отделах капсула более плотная и толстая, в каких развита слабо? Чем отличаются взаимоотношения околоушной и поднижнечелюстной желез с их капсулами?

13. У больного П., 13 лет, постгриппозный синусит-максиллит (гайморит). Какими анатомическими особенностями сообщения верхнечелюстной пазухи с полостью носа можно объяснить то, что из всех околоносовых пазух гнойное воспаление чаще развивается в верхнечелюстной?

14. При обследовании пациентов дается характеристика зева. Объясните понятие «зев» и «лимфоэпителиальное кольцо». С чем связана частота воспаления зева?

15. У больного Р., 19 лет, как осложнение пульпита (7-го правого верхнего зуба), гнойный синусит-максиллит (гайморит). Какими особенностями анатомических взаимоотношений корней 7 верхнего зуба можно объяснить переход воспалительного процесса в верхнечелюстную пазуху?

Топографическая анатомия. Топографическая анатомия органов шеи.

1. В отделение гнойной хирургии госпитализирован больной З., 16 лет. Вследствие перфорации стенки пищевода костью у больного имеется припухлость шеи больше с левой стороны, боли при глотании, повороте головы, температура тела 39,3°. Укажите, в каком клетчаточном пространстве шеи развилась флегмона? В какой области может сформироваться гнойный затек? Где производят разрез для вскрытия флегмоны?

2. У пациента Б., 25 лет, отмечается формирование абсцесса, локализующегося над яремной вырезкой грудины и над ключицей по типу «воротника». Укажите, между какими фасциями расположен абсцесс? Какие разрезы используют для вскрытия абсцесса?

3. Одним из этапов хирургического лечения рака нижней губы является фасциально-футлярное иссечение клетчатки и лимфоузлов поднижнечелюстного треугольника (операция Ванаса). Объясните необходимость удаления при этом поднижнечелюстной железы. Какой нерв может быть поврежден в процессе операции? Какие кровеносные сосуды перевязывают и пересекают во время операции?

4. У пациентки Я., 32 лет, после субтотальной субфасциальной резекции щитовидной железы Отмечается изменение голоса (осиплость) и затруднение дыхания при физической нагрузке. Что стало причиной развития данной симптоматики? Имеются ли топографо-анатомические предпосылки развития данного осложнения?

5. Операцией, предшествующей резекции верхней челюсти при раке с использованием «ножевой» методики, является перевязка наружной сонной артерии в сонном треугольнике. Чем вызвана необходимость такой операции? Опишите - проекционную линию и место разреза для обнажения наружной сонной артерии. Какими признаками должен воспользоваться хирург для отличия наружной сонной артерии от внутренней?

6. После нижней трахеостомии у больного появились боли в области операционной раны, гиперемия кожи, болезненность, припухлость, повысилась температура тела до 39-40°. Назовите слои клетчатки шеи, в которых может развиваться гнойный процесс, чем они ограничены, куда распространяются гнойные затеки?

7. В приемный покой хирургического стационара по рации из машины скорой помощи передали информацию о поступлении пострадавшего с ранением шеи в средней части. Укажите, какова должна быть тактика дежурного хирурга? Какова тактика хирурга при ранении шеи в нижней или верхней части?

8. У 18-летней женщины выявляется узел, диаметром 1,5см в надключичной области. Узел удаляют. При гистологическом исследовании обнаруживается нормальная хорошо дифференцированная ткань щитовидной железы внутри лимфатического узла. О чем должен подумать хирург при получении такого результата гистологического заключения?

9. В хирургическое отделение поступил больной С., 21 года с диагнозом: Ранение шеи. Повреждение магистральных сосудов шеи. Каким образом можно в ране отличить наружную сонную от внутренней сонной артерии. Какова тактика при ранении: 1) общей сонной артерии, 2) внутренней сонной артерии, 3) наружной сонной артерии.

Оперативная хирургия шеи. Оперативная хирургия органов шеи.

1. В хирургическое отделение поступил больной В., 15 лет. Диагноз: «Флегмона надгрудинного межпозвоночного пространства». Укажите, чем ограничено это пространство. Где может возникнуть гнойный затек? Какое образование может быть повреждено при вскрытии этой флегмоны разрезом на 1см кверху от яремной вырезки грудины?

2. У Лизы М., 7 лет, флегмона правой подчелюстной области. При обследовании: в нижнем отделе щечной области имеется нагноившаяся кожная рана - следствие укуса насекомого и расчеса. Температура тела - 38,3°, сильные боли и припухлость в подчелюстной области. Объясните связь между этими воспалительными процессами? В каком слое поднижнечелюстного треугольника развилась флегмона? Почему при вскрытии этой флегмоны следует отступить 1,5-2 см книзу от нижнего края нижней челюсти?

3. Больному К., 42 лет, с диагнозом Диффузный токсический зоб планируется выполнить субтотальную резекцию щитовидной железы. Укажите, какой объем паренхимы щитовидной железы должен быть сохранен? Каковы наиболее опасные осложнения при данном хирургическом вмешательстве?

4. В ЛОР - отделение поступила больная с инородным телом пищевода. Удалить инородное тело при эзофагоскопии не удалось. Где чаще всего задерживаются инородные тела шейного отдела пищевода? Какому шейному позвонку оно соответствует? С какой стороны осуществляют доступ к пищеводу, почему?

5. После резекции щитовидной железы по поводу тиреотоксического зоба у больной появилась осиплость голоса. Вследствие какой технической ошибки возникло это осложнение? Какая методика операции позволяет избежать этого осложнения, а также повреждения других органов?

6. У ребенка, больного дифтерией, возникли резкие затруднения внешнего дыхания, появился акроцианоз, в дыхании участвуют вспомогательные мышцы. Какая срочная операция показана ребенку? Назовите осложнения, которые встречаются при этой операции. Перечислите специальные инструменты, необходимые для её выполнения.

7. При выполнении нижней трахеостомии в момент рассечения трахеи возникло артериальное кровотечение. Какие артерии могут быть повреждены при трахеостомии? Укажите меры профилактики этих осложнений.

8. У 40 летней женщины, находящейся в состоянии клинического эутиреоза, которой в детстве проводилась лучевая терапия по поводу заболевания вилочковой железы, в настоящее время имеется одиночный бессимптомный узел в правой доле щитовидной железы. При УЗИ в двух проекциях установлено, что образование имеет паренхиматозное строение. Какова наиболее рациональная тактика в настоящее время? Показана ли пункционная аспирационная биопсия?

9. Мужчина 50 лет, с эпизодами преходящей слепоты на правый глаз нуждается в аорто-бедренном и бедренно-подколенном шунтировании слева в связи с выраженной перемежающейся хромотой (облитерирующий эндартериит). В ходе ангиографии выявлены стенозы до 80 % в обеих каротидных бифуркациях. Какую операцию ему следует выполнить в первую очередь?

10. Какую блокаду следует произвести больному с проникающей раной груди, осложнившейся плевропульмональным шоком? Опишите технику этого вида блокады.

11. Больная А., 50 лет, пострадала в теракте. При поступлении в приемный покой хирургического стационара диагностировано ранение шейной части пищевода. Какова тактика хирурга? Под каким обезболиванием должна выполняться операция? Какое положение обеспечивает лучший доступ к шейной части пищевода? Где необходимо выполнить доступ?

12. У пациентки У., 18 лет, на УЗИ щитовидной железы выявлен узел диаметром 2,5 см. Врач-эндокринолог назначает тонкоигольную аспирационную биопсию щитовидной железы. Укажите цель данного исследования? Какие имеются варианты выполнения данного исследования, какой из них предпочтителен? Какова техника манипуляции? Каковы осложнения данной манипуляции?

13. У больного Ц., заглоточный абсцесс. Объясните, почему этому больному необходимо вскрыть абсцесс в экстренном порядке? Какое опасное для жизни осложнение ему грозит? Дайте топографо-анатомическое объяснение развитию данного

осложнения. Опишите технику вскрытия абсцесса.

Топографическая анатомия груди.

1-в. Больной Г., 29 лет, получил удар в правую половину груди тупым предметом на уровне VII ребра. Повреждение каких анатомических образований и слоев грудной стенки явилось причиной гемоторакса?

2-в. По скорой помощи доставлен П., 18 лет, с колото-резаной раной VI межреберья по передней подмышечной линии справа. На рентгенограмме определяются гемо- и пневмоторакс. Повреждение каких анатомических образований необходимо заподозрить в первую очередь?

3-в. Больной С., 19 лет, заболел гриппом. На 3 сутки у него появились сильные боли в лопаточных областях (при рентгеноскопии груди патологических изменений не обнаружено). С чем связаны эти боли?

4-в. У больной Ж., 44 лет, при маммографии обнаружен рак молочной железы. Какие дополнительные обследования необходимы для решения вопроса о возможности радикальной операции?

5-в. Почему осмотр и пальпацию пациентки при подозрении на рак молочной железы проводят при различных положениях туловища (вертикальное, горизонтальное, сидячее, коленно-локтевое) и верхней конечности (отведена в сторону, поднята кверху, ладонь на затылке и др.)?

6-в. У больной У., 35 лет, имеется ограничение смещаемости молочной железы по сравнению с противоположной. Назовите заболевания молочной железы, одним из симптомов которых является ограничение смещаемости этого органа.

7-в. У больного К., 33 лет, имеется проникающая резаная рана передней отдела грудной стенки на уровне III межреберья по средней ключичной линии слева. Перечислите слои, составляющие стенки раны.

8-в. У больной обнаружены переломы нижних ребер. Предъявляет жалобы на боли в верхнем отделе живота. Какие органы брюшной полости могут быть повреждены?

9-в. У больного имеются переломы правых нижних ребер в задних отделах и болезненность в верхней половине правой поясничной области. Какие органы забрюшинного пространства могут быть повреждены?

10-в. Больная доставлена в больницу с диагнозом «мастит». Укажите локализации гнойных скоплений при воспалении молочной железы?

11-в. У больного выпотной плеврит. В каком плевральном синусе прежде всего скапливается жидкость?

12-в. Больному П., 53 лет, по поводу ХНЗЛ (хронического неспецифического заболевания легкого) выполняют правостороннюю пневмонэктомию. Какие кровеносные сосуды, прилегающие к правому главному бронху, могут быть повреждены при пневмонэктомии?

13-в. Больному З., 68 лет, по поводу бронхогенного рака левого легкого производят пневмонэктомию. Какие кровеносные сосуды могут быть повреждены при обработке левого главного бронха?

Топографическая анатомия груди.

1-в. У больного В., 57 лет, после удаления верхней доли левого легкого в плевральной полости при пункции обнаружена желтовато-молочная жидкость. С чем связано и как называется это осложнение?

2-в. У больного У., 63 лет, после операции на медиальной поверхности нижней доли правого легкого при пункции плевральной полости обнаружена желтовато-молочная жидкость. С чем это связано? Как называется это осложнение.

3-в. В поликлинику обратился больной А., 27 лет, с жалобами на охриплость голоса. Со стороны верхних дыхательных путей патологических изменений не обнаружено. Сделана рентгеноскопия груди. Укажите, какое образование может быть сдавлено опухолью (или воспалительным инфильтратом) с последующим изменением тембра голоса?

4-в. На рентгенограмме груди у больной М., 10 лет, обнаружено инородное тело в правом главном бронхе. Какие особенности объясняют наиболее частую (70%) локализацию инородного тела в правом главном бронхе?

5-в. У больного Л., 30 лет, проникающая рана груди в проекции сердца. От чего может погибнуть больной? Что значит «опасная» область груди?

6-в. При мобилизации задней стенки грудного отдела пищевода появилась желтовато-молочная жидкость. Какое образование повреждено? Как поступают в случае возникновения этого осложнения?

7-в. Больной Н., 18 лет, проглотил инородное тело и отмечает загрудинные боли. В каких отделах грудной части пищевода наиболее часто задерживаются инородные тела?

8-в. У больного Б., 40 лет, гидроперикард. В какой пазухе перикарда при положении больного на спине скапливается патологическая жидкость? Чем ограничена эта пазуха спереди, сзади, снизу и справа, слева и сверху?

9-в. Через какую пазуху перикарда во время операции на сердце накладывают турникет на восходящую часть аорты и легочный ствол? Чем ограничена эта пазуха спереди и сверху, сзади, снизу?

10-в. Маше З., 5 лет, необходимо выполнить оперативный доступ к открытому артериальному (Боталлову) протоку. Между какими нервами рассекают медиастинальную плевру?

11-в. У больного Ш., 10 лет, при рентгеноскопии груди в вертикальном положении диагностирован выпотной перикардит. В какой пазухе перикарда прежде всего скапливается патологическая жидкость?

12-в. Больному И., 17 лет производят контрастное исследование полостей сердца через катетер, введенный в подключичную вену. С какой стороны катетеризуют эту вену? Почему? Через какие вены пройдет катетер?

13-в. У пожилого больного нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу. Окклюзия каких ветвей дуги аорты может быть у этого пациента?

Операции на груди.

1-в. У больного З., 15 лет, рубцовый стеноз пищевода, неподдающийся бужированию. Какая восстановительная операция показана ему? Какие органы могут быть использованы с этой целью?

2-в. У больного В., 18 лет, слипчивый перикардит. Какую операцию необходимо выполнить? Какое грозное осложнение может возникнуть при отделении перикарда от предсердия?

3-в. Больному К., 42 лет, при рубцовом стенозе пищевода решено выполнить пластику тонкой кишкой. Назовите способы проведения участка тонкой кишки на шею.

4-в. У больного В., 14 лет, недостаточность митрального клапана. Какая операция

показана больному?

5-в. У больного И., 55 лет, хроническая ишемическая болезнь сердца (стенокардия напряжения и покоя!). Коронарография позволила установить стеноз устья левой венечной артерии на 2/3 величины диаметра. Какой вид восстановления кровоснабжения миокарда показан больному?

6-в. У Тани М, 4 лет, незаращение артериального (Боталлова) протока. Какие виды оперативных вмешательств могут быть использованы при этом пороке развития?

7-в. У больного Т., 6 лет, диагностирован врожденный стеноз легочного ствола. Какие операции могут быть показаны этому больному?

8-в. У больного В., 23 лет, стеноз левого атриовентрикулярного отверстия. Какая операция показана ему? Какой оперативный доступ применяют при этой операции?

9-в. Больному В., 23 года, планируется митральная комиссуротомия, через какой отдел сердца осуществляют доступ к левому атриовентрикулярному отверстию?

10-в. У больного В., 23 лет, после левосторонней передне-боковой торакотомии и перикардотомии по поводу митрального стеноза обнаружено резко увеличенное левое предсердие розовой окраски и уменьшенный в объеме левый желудочек синего цвета. Назовите этот симптом.

11-в. У К., 20 лет, имеется ножевое ранение в «опасной» области груди (IV межреберье) по левой окологрудинной линии. Заподозрено ранение перикарда и сердца. Какой оперативный доступ показан больному? В каком направлении рассекают перикард?

12-в. Какими характеристиками стенки сердца определяется выбор метода ушивания раны? Какие швы чаще используют при ушивании ран стенки предсердий и желудочков?

13-в. У больного Д., 14 лет, выпотной гидроперикард с нарастающими явлениями сердечно-сосудистой недостаточности. Какую операцию необходимо произвести?

14-в. У больной З., 20 лет, гнойный перикардит. Какая операция показана ей?

15-в. У больного М., 57 лет, диагностирован бронхогенный рак правого легкого. Какая операция показана ему? Какой оперативный доступ следует использовать?

16-в. У больного Н., 65 лет, бронхоэктатическая болезнь с локализацией бронхоэктазов в нижней доле правого легкого. Какая операция показана ему? Какой доступ предпочтителен при этом?

17-в. У больного открытый пневмоторакс. Что следует срочно предпринять в виде неотложной помощи? Какая операция должна быть выполнена в стационаре?

18-в. У больного диагностирована остаточная полость плевры с бронхиальным свищем. Какую операцию следует предпринять в подобной ситуации?

19-в. Во время операции по поводу абсцесса легкого спаяк между париетальной и висцеральной плеврой не обнаружено. Как можно вскрыть гнойник?

Топографическая анатомия живота (передняя боковая брюшная стенка).

Операции при наружных грыжах живота.

1-о. У Миши Н., 10 лет, после травмы (удар футбольным мячом в правую поясничную область) развился тромбоз печеночных вен (синдром Бадд-Хиари). При осмотре обнаружен один из симптомов портальной гипертензии -расширение вен передней брюшной стенки, наиболее выраженное в пупочной области («голова медузы»). Дайте анатомическое обоснование этому симптому.

2-о. У больного П., 21 года, при грыжесечении по поводу правосторонней косой паховой грыжи во время выделения грыжевого мешка была повреждена задняя стенка

пахового канала медиально от шейки грыжевого мешка. Возникло артериальное кровотечение. Назовите источник кровотечения.

3-о. У больной М, 53 лет, во время выделения грыжевого мешка при левосторонней бедренной грыже паховым доступом возникло кровотечение. Какой кровеносный сосуд, образующий одну из стенок бедренного канала, был поврежден при выполнении этого этапа грыжесечения?

4-о. В хирургическое отделение доставлен больной с колото-резаной раной передней брюшной стенки. Рана длиной 2 см в проекции правой прямой мышцы живота на границе средней и латеральной трети ее ширины на 5 см книзу от пупка. При обследовании больного возникло подозрение, что рана может быть проникающей в полость живота. Для уточнения диагноза проведена первичная хирургическая обработка раны; при ревизии обнаружена обширная гематома вдоль задней стенки влагалища прямой мышцы живота. Брюшина не повреждена. Укажите источник кровотечения. Между какими слоями передней брюшной стенки локализуется гематома?

5-о. Больному З., 49 лет, с целью оперативного доступа к желудку выполнена верхняя срединная лапаротомия. Назовите слои, составляющие стенки лапаротомной раны.

6-о. Больному З., 67 лет, по поводу острого аппендицита произведен разрез по Леннандеру. После смещения прямой мышцы живота в медиальную сторону на задней стенке влагалища обнаружен сосудистый пучок. Какие кровеносные сосуды составляют этот пучок?

7-о. Больной Б., 48 лет, сделана холецистэктомия. Послеоперационный период осложнился нагноением раны (на глубину до брюшины), в связи с чем были сняты швы. Заживление раны вторичным натяжением. Спустя месяц у больной образовалось грыжевое выпячивание. Как называется этот вид грыжи? Объясните анатомические предпосылки к возникновению таких грыж.

8-о. Больному Т., 42 лет, по поводу прободной брюшнотифозной язвы подвздошной кишки сделана нижняя срединная лапаротомия. Язва ушита кисетным швом с перитонизацией лоскутом большого сальника на «ножке». Лапаротомная рана нагноилась. На третьи сутки заподозрена несостоятельность швов подвздошной кишки. Релапаротомия выполнена правосторонним параректальным разрезом. После релапаротомии развился некроз брюшной стенки между двумя разрезами. Дайте анатомическое обоснование этого осложнения.

9-о. У больную Т., 23 лет, правосторонняя латеральная косая паховая грыжа. Назовите патогенетические и анатомические предпосылки этой грыжи.

10-о. У больного К., 63 лет, правосторонняя прямая паховая грыжа. Назовите патогенетические и анатомические предпосылки этой грыжи.

11-о. Объясните сущность герниопластики.

12-о. Больному Т., 23 лет, по поводу правосторонней латеральной косой паховой грыжи выполняют грыжесечение по способу С. И. Спасокукоцкого-М. А. Кимбаровского. Какую стенку пахового канала укрепляют при этой грыже? Как накладывают швы по отношению к семенному канатику?

13-о. Больному Т., 23 лет, по поводу правосторонней латеральной косой паховой грыжи выполняют грыжесечение по способу С.И. Спасокукоцкого - М.А. Кимбаровского. Опишите этапы пластики пахового канала.

Топографическая анатомия живота (верхний отдел брюшной полости).

1-о. У больного В., 44 лет, как осложнение прободной язвы задней стенки желудка развился правосторонний поддиафрагмальный абсцесс. Объясните механизм возникновения этого осложнения.

2-о. У больного Г., 26 лет, поступившего в хирургическое отделение с диагнозом: «Острый панкреатит», выявлены симптомы разлитого перитонита. Объясните путь распространения экссудата в нижней отдел (этаж) брюшной полости.

3-о. У больного В., 16 лет, на восьмые сутки после аппендэктомии появились интенсивные боли в правой половине груди и верхней половине живота, усиливающиеся при вдохе. Имеются симптомы острого воспаления: лихорадка, тахикардия, ознобы, лейкоцитоз, ускоренное СОЭ, анемия, значительное ухудшение общего состояния. При перкуссии правой половины груди и живота установлен симптом Берлоу (при перкуссии от верхушки легкого книзу следующее чередование перкуторного звука: 1) легочный звук, 2) укорочение (притупление), 3) тимпанит, 4) тупость).

Какое осложнение аппендэктомии у больного? Объясните различие оттенков звука перкуторного феномена Берлоу.

4-о. Объясните особенность анатомических взаимоотношений желудочно-ободочной связки и брыжейки поперечной ободочной кишки на протяжении пилорического отдела желудка и практическую значимость этих взаимоотношений.

5-о. У больного А., 20 лет, после прободной язвы передней стенки желудка (сопровождалось «кинжальными болями» в эпигастрии) боли уменьшились, что позволяет думать о прикрытии места перфорации. Какой орган брюшной

полости чаще всего участвует в ограничении воспалительного процесса образованием спаек? Почему? Какое исследование позволит уточнить диагноз?

6-о. У больного Н., 57 лет, после перенесенного острого панкреатита при ультразвуковом исследовании обнаружено округлой формы образование 3,5x4,0 см, прилегающее к задней стенке желудка. Назовите этот патологический процесс и один из методов его оперативного лечения.

7-о. Какие ориентиры используют при холецистэктомии для выделения и перевязки желчнопузырной артерии? Назовите анатомические образования, составляющие границы ориентира, имеющего вид треугольника.

8-о. У больной Л., 43 лет, после холецистэктомии развилась острая печеночная недостаточность вследствие некроза правой доли печени. Какая ошибка, допущенная при холецистэктомии, привела к такому грозному осложнению? Каким образом можно избежать этого осложнения?

9-о. Больная Н., 45 лет, поступила в хирургическое отделение с диагнозом: «механическая кишечная непроходимость». В анамнезе: калькулезный холецистит (13,5 лет). Во время операции установлено, что у больной желчнокаменная кишечная непроходимость. Объясните механизм механической кишечной непроходимости как осложнения калькулезного холецистита.

10-о. У больного З., 27 лет, язва задней стенки верхней части (ампулы, или луковицы) двенадцатиперстной кишки. Вследствие нарушения диеты язва осложнилась профузным кровотечением. Назовите источник кровотечения. Какие анатомические взаимоотношения имеет верхняя часть двенадцатиперстной кишки с этим кровеносным сосудом?

11-о. В хирургическое отделение поступила больная К., 35 лет, с картиной острой кишечной непроходимости. В анамнезе длительное голодание с целью похудения. Накануне

больная приняла обильное количество грубой пищи. Какой вид кишечной непроходимости следует заподозрить у неё? Каким образом можно попытаться ликвидировать эту непроходимость без хирургического вмешательства?

12-о. В хирургическое отделение поступил больной И., 40 лет, с картиной «острого живота» после тупой травмы. При лапароскопии патологии не выявлено. Через 20 часов у больного появились симптомы перитонита. При лапаротомии обнаружена гематома забрюшинного пространства и некроз стенки одного из органов верхнего отдела брюшной полости. Стенка какого органа, прилежащего к забрюшинному пространству, подверглась некрозу? Каким способом можно произвести осмотр этого органа? Какая связь между гематомой забрюшинного пространства и некрозом стенки органа?

Топографическая анатомия живота (нижний отдел брюшной полости).

1-о. Больному И., 22 лет, по поводу «острого аппендицита» сделан разрез по Н. М. Волковичу-П. И. Дьяконову. В брюшной полости обнаружено желудочное содержимое. Какое заболевание должен заподозрить хирург? Каким образом желудочное содержимое оказалось в правой подвздошной ямке?

2-о. У больного С, 18 лет, как осложнение острого аппендицита сформировался правосторонний поддиафрагмальный абсцесс. Объясните путь распространения гнойного экссудата. Назовите факторы, способствующие его распространению.

3-о. Больная М., 66 лет, доставлена в хирургическое отделение с диагнозом: «Острая тонкокишечная непроходимость». Консервативное лечение оказалось неэффективным. При лапаротомии обнаружено ущемление небольшого участка противобрыжеечного края стенки тощей кишки на уровне II поясничного позвонка в нижнем дуоденальном углублении. Дайте определение этому патологическому процессу. Какие острые хирургические заболевания органов верхнего отдела (этажа) брюшной полости может имитировать этот патологический процесс?

4-о. У больного Н., 35 лет, как осложнение деструктивного аппендицита в правой брыжеечной пазухе скопился экссудат. Назовите стенки этой пазухи. Может ли распространиться экссудат из этой пазухи в левую и полость малого таза?

5-о. У больного вследствие несостоятельности шва после ушивания рапы тонкой кишки сформировался межкишечный абсцесс, прорвавшийся в левую брыжеечную пазуху. Укажите возможные пути распространения гнойного экссудата.

3-6-о. У больного С, 67 лет, при лапаротомии по поводу «острого живота» обнаружен некроз части подвздошной кишки, илеоцекального угла, слепой и восходящей ободочной кишки. Тромбэмболия какой артерии и на каком уровне обусловила некроз кишечника в указанных пределах?

7-о. В хирургическое отделение поступил больной А., 70 лет. Диагноз «острый живот». При ревизии брюшной полости констатирован тромбоз нижней брыжеечной артерии. В каких отделах толстой кишки нарушено кровообращение?

8-о. При аппендэктомии после рассечения париетальной брюшины хирург обнаружил, что к ране прилежит кишка с большим количеством салниковых отростков, расположенных в два ряда. Какая кишка прилежит к ране? В каких случаях возможно такое положение органа?

9-о. У больного Ц., 16 лет, по поводу острого аппендицита сделан правосторонний косой переменный кулисный разрез. Возникли значительные трудности обнаружения червеобразного отростка. При каком положении этого органа могут иметь место такие

трудности? Что следует сделать в такой ситуации для выделения червеобразного отростка?

10-о. Больному П., 17 лет, по поводу острого аппендицита сделан разрез по Н. М. Волковичу-П. И. Дьяконову. При выделении в рану слепой кишки с червеобразным отростком последний оказался неизмененным. Осмотрена подвздошная кишка на расстоянии до 1 м от илеоцекального угла. Какое заболевание следует исключить или подтвердить в этой ситуации?

11-о. У больного А., 47 лет, при операции по поводу острой кишечной непроходимости обнаружен тяж от противобрыжеечного края подвздошной кишки (50 см от илеоцекального угла) к пупку. Назовите один из видов неполного обратного развития желточного протока, ставшего причиной острой кишечной непроходимости. Какова тактика хирурга (нарушения кровоснабжения кишки нет)?

12-о. В хирургическое отделение поступил М., 32 лет, с проникающей колото-резаной раной живота по срединной линии, на 4 см книзу от пупка. С целью осмотра брюшной полости выполнена средне-срединная лапаротомия. В брюшной полости обнаружено небольшое количество крови, а между петлями тонкой кишки - содержимое. Объясните последовательность ревизии брюшной полости. Какими ориентирами брюшной полости будет пользоваться хирург при ревизии?

Операции на органах брюшной полости. Кишечный шов.

1-о. В хирургическое отделение поступил больной спустя 30 минут после получения тупой травмы живота. Произведена лапаротомия. При ревизии брюшной полости обнаружен разрыв тонкой кишки на расстоянии 60 см от двенадцатиперстно-тощего изгиба. Объясните тактику хирурга.

2-о. Больному С, 42 лет, с целью удаления инородного тела тонкой кишки произведена энтеротомия (разрез кишки в продольном направлении длиной 2,5 см). После извлечения инородного тела хирург приступил к ушиванию раны. В каком направлении должна быть ушита рана кишки? Какие швы будет использовать хирург?

3-о. При ушивании резаной раны тонкой кишки хирург использует шов В. П. Матешука. Что представляет собой этот кишечный шов?

4-о. В хирургическое отделение поступил Н., 42 лет, с проникающей колото-резаной раной живота в надчревной области. Произведена верхняя срединная лапаротомия. При ревизии брюшной полости обнаружена рана передней стенки желудка на границе кардиального и пилорического отделов размеров 1,5x0,3 см. Какой вид оперативного приема показан больному? В чем состоит этот оперативный прием?

5-о. В хирургическое отделение поступил К., 25 лет, с проникающей ножевой раной живота через 1 час после ранения. Выполнена средне - срединная лапаротомия. При осмотре тонкой кишки на расстоянии 80 см от двенадцатиперстно-тощего изгиба (связки Трейтца) обнаружена продольная резаная рана передней стенки кишки ближе к противобрыжеечному краю размером 2x0,5 см. Каков объем оперативного вмешательства?

6-о. В хирургическое отделение поступил больной В., 37 лет, с тупой травмой живота. Сделана лапаротомия. При ревизии брюшной полости обнаружено большое количество крови, отрыв брыжейки тонкой кишки на протяжении 15 см. Объясните действия хирурга.

7-о. Больному брюшным тифом по показаниям («острый живот») выполнена лапаротомия. При ревизии брюшной полости обнаружена язва (диаметр 0,3 см) терминального отдела подвздошной кишки (в 20 см от илеоцекального угла). Какова

тактика хирурга и техника операции?

8-о. У больного М., 55 лет, после резекции тонкой кишки и наложения энтероэнтероанастомоза «конец в конец» развилась механическая кишечная непроходимость вследствие рубцового стеноза анастомоза. Проведена повторная операция. Объясните, каким образом можно избежать рубцового стеноза при наложении анастомоза «конец в конец»?

9-о. Больному К., 18 лет, выполняют аппендэктомию. Оперативный доступ - косой переменный кулисный разрез по П. М. Волковичу-П. И. Дьяконову. К лапаротомной ране прилежит стенка толстой кишки. При осмотре этой кишки хирург обратил внимание на большое количество салниковых отростков. Салфеткой в зажиме Микулича он отвел эту часть толстой кишки влево. Укажите, какой отдел ободочной кишки прилежит к лапаротомной ране? Где может располагаться слепая кишка с червеобразным отростком?

10-о. После «классической» аппендэктомии у больного обнаружен подвздошный отросток (дивертикул Меккеля). Что должен сделать хирург в подобной ситуации?

11-о. Больному Ц., 67 лет, произведена резекция поперечной ободочной кишки. Наложены межкишечный анастомоз. В послеоперационном периоде у больного возникло ущемление большого сальника в области анастомоза. Какой этап резекции кишки не выполнен?

12-о. Больному наложен противоестественный задний проход по способу Майдля. Какое назначение имеет «шпора»?

Операции на органах брюшной полости (желудке, печени, желчном пузыре, внепеченочных желчных путях и поджелудочной железе).

1-о. Больному Х., 56 лет, ушивают прободную язву передней стенки желудка. В каких случаях показан этот оперативный прием? Объясните необходимость перитонизации линии шва лоскутом большого сальника «на ножке». В какой ситуации показана резекция желудка?

2-о. При гастростомии хирург использует левосторонний трансректальный разрез. При рассечении париетальной брюшины в верхнем углу раны в плевральную полость стал поступать воздух (пневмоторакс). Каким образом осуществляют профилактику этого осложнения?

3-о. Одним из оперативных приемов на желудке является гастростомия - наружный свищ желудка. Назовите его виды и их различия.

4-о. Одним из этапов гастростомии, например по Витцелю в модификации по Гернезу и Хо-Дак-Ди, является гастропексия. Объясните сущность и цель этого технического приема.

5-о. Резко ослабленному больному (рубцовый стеноз привратника) хирург выполняет задний позадиободочный гастроэнтероанастомоз по Гаккеру - Петерсену. Какой длины используется петля тощей кишки? В каком направлении накладывают этот анастомоз?

6-о. Больному С., 38 лет, при осложненной язве двенадцатиперстной кишки выполнена селективная ваготомия в сочетании с дренирующей желудок операцией (по Финнею). Объясните цели этих оперативных вмешательств.

7-о. Во время холецистэктомии, вследствие разрыва печени, возникло кровотечение. Назовите приемы, позволяющие обеспечить временный гемостаз. На какое время может применяться временная остановка кровотечения с использованием этих приемов.

8-о. В стационаре у больного З., 43 лет, выявлена портальная гипертензия. Какое из внутрисосудистых исследований наиболее безопасно и информативно для установления уровня блокады портального кровотока и решения вопроса о методе хирургического лечения?

9-о. В отделение хирургии портальной гипертензии поступил больной с пищеводно-желудочным кровотечением (из подслизистого венозного сплетения пищеводно-желудочного соединения). Назовите один из консервативных методов остановки такого кровотечения.

10-о. У больного К., 54 лет, цирроз печени. На фоне консервативной терапии нарастают явления портальной гипертензии (кровотечение из подслизистого венозного сплетения пищеводно-желудочного соединения). Какое из оперативных вмешательств наиболее рационально и эффективно для снижения давления в воротной вене?

11-о. У больного Н., 44 лет, диагностирован острый деструктивный панкреатит с явлением перитонита. Какие цели преследует оперативное вмешательство при этом заболевании?

12-о. Больному Н., 44 лет, с острым панкреатитом выполнена верхняя срединная лапаротомия. Какой из доступов в сальниковую сумку является методом выбора при остром панкреатите? Каким образом можно обеспечить наружное дренирование и изоляцию сальниковой сумки от свободной брюшной полости?

13-о. У больной Д., 45 лет, острый холецистит. Выполнен оперативный доступ к желчному пузырю по С. П. Федорову. Обнаружен выраженный спаечный процесс в области желчного пузыря и печеночно-дуоденальной связки. Какой способ холецистэктомии будет использовать хирург? Почему? Какие недостатки имеет этот способ?

14-о. Одним из грозных осложнений после холецистэктомии является механическая желтуха. Назовите одну из технических ошибок, которая является причиной этого осложнения? Какие способы отведения желчи могут быть использованы для устранения желчной гипертензии в подобных случаях?

15-о. Интраоперационная холангиография после холецистэктомии позволила установить рубцовый стеноз терминального отдела общего желчного протока (печеночно-поджелудочной ампулы) протяженностью более 2 см. Назовите метод дренирования внепеченочных желчных путей, который следует использовать в этой ситуации. Какая операция показана при рубцовом стенозе меньшей протяженности?

16-о. Данные литературы свидетельствуют о том, что повторные операции на желчных путях после холецистэктомии в 8-10 раз чаще сопровождаются осложнениями (повреждение внепеченочных желчных протоков, кровеносных сосудов и прилежащих к зоне операции органов брюшной полости). Объясните, чем определяется риск повторных операций после холецистэктомии?

17-о. В хирургическое отделение поступила больная О., 66 лет, с механической желтухой и холангитом, осложненными печеночно-почечной недостаточностью. При пальпации живота определяется увеличенный, болезненный желчный пузырь. Какой метод дренирования желчных протоков показан этой больной?

18-о. У больного П., 11 лет, после спленопортографии констатирована бледность кожи, частый пульс, головокружение, падение артериального давления. На какое грозное осложнение указывают эти симптомы? Каким образом можно уменьшить риск его

возникновения?

19-о. Маше К., 9 лет, по поводу болезни Верльгофа выполняют спленэктомию. Объясните, почему в воротах селезенки на селезеночную артерию и вену не целесообразно накладывать кровоостанавливающих зажимов.

Топографическая анатомия поясничной области и забрюшинного пространства.

Операции на почках и мочеточниках.

1-о. У больного С, 13 лет, в процессе аппендэктомии (при ретроцекальном положении червеобразного отростка) обнаружена забрюшинная флегмона. В каком слое забрюшинной клетчатки локализуется гнойный очаг? Укажите возможные границы его распространения. Как объяснить выраженную сгибательную контрактуру бедра при забрюшинной флегмоне аппендикулярного происхождения?

2-о. У больного К., 27 лет, после лапаротомии и оперативного доступа в сальниковую сумку (через желудочно-ободочную связку) обнаружен некроз тела и хвоста поджелудочной железы, абсцессы забрюшинного пространства с образованием затека в боковое клетчаточное пространство подбрюшинной полости таза. Объясните путь гнойного затека у этого больного. Укажите возможный уровень распространения гнойного затека при некрозе головки поджелудочной железы.

3-о. Больному М, 52 лет, для устранения болевого синдрома при хроническом (рецидивирующем болевом) панкреатите производят паранефральную блокаду по А. В. Вишневскому. Какой критерий указывает хирургу на положение иглы в околопочечной клетчатке? Каким образом раствор новокаина достигает нервных сплетений по ходу брюшной части аорты?

4-о. Строгие показания к паранефральной новокаиновой блокаде обусловлены частотой возникновения грозных осложнений вследствие не соблюдения техники её выполнения. Перечислите возможные осложнения этой блокады по А. В. Вишневскому.

5-о. Больному М., 65 лет, с предположительным диагнозом «Гипернефрома левой почки» решено произвести рентгенологическое исследование забрюшинного пространства с наложением пневморетроперитонеума. В какой отдел забрюшинного пространства распространяется кислород (воздух)? Какие анатомические ориентиры используют для введения иглы с целью наложения пневморетроперитонеума? Какое положение показано больному при этом исследовании?

6-о. У больного Т., 21 года, при длительном течении спондилита туберкулезной этиологии обнаружен «холодный» абсцесс (гнойный натечник) передней области бедра книзу от паховой связки (у малого вертела). Объясните путь распространения гнойного затека у этого больного.

7-о. С целью уточнения диагноза при заболеваниях почек применяется селективная ангиография: рентгеноконтрастное вещество вводится через катетер, подведенный к устью почечной артерии. Как называется этот катетер? Каким путем он подводится к устью почечной артерии? На уровне каких позвонков находятся устья почечных артерий?

8-о. В урологическое отделение поступил больной К., 37 лет, с диагнозом: «Почечная колика». Жалобы на приступы сильных болей в поясничной области с иррадиацией в нижний отдел живота, паховую область, наружные половые органы и верхнемедиальную часть бедра. Какими топографо-анатомическими взаимоотношениями мочеточника и прилежащих к нему образований на протяжении

большой поясничной мышцы можно объяснить иррадиацию болей?

9-о. У Ш., 19 лет, вследствие тупой травмы правой поясничной области имеется повреждение почки. Степень повреждения почки неизвестна. При обследовании больного отмечается болезненность при пальпации и перкуссии, напряжение мышц и припухлость правой поясничной области, микрогематурия. Учитывая характерную особенность травмы почек, несоответствие тяжести их повреждения клиническим проявлениям, решено произвести рентгенологическое исследование. Какое исследование чаще всего применяется у больных с закрытой травмой почки в качестве объективного метода дифференциальной диагностики?

10-о. У больной Ж., 36 лет, выявлен правосторонний нефроптоз с ортостатической артериальной гипертензией, исчезающей при горизонтальном положении. У больной предполагается функциональное стенозирование почечной артерии. Какие причины могут обусловить функциональное стенозирование почечной артерии?

11-о. У больных мочекаменной болезнью в 20% наблюдается двусторонний нефролитиаз, характеризующийся тяжелым течением и развитием почечной недостаточности. Почему при анурии, вследствие нарушения оттока мочи из почек, целесообразно в первую очередь удалять камни из той почки, в которой обтурация произошла позже?

12-о. У больных с большими неподвижными камнями в больших почечных чашечках, как правило, развивается прогрессирующая атрофия почечной паренхимы (гидронефротическая трансформация). В таких случаях нефролитотомия является методом выбора. Почему при коралловых камнях нефролитотомию целесообразно осуществлять «секционным» разрезом по линии «естественной делимости» почки (в зоне Гиртля-П. А. Куприянова - Зондека).

13-о. В урологической клинике у больного П., 50 лет, выявлен пионефроз с резким нарушением функции правой почки. Почка имеет вид многокамерного мешка, наполненного камнями. Почечная паренхима атрофирована. Больному показана нефрэктомия. В чем должен быть уверен хирург при необходимости нефрэктомии? Какова последовательность обработки элементов «ножки» почки в этой ситуации?

14-о. Больному М., 47 лет, выполняют левостороннюю нефрэктомию. При мобилизации верхнего конца (полюса) почки хирург проник в плевральную полость. Объясните анатомические предпосылки к возникновению этого осложнения, какими последствиями оно может сопровождаться. Какой симптом будет указывать на развитие пневмоторакса? Каким образом хирург должен его ликвидировать?

15-о. При нефрэктомии в процессе выделения почки из жировой капсулы возникло артериальное кровотечение. Почечные вена и артерия не повреждены. Объясните возможную причину этого кровотечения. Каким образом исключают подобное осложнение?

16-о. При хронической почечной недостаточности применяется гемодиализ (искусственная почка), имеющий существенные недостатки - паллиативное лечение в виде повторных "подключений" аппарата искусственной почки. Какой метод хирургического лечения хронической почечной недостаточности является наиболее эффективным на современном этапе развития медицины?

Топографическая анатомия таза и промежности. Операции на органах малого таза.

1-о. У К., 26 лет, перелом лобковой кости с внебрюшинным повреждением стенки мочевого пузыря. Какие принципы должны быть положены в основу хирургической обработки раны в данной ситуации?

2-о. При внебрюшинном повреждении мочевого пузыря возникает необходимость дренирования залобкового (предпузырного) пространства. Какие методы дренирования могут быть применены у больных при флегмонах этого пространства?

3-о. Уролог производит ушивание раны стенки мочевого пузыря. Какими анатомическими взаимоотношениями этого органа с брюшиной определяется различие техники ушивания раны его стенки? Сколько рядов швов следует наложить на стенку мочевого пузыря? Какие слои органа захватывают в шов?

4-о. У больной И., 26 лет, диагностирован параметрит. Из анамнеза: 1,5. мес. до обращения к гинекологу больная находилась на лечении по поводу цистита. Каким строением мочеиспускательного канала определяются частота цистита у женщин? Объясните взаимосвязь цистита и параметрита.

5-о. Больной З., 18 лет, для уточнения диагноза: «Нарушенная внематочная беременность» выполнена пункция заднего свода влагалища. В каком случае при этом исследовании будет подтвержден диагноз? Какова тактика при подтверждении диагноза?

6-о. У больной В., 65 лет, выпадение шейки матки. В анамнезе хронический бронхит, трое родов (первые роды были осложнены разрывом «акушерской промежности» III степени). Что значит «акушерская» промежность? Какие факторы объясняют причину выпадения шейки матки у больной В.?

7-о. Больной Ч., 27 лет. делают правостороннюю трансвагинальную уретеролитотомию (стенку мочеточника рассекают под визуальным контролем). В какой части тазового отдела мочеточника чаще всего локализуются конкременты, почему? Какое грозное осложнение следует исключить при уретеролитотомии у больной Ч.? С чем связана возможность такого осложнения?

8-о. В проктологической практике выделяют две формы геморроя: наружный и внутренний. Укажите источники возникновения этих форм геморроя. Почему геморроидальные узлы, как правило, локализуются на 3, 7, 11 часах (при положении больного на спине).

9-о. Первым этапом хирургического вмешательства при парапроктите является вскрытие и дренирование околопрямокишечного гнойника радиальным или полулунным разрезом. При какой форме парапроктита применяют радиальный разрез, при какой - полулунный? Объясните сущность второго этапа хирургического вмешательства при парапроктите.

10-о. На приеме у хирурга больной З., 39 лет. Жалобы на острые, пульсирующие боли в промежности у заднего прохода, усиливающиеся при движении, юремене положения тела, напряжении брюшного пресса (кашель, дефекация). Отмечается задержка стула, дизурические расстройства. Температура тела по вечерам 38-39°. При осмотре установлено: кожа промежности у заднего прохода на 12 часах гиперемирована, радиальная складчатость сглажена. Какая форма парапроктита у больного З. Как часто она встречается? Почему у больного развились дизурические расстройства?

11-о. У больного К., 38 лет, подслизистый парапроктит. Каким доступом будет вскрыт гнойный очаг? В каком направлении производят разрез при вскрытии абсцесса?

12-о. Особенностью клинической картины позадипрямокишечного гнойника является выраженный болевой синдром с самого начала заболевания: боли локализуются в прямой кишке, и крестце, усиливаются при дефекации и положении сидя. Внешние признаки парапроктита появляются только в запущенных случаях (гной прорывается в кишку или на кожу промежности). Какие ценные диагностические сведения ретроректального парапроктита можно получить при пальпации копчика и пальцевом исследовании прямой кишки?

13-о. В проктологическое отделение поступил больной Б., 44 лет. Диагноз: «Тазово-прямокишечный парапроктит». Показана операция. Каким образом осуществляют подход к такому гнойнику? Какой недостаток при тазово-прямокишечном парапроктите имеет чрезпрямокишечный доступ?

14-о. В проктологическое отделение поступила больная С., 47 лет. Диагноз: «Рак прямой кишки III-IV стадии. Опухоль локализуется в 10 см от заднепроходного отверстия». С какой целью следует произвести исследование печени (УЗИ, компьютерная томография и др.)? Укажите лимфогенные пути метастазирования рака прямой кишки.

15-о. Как отмечают В. Д. Федоров и Ю. В. Дульцев, геморроидэктомия по Миллигану - Моргану в модификации НИИ проктологии является более совершенной операцией, по сравнению с другими операциями (перевязка и отсечение геморроидальных узлов по Л. В. Мартынову - А. Н. Рыжих). В чем сущность геморроидэктомии по Миллигану - Моргану в модификациях НИИ проктологии?

16-о. Больной М., 53 лет, по поводу рака прямой кишки производят брюшно-промежностную экстирпацию. В ходе операции хирург встретился с трудностями мобилизации передней стенки прямой кишки. Какая особенность строения фасциальной капсулы прямой кишки объясняет трудности отделения передней стенки этого органа от влагалища?

1. Баиров Г.А. Детская травматология (2-е изд.). - С-Пб.: Издательство «Питер», 2000.
2. Большаков И.Н., Самотесов П.А., Павливская З.А., Большакова Т.А.
3. Оперативная хирургия: Учебно-методическое руководство.
4. Алгоритмы, поиски и действия. - Красноярск, 2001 г.
5. Большаков О.П., Семенов Г.М. Лекции по оперативной хирургии и клинической анатомии. - СПб.: «Питер», 2001 г.
6. Войно-Ясенецкий В.Ф. Очерки гнойной хирургии. М., 2001.
7. Гончаров Н.И., Сперанский Л.С., Краюшкин А.И., Дмитриенко С.В. Руководство по препарированию и изготовлению анатомических препаратов. - М.: «Медицинская книга», Н.Новгород: Изд-во НГМА, 2002.
8. Григорьевич И.Н. Алгоритмы в неотложной детской хирургии - Петрозаводск: Изд-во Петр Г.У., 1996.
9. Журавлев А.Г. Ситуационные задачи по оперативной хирургии и топографической анатомии. - Москва. - Геотармед, 2003.
10. Золлингер Р., Золингер-младший Р.. Атлас хирургических операций. М.: Изд-во «Доктор К», 2002.
11. Каган И.И. Топографическая анатомия и оперативная хирургия в терминах, понятиях, классификациях. - Учебное пособие, Оренбург, 1997.
12. Кирпатовский И.Д., Смирнова Э.Д. Клиническая анатомия. В 2-х томах. М., 2003.
13. Клиническая ангиология. Руководство для врачей. Под ред. А.В. Покровского. В 2-х томах. М., 2004.
14. Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике /Под ред. В.В.Митькова, М.В.Медведева. II том.- М.: Видар, 1996.
15. Кованов В.В. Оперативная хирургия и топографическая анатомия. М. -2001.
16. Николаев Л.И., Цепов Л.М. Практическая терапевтическая стоматология. Санкт-Петербург, 2001.
17. Олден Х. Киркен, Эрнест Э.Мур. Секреты хирургии. Перевод с английского. М.: «Издательство Бином», 2004.
18. Оперативная хирургия и топографическая анатомия в элементах программированного обучения и контроля знаний. Учебно-методическое пособие. Под Ред. В.Г.Владимирова. - М.: РГМУ, 2008.
19. Оперативная хирургия и топографическая анатомия. Островерхов Г.Е., Лубоцкий Д.Н., Бомаш Ю.М, М.. 2005.
20. Персин Л.С. Ортопедия. Москва «Ортодсит-Инфо», 1999.
21. Практическая эндодонтия. Л.Л. Хоменко, Н.В. Биденко Москва, Книга плюс, 2002.
22. Робустова Т. Г Хирургическая стоматология. Москва «Медицина», 1995.
23. Эталоны ответов к вопросам программного обучения и контроля знаний по оперативной хирургии и топографической анатомии. Учебно методическое пособие. Под ред. В.Г.Владимирова. - М.: РГМУ, 2009.