

№ МПД -19

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
(ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России)

---

Кафедра Хирургических болезней №2

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ  
(ВНЕАУДИТОРНОЙ) РАБОТЫ**

по Хирургическим болезням  
наименование дисциплины

основной профессиональной образовательной программы высшего образования –  
программы специалитета по специальности  
32.05.01 Медико –профилактическое дело, утвержденной 30.03.2022г.

Владикавказ, 2022

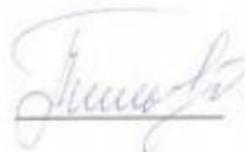
Методические рекомендации предназначены для внеаудиторной самостоятельной работы студентов 4 курса (7, 8 семестры) медико - профилактического факультета  
ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России

по дисциплине Хирургические болезни

Составители:

Профессор  
хирургических болезней №2

Асс. кафедры

 Г.У.Мильдзихов

 М.К. Пагиева

## СОДЕРЖАНИЕ

ТЕМА: БОЛЕЗНЬ КРОНА

ТЕМА: ГРЫЖИ ЖИВОТА

ТЕМА: АНАЛЬНАЯ ТРЕЩИНА

ТЕМА: РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

ТЕМА: ГЕМОРРОЙ

ТЕМА: ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ И ПЛЕВРЫ.

ТЕМА: ОСТРЫЙ ПАРАПРОКТИТ

ТЕМА: НЯК

ТЕМА: ОКН

ТЕМА: БОЛЕЗНИ ОПЕРИРОВАННОГО ЖЕЛУДКА.

ТЕМА: ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛУДКА И ДПК.

ТЕМА: ЖЕЛЧНО- КАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ

ТЕМА:ЗАБОЛЕВАНИЯ ПИЩЕВОДА.

ТЕМА: ПЕРИТОНИТ.

ТЕМА:ОСЛОЖНЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

ТЕМА: ЗАБОЛЕВАНИЯ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

ТЕМА:ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТИЕГО ОСЛОЖНЕНИЯ.

## Кафедра хирургических болезней №2

**Задания для самостоятельной работы студентов 4 курса медико-профилактического факультета по теме: «Болезнь Крона [БК]».** (этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика, показания к госпитализации, лечение).

### I Вопросы для проверки исходного уровня знаний по теме БК:

1. Определение
2. Причины развития
3. Патогенез
4. Клиническая картина
5. Лечение

### II Целевые задачи по теме БК:

<p><u>Студент должен знать:</u></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Понятие БК</li><li>2. Этиологию</li><li>3. Классификацию</li><li>4. Патогенез</li><li>5. Клинику</li><li>6. Дифференциальный диагноз</li><li>7. Показания к госпитализации</li><li>8. Лечение</li></ol>	<p>Литература</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Анатомия человека М.Г.Привес, Н.К.Лысенков, В.И.Бушкович; Ленинград., Медицина 1969г.</li><li>2. Терапевтический справочник М.Вудли, А.Уэлан Москва, 1995г.</li><li>3. Руководство по проктологии А.М.Аминев т.II-III Куйбышев 1973г.</li><li>4. Атлас проктологических заболеваний, м., А.Н.Рыжих, 1969г.</li></ol>
<p><u>Студент должен уметь:</u></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. При первичном осмотре больного собрать жалобы, анамнез, провести внешний осмотр и визикальное обследование, поставить предварительный диагноз БК.</li><li>2. Назначить специальные (лабораторные и инструментальные) методы исследования для уточнения диагноза и правильно их интерпретировать.</li><li>3. Сформулировать развернутый диагноз.</li><li>4. Разработать индивидуальный план лечения больного А) Диету Б) Режим физической активности В) Медикаментозную терапию</li><li>5. Оценить эффективность проводимой терапии.</li><li>6. Оценить медицинские и социальные факторы, и провести экспертизу трудоспособности.</li><li>7. Составить схему диспансерного наблюдения больного.</li><li>8. Владеть способами профилактики БК.</li></ol>	<p>Литература</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Хирургия кишечника А.А.Шалимов., В.Ф.Саенко Киев «Здоровье» 1977г.</li><li>2. Наглядная хирургия; под редак. Проф. Крылов Н.Н.; перевод с англ. «ГЭОТАР-Медиа» 2008г.</li><li>3. Клиника и дифференциальная диагностика НЯК и болезни Крона толстой кишки. Методические рекомендации. Москва 1978г. И.А.Колосов, М.Х.Левитан</li><li>4. Оперативная хирургия. И.Литман Будапешт Венгрия, 1982г.</li></ol>

9. осуществлять отбор на санаторно-курортное лечение.	
---	--

Восполнять недостающие знания поможет изучение специальной литературы, указанной в графе литература.

### III Задания для самостоятельной работы по изучаемой теме

1. Дайте определение БК
2. Составьте схему патогенеза БК, исходя из того, что в возникновении ее существуют морфологические изменения стенки толстой кишки.
3. Появление диареи связано с нарушением всасываемости слизистой толстой кишки при ее эрозивно-язвенном поражении.
4. Составьте таблицу, которая отражает особенности БК по следующему образцу:

Симптомы	Болезнь Крона
Боли в животе	Постоянные, переходящие в схваткообразные при наличии инфильтрата того или иного отдела кишечника, стенозирующая просвет последней
Поражение желудочно-кишечного тракта (ЖКТ)	Локализация болезни может находиться начиная с полости рта и кончая перианальными изменениями, т.е. весь ЖКТ
Изменения перианальной кожи, анального канала	Наличие свищей, трещин
.....	.....

5. Допишите недостающие сведения в нижеследующем тексте:

- А) Болевой синдром ( локализация, иррадиация, характер болей, продолжительность, факторы, обуславливающие появление болей)
- Б) Диспепсические явления
- В) Вовлечение в процесс других органов (тонкая кишка, желудок, печень...)
- Г) Повышение температуры тела при развитии воспалительных процессов

6. Обозначьте симптомы, выявляемые при осложнениях БК.

7. Составьте три тестовых задания по диагностике БК по образцу:

Какие методы исследования позволяют подтвердить диагноз Болезни Крона?

1. Ирригоскопия (гирляндобразное чередование расширенных и суженных участков);
2. Обзорная рентгенография брюшной полости (чаши Клойбера);
3. Ирригоскопия (дефекты наполнения в подвздошной и слепой кишках);
4. Колоноскопия с биопсией;
5. Лапароскопия с биопсией лимфоузлов брыжейки;

Выберите правильную комбинацию ответов:

- А) 1 и 4
- Б) 2 и 5
- В) 4 и 5
- Г) 3 и 4
- Д) все верно

Правильный ответ «А».

8. При БК основные методы диагностики -ирригоскопия, фиброколоноскопия с биопсией участка слизистой. Опишите рентгенологическую и эндоскопическую картину БК.

9. Каковы лабораторные признаки БК
- В общем анализе крови.....
  - Биохимические анализы.....
  - При исследовании кала.....
10. Продолжите характеристику диагностических эндоскопических проявлениях БК
- Отсутствие складок ободочной кишки
  - Контактная кровоточивость слизистой кишки
  - Отсутствие сосудистого рисунка
  - Множественные эрозивно-язвенные поражения толстой кишки
  - Какую форму имеют повреждение слизистой кишки?
11. Составьте еще две примерные формулировки диагноза по предполагаемому образцу:
- А) БК; левостороннее поражение; активная стадия; тяжелое течение
12. Для какой формы БК предназначены нижеследующие препараты?
- препараты сульфаниламидного ряда
  - гормональная терапия
- Ответ: для БК; тотальное поражение, активная стадия; тяжелое течение
13. Составьте схему лечения БК.
14. Составьте ситуационную задачу, из которой бы следовало, что у пациента обострение БК. Назначьте лечение вышеописанной задачи.
15. Составьте моно ситуационные задачи по изучаемой теме.

### Кафедра хирургических болезней №2

#### Задания для самостоятельной работы студентов 4 курса медико-профилактического факультета по теме: «Грыжи живота».

(Эластическое ущемление [ЭУ], Каловое ущемление [КУ], Ретроградное ущемление [РУ], Пристеночное ущемление [ПУ]).

#### I Вопросы для проверки исходного уровня знаний

- Определение ЭУ, КУ, РУ, ПУ
- Причины развития
- Патогенез
- Клиническая картина

#### II Целевые задачи:

<p><u>Студент должен знать:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Понятие ущемленных грыж</li> <li>● Этиологию</li> <li>● Классификацию</li> <li>● Патогенез</li> <li>● Клинику</li> <li>● Показания к госпитализации</li> <li>● Лечение</li> </ul>	<p>Литература</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Хирургические болезни. М.И.Кузин. Учебник Издание 2-ое М., 2002г.</li> <li>Анатомия человека. М.Г.Привес, Н.К.Лысенков, В.И.Бушкович Ленинград «Медицина»1969г.</li> <li>Справочник по клинической хирургии. В.И.Стручков М., 1970г.</li> <li>Оперативная хирургия И.Литтман Будапешт Венгрия 1982г.</li> <li>Общая хирургия В.Шмитт, В.Хартинга,</li> </ol>
--	---

	<p>М.И.Кузина I-II том Москва, Медицина, 1985г.</p> <p>6. Атлас анатомии человека. Р.Ф.Синельников II том, Москва, Медицина, 1973г.</p> <p>7. Наглядная хирургия; под редак. Грейс П., Борлей Н., Проф. Крылов Н.Н.; перевод с англ. «ГЭОТАР Медиа»2008г.</p>
--	---

<p><u>Студент должен уметь:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. При первичном осмотре больного собрать жалобы, анамнез провести внешний осмотр и визикальное обследование и поставить предварительный диагноз разновидности ущемления грыж.</li> <li>2. Назначить специальные (лабораторные и инструментальные) исследования для уточнения диагноза и правильно их интерпретировать.</li> <li>3. Сформулировать развернутый диагноз.</li> <li>4. Разработать индивидуальный план лечения больного: <ul style="list-style-type: none"> <li>А. Диета</li> <li>Б. Режим физической нагрузки</li> <li>В. Медикаментозная терапия</li> </ul> </li> <li>5. Оценить эффективность проводимой терапии</li> </ol>	<p><u>Литература</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Справочник по клинической хирургии. В.И.Стручков М., 1970г.</li> <li>2. Оперативная хирургия И.Литтман Будапешт Венгрия 1982г.</li> <li>3. Хирургия кишечника Ж.Дробин Будапешт Венгрия 1983г.</li> <li>4. Наглядная хирургия; под редак. Грейс П., Борлей Н., Проф. Крылов Н.Н.; перевод с англ. «ГЭОТАР-Медиа» 2008г.</li> </ol>
--	---

Восполнять недостающие знания поможет изучение специальной литературы, указанной выше.

### III Задания для самостоятельной работы по изучаемой теме

1. Дайте определение ЭУ, КУ, РУ, ПУ
2. Составьте схему патогенеза видов ущемления, исходя из того, что в возникновении их существуют морфологические изменения стенки кишки.
3. Болевой синдром при ущемлениях обусловлен как сдавливанием брыжейки, так и за счет воспалительных процессов, захватывающих все слои стенки кишечника.
4. Составьте таблицу, которая отражает особенности ЭУ, КУ, РУ, ПУ по следующему образцу:

Симптомы	Эластическое ущемление	Каловое ущемление	Ретроградное ущемление	Пристеночное (Рихтеровское) ущемление
Боли в области ущемления	Как правило	Как правило	Как правило	Как правило
Кашлевой симптом	Положительный	Положительный	Положительный	Положительный
Явления кишечной непроходимости	Зачастую	Зачастую	Зачастую	Зачастую
.....	.....	.....	.....	.....

5. Допишите недостающие сведения в нижеследующем тексте при ущемлениях кишки:
- А. Болевой синдром (локализация, иррадиация, характер болей, продолжительность, факторы, обуславливающие появление болей)
- Б. Диспепсические явления
- В. Вовлечение в процесс других органов (тонкая, толстая кишки, большой сальник...)
- Г. Повышение температуры тела при развитии воспалительных процессов
6. Обозначьте симптомы, выявляемые при ущемленных грыжах:
- А. Ассиметрия живота
7. Составьте три тестовых задания по диагностике разновидности ущемления грыж по следующему образцу----- Что такое Рихтеровское ущемление?
- А. ущемление кишечника в области дуоденально-тощекишечного мешка
- Б. ущемление перекрученной сигмовидной кишки
- В. ущемление желудка в диафрагмальной грыже
- Г. пристеночное ущемление кишки
- Меккелева дивертикула
- Правильный ответ «Г»
- Ущемление грыжи характерно всеми признаками, кроме:
- А. резких болей в области грыжевого выпячивания
- Б. внезапного развития заболевания
- В. симптомов кишечной непроходимости
- Г. свободного вправления грыжи в брюшную полость
- Д. внезапного прекращения возможности вправляться в брюшную полость
- Правильный ответ «Г»
- В ходе операций по поводу ущемлений грыжи на вскрытии грыжевого мешка обнаружены две петли тонкой кишки. О каком виде ущемления идет речь?
- А. ретроградном
- Б. пристеночном
- В. узлообразовании в грыжевом мешке
- Г. ущемлении 2-х петель кишки
- Правильный ответ «А»
8. Каковы лабораторные признаки разновидностей ущемленных грыж:
- В общем анализе крови..... В
- биохимических анализах..... При
- исследовании кала.....
9. Составьте схему лечения разновидностей ущемленных грыж.
10. Составьте моно-междисциплинарную ситуационную задачу по теме «Ущемленная грыжа». Назначьте лечение вышеописанной задачи.
11. Составьте кроссворд по теме «Разновидности ущемления наружных грыж».

## Кафедра хирургических болезней №2

**Задания для самостоятельной работы студентов 4 курса медико-профилактического факультета по теме: «Анальная трещина (АТ)»**  
(Этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика, показания к госпитализации, лечение)

### **I Вопросы для проверки исходного уровня знаний**

1. Определение АТ
2. Причины развития АТ
3. Этиология АТ
4. Патогенез АТ
5. Клиническая картина АТ
6. Лечение АТ

### **II Целевые задачи:**

<p><u>Студент должен знать:</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Понятие АТ</li><li>• Этиологию АТ</li><li>• Классификацию АТ</li><li>• Патогенез АТ</li><li>• Клинику АТ</li><li>• Дифференциальный диагноз</li><li>• Показания к госпитализации</li><li>• Лечение АТ</li></ul> <p><u>Студент должен уметь:</u></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. При первичном осмотре больного собрать жалобы, анамнез, провести внешний осмотр и физикальное обследование и поставить предварительный диагноз анальной трещины (АТ)</li><li>2. Назначить специальные (лабораторные и инструментальные) исследования для уточнения диагноза и правильно их интерпретировать.</li><li>3. Сформулировать развернутый диагноз.</li><li>4. Разработать индивидуальный план лечения больного: А) Диета Б) Режим физической нагрузки В) Медикаментозная терапия</li></ol>	<p><u>Литература</u></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Анатомия человека М.Г. Привес, Н.К.Лысенков, В.И. Бушкович Ленинград «Медицина» 1969г.</li><li>2. Справочник по клинической хирургии В.И. Стручков М., 1970г.</li><li>3. Атлас анатомии человека Р.Ф. Синельников II том, Москва, Медицина, 1973г.</li><li>4. Руководство по клинической эндоскопии, Медицина, Москва, 1985г.</li><li>5. Хирургические болезни, М.И. Кузин. Учебник Издание 2-ое М., 2002г.</li></ol> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Оперативная хирургия И. Литтманн Будапешт Венгрия 1982г.</li><li>2. Хирургия кишечника Ж. Дробни Будапешт Венгрия 1983г.</li><li>3. Наглядная хирургия; под редак. Проф. Крылов Н.Н.; перевод с англ. «ГЭОТАР- Медиа» 2008г.</li></ol>
--	--

--	--

Восполнить недостающие знания поможет изучение специальной литературы, указанной выше.

### III Задания для самостоятельной работы по изучаемой теме

1. Дайте определение АТ
2. Составьте схему патогенеза АТ, исходя из того, что в возникновение АТ существуют морфологические изменения стенки прямой кишки.
3. Болевой синдром при АТ обусловлен за счет проталкивания каловых масс и растягивания прямой кишки в месте трещины.
4. Составьте таблицу, которая отражает особенности АТ по следующему образцу:

Симптомы	КГ	АТ
Боли в прямой кишке	Редко	Постоянно
Кровотечение	Часто	Полоска крови на кале
Постгеморрагическая анемия	Часто	Отсутствует
Выпадение геморроидальных узлов	КГ-IV степени	Отсутствует
...	...	...

5. Допишите недостающие сведения в нижеследующем тексте:

- А) Болевой синдром (локализация, иррадиация, характер болей, продолжительность, факторы, обуславливающие появление болей)
- Б) Кровотечение ...
- В) Анемия...
- Г) Повышение температуры тела ...

6. Больного беспокоят интенсивные боли в прямой кишке, возникающие после акта дефекации, продолжительностью до 6 часов. Какой вероятнее всего диагноз?

- А) Катаральный проктосигмоидит
- Б) Комбинированный геморрой
- В) Свищ прямой кишки
- Г) Острый парапроктит
- Д) Анальная трещина

Ответ: Д) Анальная трещина

7. Каковы лабораторные признаки АТ:

- А) В общем анализе крови...
- Б) Биохимические анализы...
- В) При исследовании кала...

8. Составьте схему лечения АТ

9. Составьте моно (междисциплинарные) ситуационные задачи по теме «Анальная трещина (АТ)». Назначьте лечение вышеописанной задачи

10. Составьте кроссворд по теме «Анальная трещина (АТ)».

### Кафедра хирургических болезней №2

**Задания для самостоятельной работы студентов 4 курса медико-профилактического факультета по теме: «Рак молочной железы (РМЖ)»**

**(Этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика, показания к госпитализации, лечение)**

### I Вопросы для проверки исходного уровня знаний

- 1.Определение РМЖ
- 2.Причины развития РМЖ
- 3.Этиология РМЖ
- 4.Патогенез РМЖ
- 5.Клиническая картина РМЖ
- 6.Лечение РМЖ

## II Целевые задачи:

<p><u>Студент должен знать:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Понятие РМЖ</li> <li>• Этиологию РМЖ</li> <li>• Классификацию РМЖ</li> <li>• Патогенез РМЖ</li> <li>• Клинику РМЖ</li> <li>• Дифференциальная диагностика РМЖ</li> <li>• Показания к госпитализации</li> <li>• Лечение РМЖ</li> </ul> <p><u>Студент должен уметь:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. При первичном осмотре больного собрать жалобы, анамнез, провести внешний осмотр и физикальное обследование и поставить предварительный диагноз рака молочной железы (РМЖ)</li> <li>2. Назначить специальные (лабораторные и инструментальные) исследования для уточнения диагноза и правильно их интерпретировать.</li> <li>3. Провести диф. диагноз РМЖ с другими заболеваниями молочной железы.</li> <li>4. Чтение маммограмм.</li> <li>5. Сформулировать развернутый диагноз.</li> <li>6. Разработать индивидуальный план лечения больного:</li> <li>7. А) Диета</li> <li>8. Б) Режим физической нагрузки</li> <li>9. В) Медикаментозная терапия</li> </ol>	<p><u>Литература</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Анатомия человека М.Г. Привес, Н.К.Лысенков, В.И. Бушкович Ленинград «Медицина» 1969г.</li> <li>2. Справочник по клинической хирургии В.И. Стручков М., 1970г.</li> <li>3. Атлас анатомии человека Р.Ф. Синельников II том, Москва, Медицина, 1973г.</li> <li>4. Хирургические болезни, М.И. Кузин. Учебник Издание 2-ое М., 2002г.</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Рак молочной железы. Ф.И. Янишевский,М.,1966г.</li> <li>2. Клиническая онкология. Н.Н. Блохин., Б.Е. Петерсон, М., 1971г.</li> <li>3. Оперативная хирургия И. Литтманн Будапешт Венгрия 1982г.</li> <li>4. Наглядная хирургия; под редак. Проф. Крылов Н.Н.; перевод с англ. «ГЭОТАР- Медиа» 2008г.</li> </ol>
---	---

Восполнить недостающие знания поможет изучение специальной литературы, указанной выше.

### III Задания для самостоятельной работы по изучаемой теме

1. Дайте определение РМЖ
2. Составьте схему патогенеза РМЖ
3. Составьте таблицу, которая отражает особенности РМЖ по следующему образцу:

Симптомы	РМЖ	Мастит
Боли	Отсутствуют	Часто
Втянутость соска	Имеет место	Отсутствует
Патологическое выделение из соска	Имеет место	Редко
Симптом «лимонной корки»	Имеет место	Отсутствует
Увеличенный пакет плотных неподвижных региональных лимфоузлов	Зачастую	Отсутствует
...	...	...

4. Для рака молочной железы характерны все, кроме:

- А) Патологические выделения из соска
- Б) Симптом «лимонной корки»
- В) Инфильтрат с гиперемией и высокой температурой тела
- Г) Увеличенные, плотные региональные лимфоузлы
- Д) Втянутость соска

Ответ: В)

5. Каковы признаки РМЖ:

- А) В анамнезе...
- Б) В физикальных данных...
- В) Результатах УЗИ молочной железы...
- Г) На маммограмме...
- Д) В пункционной биопсии
- Е) В цитограмме выделений из соска молочной железы

6. Составьте схему лечения РМЖ

7. Составьте моно (междисциплинарные) ситуационные задачи по теме «Рак молочной железы (РМЖ)». Назначьте лечение вышеописанной задачи

8. Составьте кроссворд по теме «Рак молочной железы (РМЖ)».

### Кафедра хирургических болезней №2

**Задания для самостоятельной работы студентов 4 курса медико-профилактического факультета по теме: «Геморрой»**

**(Этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика, показания к госпитализации, лечение)**

#### **I Вопросы для проверки исходного уровня знаний**

1. Определение КГ
2. Причины развития КГ
3. Этиология КГ
4. Патогенез КГ
5. Клиническая картина КГ
6. Лечение КГ

#### **II Целевые задачи:**

<p><u>Студент должен знать:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Понятие КГ</li> <li>• Этиологию КГ</li> <li>• Классификацию КГ</li> <li>• Патогенез КГ</li> <li>• Клинику КГ</li> <li>• Дифференциальная диагностика КГ</li> <li>• Показания к госпитализации</li> <li>• Лечение КГ</li> </ul> <p><u>Студент должен уметь:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. При первичном осмотре больного собрать жалобы, анамнез, провести внешний осмотр и физикальное обследование и поставить предварительный диагноз анальной трещины (КГ)</li> <li>2. Назначить специальные (лабораторные и инструментальные) исследования для уточнения диагноза и правильно их интерпретировать.</li> <li>3. Сформулировать развернутый диагноз.</li> <li>4. Разработать индивидуальный план лечения больного:       <ol style="list-style-type: none"> <li>А) Диета</li> <li>Б) Режим физической нагрузки</li> <li>В) Медикаментозная терапия</li> </ol> </li> </ol>	<p><u>Литература</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Анатомия человека М.Г. Привес, Н.К.Лысенков, В.И. Бушкович Ленинград «Медицина» 1969г.</li> <li>2. Справочник по клинической хирургии В.И. Стручков М., 1970г.</li> <li>3. Атлас анатомии человека Р.Ф. Синельников II том, Москва, Медицина, 1973г.</li> <li>4. Хирургические болезни, М.И. Кузин. Учебник Издание 2-ое М., 2002г.</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Оперативная хирургия И. Литтманн Будапешт Венгрия 1982г.</li> <li>2. Общая хирургия В. Шмитт В. Хартинга М.И. Кузина I-II том Москва, Медицина, 1985г.</li> <li>3. Руководство по клинической эндоскопии, Медицина, Москва, 1985г.</li> <li>4. Наглядная хирургия; под редак. Проф. Крылов Н.Н.; перевод с англ. «ГЭОТАР- Медиа» 2008г.</li> </ol>
---	---

Восполнить недостающие знания поможет изучение специальной литературы, указанной выше.

### III Задания для самостоятельной работы по изучаемой теме

1. Дайте определение КГ

2. Составьте схему патогенеза АТ, исходя из того, что в возникновение КГ существуют морфологические изменения стенки прямой кишки.

3. Болевой синдром при КГ обусловлен за счет проталкивания каловых масс и растягивания прямой кишки в месте трещины.

4. Составьте таблицу, которая отражает особенности АТ по следующему образцу:

Симптомы	КГ	Рак прямой кишки
Боли в прямой кишке	При остром тромбозе	При раке анального канала
Выпадение узлов из прямой кишки	При геморрое IV степени	Отсутствует
Кровотечение	Часто	Изредка
Методы диагностики	Пальцевое исследование, RRS	Пальцевое исследование средне-и нижеампулярного отделов
...	...	...

5. Допишите недостающие сведения в нижеследующем тексте:

А) Болевой синдром (локализация, иррадиация, характер болей, продолжительность, факторы, обуславливающие появление болей)

Б) Кровотечение...

В) Вовлечение в процесс ...

Г) Повышение температуры тела при развитии воспалительных процессов

6. Для диагностики комбинированного геморроя применяют всё, кроме:

А) Сбор анамнеза

Б) Пальцевое исследование прямой кишки

В) Ректороманоскопия

Г) Фистулография прямой кишки

Д) Визуальный осмотр

Ответ: Г) Фистулография

7. Каковы лабораторные признаки КГ:

А) В общем анализе крови...

Б) Биохимические анализы...

В) При исследовании кала...

8. Составьте схему лечения КГ

9. Составьте моно (междисциплинарные) ситуационные задачи по теме «Комбинированный геморрой (КГ)». Назначьте лечение вышеописанной задачи

10. Составьте кроссворд по теме «Комбинированный геморрой (КГ)».

### Кафедра хирургических болезней №2

**Задания для самостоятельной работы студентов 4 курса медико-профилактического факультета по теме: «Гнойно-воспалительные заболевания легких и плевры».**

(Гнойный плеврит [ГП], Абсцесс легкого [АЛ], Гангрена легкого [ГА], Бронхоэктатическая болезнь [БЭБ])

#### I Вопросы для проверки исходного уровня знаний

1. Определение ГП, АЛ, ГА, БЭБ
2. Причины развития
3. Этиология
4. Патогенез
5. Клиническая картина
6. Лечение

## II Целевые задачи:

<p><u>Студент должен знать:</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>● Понятие ущемленных грыж</li><li>● Этиологию</li><li>● Классификацию</li><li>● Патогенез</li><li>● Клинику</li><li>● Дифференциальный диагноз с раком легких, эхинококковой кистой, туберкулезом легких</li><li>● Показания к госпитализации</li><li>● Лечение</li></ul>	<p><u>Литература</u></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Анатомия человека М.Г.Привес, Н.К.Лысенков, В.И.Бушкович Ленинград «Медицина» 1969г.</li><li>2. Атлас анатомии человека Р.Ф.Синельников II том, Москва, Медицина, 1973г.</li><li>3. Руководство по гнойной хирургии Москва «Медицина», 1984г.</li><li>4. Общая хирургия В.Шмитт, В.Хартинга, М.И.Кузина I-II том Москва, Медицина, 1985г.</li><li>5. Хирургические болезни, М.И.Кузин. Учебник. Издание 2-ое М., 2002г.</li><li>6. Гнойный плеврит. Учебно-методические рекомендации СОГМИ Владикавказ 1993г., Дзодцоев Ю.А. с соавторами.</li><li>7. Абсцессы и гангрена легкого. Учебно-методические рекомендации СОГМИ Владикавказ 1993г., Дзодцоев Ю.А. с соавторами</li></ol>
---	--

<p><u>Студент должен уметь:</u></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. При первичном осмотре больного собрать жалобы, анамнез провести внешний осмотр и визикальное обследование и поставить предварительный диагноз гнойно-воспалительных заболеваний легких и плевры.</li><li>2. Назначить специальные (лабораторные и инструментальные) исследования для уточнения диагноза и правильно их интерпретировать, читать рентгенограммы (рентгенография, томография легких и плевры).</li><li>3. Сформулировать развернутый диагноз.</li><li>4. Разработать индивидуальный план лечения больного: А. Перкуторное, аускультативное исследование легких, плевры. Б. Показания к выполнению</li></ol>	<p><u>Литература</u></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Справочник по клинической хирургии В.И.Стручков М., 1970г.</li><li>2. Оперативная хирургия И.Литтман Будапешт Венгрия 1982г.</li><li>3. Руководство по клинической эндоскопии, Медицина, Москва, 1985г.</li><li>4. Наглядная хирургия; под редак. Грейс П., Борлей Н. Проф. Крылов Н.Н.; перевод с англ. «ГЭОТАР-Медиа» 2008г.</li></ol>
--	--

<p>плевральной пункции, пункции абсцесса легких.</p> <p>В. Выставить показания к дренированию плевральной полости по Билау.</p> <p>Г. Выбор лекарственных препаратов для санации гнойных очагов легких, плевры.</p> <p>Д. Трансфузионная терапия.</p> <p>Е. Оперативное лечение (объем) при неэффективности консервативных мероприятий.</p> <p>Ж. Определить прорыв абсцесса легкого в один из бронхов трахео-бронхиального дерева.</p>	
---	--

Восполнять недостающие знания поможет изучение специальной литературы, указанной выше.

**III** Задания для самостоятельной работы по изучаемой теме

1. Дайте определение ГП, АЛ, ГЛ, БЭБ.
2. Составьте схему патогенеза ГП, АЛ, ГЛ, БЭБ.
3. Составьте таблицу, которая отражает особенности ГП, АЛ, ГЛ, БЭБ по следующему образцу:

Симптомы	ГП	АЛ	ГЛ	БЭБ
Боли в грудной клетке при дыхании	Зачастую	Имеет место	Зачастую	Имеет место
Перкуторные данные	Зачастую	Имеет место	Имеет место	Отсутствует
Аускультативные данные	Зачастую	Имеет место	Зачастую	Зачастую
УЗИ-диагностика	Зачастую	Имеет место	Имеет место	Имеет место
Бронхоскопия	Отсутствует	Имеет место при прорыве в бронхиальное дерево	Зачастую	Зачастую
и т.д.				



<p><u>Студент должен знать:</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Понятие о ОП и СПК</li><li>• Этиологию ОП и СПК</li><li>• Классификацию ОП, СПК.</li><li>• Патогенез указанных заболеваний</li><li>• Клиническую картину ОП, СПК</li><li>• Дифференциальная диагностика ОП и СПК</li><li>• Показания к госпитализации</li><li>• Лечение ОП, СПК</li></ul>	<p>Литература</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Оперативная хирургия И.Литтманн Будапешт Венгрия 1982г.</li><li>2. Хирургические болезни. Учебник М.И. Кузин изд.2-е М., 2003г.</li><li>3. Наглядная хирургия; под редак. Проф. Крылов Н.Н.; перевод с англ. «ГЭОТАР- Медиа» 2008г.</li></ol>
---	--

<p><u>Студент должен уметь:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. При первичном обращении пациента собрать жалобы, анамнез заболевания, провести осмотр и физикальные методы обследования, поставить предварительный диагноз ОП, СПК.</li> <li>2. Назначить необходимые специальные методы диагностики (лабораторные и инструментальные) для уточнения диагноза и грамотно их интерпретировать, читать фистулограммы.</li> <li>3. Сформулировать развернутый диагноз.</li> <li>4. Разработать индивидуальный план лечения пациента: Соблюдение диеты Режим труда и отдыха Медикаментозная терапия</li> <li>5. Оценить эффективность проводимого лечения.</li> <li>6. Оценить медицинские и социальные факторы, оценить экспертизу трудоспособности.</li> <li>7. Составить схему диспансерного наблюдения больного.</li> <li>8. Владеть способами профилактики ОП, СПК.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Атлас проктологических заболеваний М., А.Н.Рыжих, 1968г.</li> <li>2. Руководство по проктологии. Аминев А.М. Куйбышев, 1973г. III том</li> <li>3. Парапроктиты М.1985г. Саламов К.Н., Дульцев Ю.В.</li> <li>4. Методические рекомендации «Заболевания прямой кишки», 1990г. Ц.С.Хутиев с соавторами.</li> </ol>
---	---

Восполнить недостающие знания поможет изучение специальной литературы, указанной выше.

### III Задания для самостоятельной работы по изучаемой теме:

1. Дать определение ОП и СПК
2. Составить схему патогенеза ОП, исходя из того, что вскрытие гнойника ведет к формированию в основном СПК.

3. Возникновение болевого синдрома и высокой температуры тела при ОП – являются следствием проникновения инфекции через одну из воспаленных анальных крипт.

4. Составить таблицу, которая отражает особенности клинического течения и расположения гнойников при ОП:

Симптомы	Ишиоректальный парапроктит	Пельвиоректальный парапроктит
Боли	В перианальной области	Внизу живота
Дизурические расстройства	Редко	Часто
Диагностика	Гипермия, резко болезненный инфильтрат перианальной кожи, пальцевое исследование прямой кишки	Внешние проявления не наблюдаются. Пальцевое исследование – кончиком пальца можно достигнуть болезненное выбухание одной из стенок прямой кишки
Проведение RRS	Нецелесообразно	При неэффективности пальцевого исследования – RRS необходима
Ворота проникновения инфекции по отношению к волокнам анального сфинктера	Чаще всего внутреннее отверстие гнойника располагается интра- или чрессфинктерно	Зачастую экстрасфинктерное расположение внутреннего отверстия гнойника
Оперативное лечение	Иссечение свища в просвет кишки с ликвидацией внутреннего отверстия гнойника	Зачастую иссечение свища лигатурным методом
Послеоперационная недостаточность анального сфинктера	Не встречается	Может иметь место

5. На этапе первичного опроса больного с ОП, СПК выявляют:

- Болевой синдром (локализация, иррадиация, характер болей, продолжительность)
- Вовлечение в гнойный процесс других органов (мошонка, половые губы у женщин)
- Повышение температуры тела с развитием воспаления в параректальной клетчатке.

Составления трех тестовых заданий по диагностике ОП, СПК по следующему образцу:

6. В диагностике ОП используют все методы, кроме:

- А) Пальцевое исследование прямой кишки
- Б) Осмотр ректальным зеркалом или ректороманоскопия
- В) Определение кашлевого толчка
- Г) Выполнение обзорной рентгенографии брюшной полости
- Д) Острая задержка мочи

Правильный ответ: Г) Выполнение обзорной рентгенографии брюшной полости.

7. Свищи прямой кишки диагностируются всеми методами кроме:

- А) Пальцевое исследование
- Б) Рентгенография крестцово-копчиковой области
- В) Зондирование свища
- Г) Фистулография
- Д) Исследование прямой кишки ректальным зеркалом

Правильный ответ: Б) Рентгенография крестцово-копчиковой области

8. При ОП, СПК – возможные методы диагностики и установление грамотно выстроенного диагноза, исходя из их классификации.

9. Каковы лабораторные признаки ОП:

- А) В общем анализе крови лейкоцитоз, палочкоядерный сдвиг, ускоренное СОЭ
- Б) В биохимических - может отмечаться некоторое снижение общего количества белка вследствие интоксикации

10. Уметь правильно формулировать диагноз, исходя из классификации, например, Острый гнойный задний экстрасфинктерный парапроктит; Передний чрессфинктерный свищ прямой кишки.

11. Составьте схему лечения ОП, СПК:

- А) при ОП вскрытие гнойника в просвет кишки с ликвидацией внутреннего отверстия
- Б) при СПК – иссечение свища или иссечение свища лигатурным методом с ликвидацией внутреннего отверстия

12. Какие лечебные мероприятия будете рекомендовать пациентам с возникшей после операции при ОП, СПК - недостаточностью анального сфинктера:

- А) Электростимуляцию анального сфинктера
- Б) Комплекс лечебной гимнастики, направленный на укрепление мышц анального сфинктера, мышц тазового дна.

13. При каком послеоперационном осложнении при ОП, СПК больные нуждаются в проведении экспертизы о наличии инвалидности?

Послеоперационная недостаточность анального сфинктера III степени – инвалидность I-II группы.

14. Составьте ситуационную задачу, из которой бы следовало, что у пациента обострение болезни.

Больной С., страдающий свищем прямой кишки, отмечает повышение температуры тела до 38, прекращение гнойного отделяемого из наружного свищевого отверстия.

Какой диагноз у данного пациента? Какое лечение?

Ответ: у пациента, вследствие прикрытия наружного гнойного свищевого отверстия развилась клиническая картина острого гнойного парапроктита.

Лечение: под спинномозговой анестезией вскрытие гнойника в просвет кишки с ликвидацией внутреннего отверстия.

## Кафедра хирургических болезней №2

**Задания для самостоятельной работы студентов 4 курса медико-профилактического факультета по теме: «Неспецифический язвенный колит (НЯК)»**

**(Этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика, показания к госпитализации, лечение)**

### **I Вопросы для проверки исходного уровня знаний**

1. Определение НЯК.
2. Причины развития НЯК.
3. Этиология НЯК.
4. Патогенез НЯК.
5. Клиническая картина НЯК.
6. Лечение НЯК.

### **II Целевые задачи:**

Студент должен знать:	Литература
-----------------------	------------

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Понятие НЯК</li> <li>• Этиологию НЯК</li> <li>• Классификацию НЯК</li> <li>• Патогенез НЯК</li> <li>• Клинику НЯК</li> <li>• Дифференциальная диагностика НЯК</li> <li>• Показания к госпитализации</li> <li>• Лечение НЯК</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Анатомия человека М.Г. Привес, Н.К. Лысенков, В.И. Бушкович; Ленинград., Медицина 1969г.</li> <li>2. Хирургия кишечника А.А. Шалимов., В.Ф. Саенко Киев «Здоровье» 1977г.</li> <li>3. Клиника и диф. диаг-ка НЯК и болезни Крона толстой кишки. Метод. Рек-ции Москва 1978г. И.А. Колосов, М.Х. Левитан</li> <li>4. Терапевтический справочник М. Вудли, А. Уэлан Москва, 1995г.</li> </ol>
<p><u>Студент должен уметь:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. При первичном осмотре больного собрать жалобы, анамнез, провести внешний осмотр и физикальное обследование, поставить предварительный диагноз НЯК.</li> <li>2. Назначить специальные (лабораторные и инструментальные) методы исследования для уточнения диагноза и правильно его интерпретировать.</li> <li>3. Сформулировать развернутый диагноз.</li> <li>4. Разработать индивидуальный план лечения больного <ol style="list-style-type: none"> <li>А) Диету</li> <li>Б) Режим физической активности</li> <li>В) Медикаментозную терапию</li> </ol> </li> <li>5. Оценить эффективность проводимой терапии</li> <li>6. Оценить медицинские и социальные факторы, и провести экспертизу трудоспособности</li> <li>7. Составить схему диспансерного наблюдения больного.</li> <li>8. Владеть способами профилактики НЯК</li> <li>9. Осуществлять отбор на санаторно-курортное лечение.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Руководство по проктологии А.М. Аминев т. II-III Куйбышев 1973г.</li> <li>2. Наглядная хирургия; под редак. Проф. Крылов Н.Н.; перевод с англ. «ГЭОТАР- Медиа» 2008г.</li> </ol>

Восполнять недостающие знания поможет изучение специальной литературы, указанной выше.

### III Задания для самостоятельной работы по изучаемой теме

1. Дайте определение НЯК

2. Составьте схему патогенеза НЯК, исходя из того, что в возникновение НЯК существуют морфологические изменения стенки толстой кишки.
3. Появление диареи связано с нарушением всасываемости слизистой толстой кишки при её эрозивно - язвенном поражении.
4. Составьте таблицу, которая отражает особенности НЯК по следующему образцу:

Симптомы	НЯК
Боли	Постоянные ноющие боли в животе
Частота стула	Диарея до 10-15 раз и может быть чаще жидкий стул с примесью слизи, крови
.....	

5. Допишите недостающие сведения в нижеследующем тексте:

- А) Болевой синдром (локализация, иррадиация, характер болей, продолжительность, факторы, обуславливающие появление болей)
- Б) Диспепсические явления
- В) Вовлечение в процесс других органов (тонкая кишка, желудок, печень...)
- Г) Повышение температуры тела при развитии воспалительных процессов

6. Обозначьте по авторам симптомы, выявляемые при осложнениях НЯК.

- А) Болезненность живота
- Б) Симптом Валя при острой дилатации левой половины ободочной кишки
- В) Симптомы раздражения брюшины при перфорации различных отделов ободочной кишки при НЯК

7. Составьте три тестовых задания по диагностике НЯК по образцу:

Для НЯК характерны все симптомы, кроме:

- А) Частые слизисто-кровянистые выделения из прямой кишки
- Б) Ноющие боли в животе
- В) Запоры
- Г) Нарушение водно-электролитного обмена
- Д) Снижение аппетита

Правильный ответ В) Запоры

8. При НЯК основные методы диагностики - ирригоскопия, фиброколоноскопия.

Опишите рентгенологическую и эндоскопическую картину НЯК.

9. Каковы лабораторные признаки НЯК

- А) В общем анализе крови...
- Б) Биохимические анализы...
- В) При исследовании кала...

10. Продолжите характеристику диагностических эндоскопических проявлениях НЯК

- А) Отсутствие складок ободочной кишки.
- Б) Контактная кровоточивость слизистой кишки
- В) Отсутствие сосудистого рисунка
- Г) Множественные эрозивно - язвенные поражения толстой кишки

11. Составьте еще две примерные формулировки диагноза по предлагаемому образцу:

- А) НЯК; левостороннее поражение; активная стадия; тяжелое течение

12. Для какой формы НЯК предназначены нижеследующие препараты?

Препараты сульфаниламидного ряда

Гормональная терапия

Ответ: для НЯК; тотальное поражение, активная стадия; тяжелое течение

13. Составьте схему лечения НЯК

14. Составьте ситуационную задачу, из которой бы следовало, что у пациента обострение НЯК

Назначьте лечение вышеописанной задачи

15. Составьте моно ситуационные задачи по изучаемой теме.

## Кафедра хирургических болезней №2

**Задания для самостоятельной работы студентов 4 курса медико-профилактического факультета по теме: «Острая кишечная непроходимость (ОКН)» (Этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика, показания к госпитализации, лечение)**

### **I Вопросы для проверки исходного уровня знаний**

- 1.Определение ОКН.
- 2.Причины развития ОКН.
- 3.Этиология ОКН.
- 3.Патогенез ОКН.
- 4.Клиническая картина ОКН.
- 5.Лечение ОКН.

### **II Целевые задачи:**

<p><u>Студент должен знать:</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Понятие ОКН</li><li>• Этиологию ОКН</li><li>• Классификацию ОКН</li><li>• Патогенез ОКН</li><li>• Клинику ОКН</li><li>• Дифференциальный диагноз ОКН</li><li>• Показания к госпитализации</li><li>• Лечение ОКН</li></ul>	<p><u>Литература</u></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Анатомия человека М.Г. Привес, Н.К.Лысенков, В.И. Бушкович Ленинград «Медицина» 1969г.</li><li>2. Атлас анатомии человека Р.Ф. Синельников II том, Москва, Медицина, 1973г.</li><li>3. Хирургия кишечника А.А. Шалимов, В.Ф. Саенко Киев «Здоровье» 1977г.</li><li>4. Руководство по гнойной хирургии Москва «Медицина»,1984г.</li><li>5. Общая хирургия В. Шмитт В. Хартинга М.И. Кузина I-II том Москва, Медицина, 1985г.</li><li>6. «Кишечная непроходимость» Петров В.П., Ерюхин И.А., М.,1989г.</li><li>7. Хирургические болезни, М.И. Кузин. Учебник Издание 2-ое М., 2002г.</li></ol>
<p><u>Студент должен уметь:</u></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. При первичном осмотре больного собрать жалобы, анамнез, провести внешний осмотр и физикальное</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Справочник по клинической хирургии В.И. Стручков М., 1970г.</li><li>2. Оперативная хирургия И. Литтманн Будапешт Венгрия</li></ol>

<p>обследование и поставить предварительный диагноз острой кишечной непроходимости (ОКН).</p> <p>2. Назначить специальные (лабораторные и инструментальные) исследования для уточнения диагноза и правильно их интерпретировать, читать рентгенограммы (обзорная рентгенография брюшной полости; пассаж бария по ЖКТ).</p> <p>3. Сформулировать развернутый диагноз.</p> <p>4. Разработать индивидуальный план лечения больного:</p> <p>А) Установление назогастрального зонда</p> <p>Б) Двусторонняя новокаиновая паранефральная блокада</p> <p>В) Введение спазмолитических препаратов</p> <p>Г) Выполнение сифонных клизм</p> <p>Д) Трансфузионная терапия</p> <p>Е) Оперативное лечение при неэффективности консервативных мероприятий в течение 4-6 часов с момента поступления.</p>	<p>1982г.</p> <p>3. Хирургия кишечника Ж. Дробни Будапешт Венгрия 1983г.</p> <p>4. Руководство по клинической эндоскопии, Медицина, Москва, 1985г.</p> <p>5. Учебно-метод. пособие «Спаечно-кишечная непроходимость» Ш.Н. Аладжиков, Влад-з, 1996г.</p> <p>6. Наглядная хирургия; под редак. Проф. Крылов Н.Н.; перевод с англ. «ГЭОТАР- Медиа» 2008г.</p>
---	--

Восполнять недостающие знания поможет изучение специальной литературы, указанной выше.

### III Задания для самостоятельной работы по изучаемой теме

1. Дайте определение ОКН
2. Составьте схему патогенеза ОКН, исходя из того, что в возникновение ОКН существуют морфологические изменения стенки толстой кишки.
3. Болевой синдром при ОКН обусловлен за счет перистальтической деятельности кишечника, пытающегося протолкнуть пищевой комок через препятствие, расположенное в том или ином отделе желудочно-кишечного тракта.
4. Составьте таблицу, которая отражает особенности ОКН по следующему образцу:

Симптомы	Механическая кишечная непроходимость	Динамическая кишечная непроходимость
Боли	Интенсивные схваткообразные	Постоянные ноющие
Ассиметрия живота	Зачастую	Отсутствует
Симптом Обуховской больницы	Положительный	Отсутствует
Симптом Валя	Зачастую	Отсутствует
...	...	...

5. Допишите недостающие сведения в нижеследующем тексте:

- А) Болевой синдром (локализация, иррадиация, характер болей, продолжительность, факторы, обуславливающие появление болей)
- Б) Диспептические явления
- В) Вовлечение в процесс других органов (тонкая кишка, желудок, печень...)
- Г) Повышение температуры тела при развитии воспалительных процессов
6. Обозначьте по авторам симптомы, выявляемые при осложнениях ОКН.
- А) Ассимитрия живота (симптом...)
- Б) Зияние заднего прохода при пустой ампуле прямой кишки (симптом...)
- В) При легких толчкообразных поколачиваниях по животу – шум переливающейся жидкости (симптом...)
- Г) При аускультации живота – капает жидкое кишечное содержимое (симптом...)
7. Составьте три тестовых задания по диагностике ОКН по образцу:  
Для диагностики механической ОКН характерны все симптомы, кроме:
- А) Рвота
- Б) Вздутие живота
- В) Симптом Валя
- Г) Рентгенологически – множественные уровни
- Д) Дисфагия
- Правильный ответ Д) Дисфагия
8. При ОКН УЗИ картина соответствует наличию резко раздутых петель, делающих маятникообразные движения
9. Каковы лабораторные признаки ОКН:
- А) В общем анализе крови...
- Б) Биохимические анализы...
- В) При исследовании кала...
10. Составьте схему лечения ОКН
11. Составьте моно (междисциплинарные) ситуационную задачи по теме «Острая кишечная непроходимость (ОКН)». Назначьте лечение вышеописанной задачи.
15. Составьте кроссворд по теме «Острая кишечная непроходимость (ОКН)».

## Кафедра хирургических болезней №2

### **Задания для самостоятельной работы студентов 4 курса медико-профилактического факультета по теме: «Болезни оперированного желудка»**

#### I. Вопросы для проверки исходного (базового) уровня знаний

1. Определение понятия "болезни оперированного желудка".
2. Топографо-анатомические взаимоотношения органов после различных видов оперативных вмешательств на желудке (гастроэнтеростомии, резекции желудка в модификациях первого и второго способов Бильрота, ваготомии в сочетании с пилоропластикой по Гейнеке-Микуличу и Жабулею, селективной проксимальной ваготомии).
3. Классификацию болезней оперированного желудка.
4. Патогенез отдельных болезней оперированного желудка (демпинг-синдром, синдром приводящей петли, пептическая язва анастомоза).
5. Клиническую симптоматиологию болезней оперированного желудка.
6. Основные методы оперативного и консервативного лечения некоторых болезней оперированного желудка.

## II. Целевые задачи:

<p>Студент должен знать:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Определение понятия "болезни оперированного желудка".</li><li>2. Топографо-анатомические взаимоотношения органов после различных видов оперативных вмешательств на желудке (гастроэнтеростомии, резекции желудка в модификациях первого и второго способов Бильрота, ваготомии в сочетании с пилоропластикой по Гейнеке-Микуличу и Жабуюлю, селективной проксимальной ваготомии).</li><li>3. Классификацию болезней оперированного желудка.</li><li>4. Патогенез отдельных болезней оперированного желудка (демпинг-синдром, синдром приводящей петли, пептическая язва анастомоза).</li><li>5. Клиническую симптоматику болезней оперированного желудка.</li><li>6. Основные методы оперативного и консервативного лечения некоторых болезней оперированного желудка.</li></ol> <p>Студент должен уметь:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1 Сформулировать жалобы, собрать анамнез и провести объективное исследование больного, перенесшего операцию на желудке.</li><li>2 На основе оценки полученных клинических данных поставить предварительный диагноз и наметить план целенаправленного обследования больного.</li><li>3 На основе оценки жалоб больного, анамнеза заболевания, объективных клинических данных, данных лабораторных и специальных методов исследования сформулировать и обосновать клинический диагноз.</li><li>4 Поставить показания к оперативному лечению и определить оптимальный вариант его. Определить принципы консервативного метода лечения.</li></ol>	<p>Литература:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Ермолов А.С., Уткин В.В. Хирургия язвенной болезни и 12-п кишки. - Рига, 1983.</li><li>2. Шалимов А.А. Хирургия пищеварительного тракта. - Киев, 1982.</li><li>3. Островерхов Г.Е., Лубоцкий Д.Н., Бомаш Ю.И. Курс оперативной хирургии в топографической анатомии. - Курск, 1994.</li><li>4. Черноусов А.Ф. с соавт., Хирургия язвенной болезни желудка и 12-ПК. - М.: Медицина, 1996.</li><li>5. Кузин М.И. Хирургические болезни. - М., 2005.</li><li>6. Кафедральные лекции.</li></ol>
---	--

## III. Задания для самостоятельной работы по изучаемой теме.

1. Составьте схему физиологической взаимосвязи между желудком, двенадцатиперстной кишкой, печенью, поджелудочной железой.
2. Составьте схемы резекций желудка.
3. Составьте схемы реконструктивных операции на желудке.

4. Больной, 39 лет, был оперирован по поводу перфоративной стенозирующей язвы 12-п кишки - выполнена резекция желудка. Через 6 месяцев после операции на улице больной почувствовал "кинжальную боль" в животе, вынудившую больного присесть, больной покрылся холодным потом. Через час в клинике при обзорной рентгеноскопии брюшной полости обнаружен газ под правым куполом диафрагмы.

КЛИНИКА БОЛЕЗНИ И РЕНТГЕНОСКОПИИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ О НАЛИЧИИ У БОЛЬНОГО ПЕРФОРАЦИИ

---

5. СОСТОЯНИЕ, ДЛЯ КОТОРОГО ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ ПОСТОЯННОЕ ФИЗИЧЕСКОЕ И НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОЕ ИСТОЩЕНИЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ НАРУШЕНИЯ ПРОЦЕССОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ И ВСАСЫВАНИЯ ПИЩИ, НАЗЫВАЕТСЯ

---

6. ЖАЛОБЫ НА ОТСУТСТВИЕ АППЕТИТА, ТОШНОТУ, СРЫГИВАНИЕ, РВОТУ, УРЧАНИЕ В ЖИВОТЕ, НЕУСТОЙЧИВЫЙ СТУЛ ОТНОСЯТСЯ К ГРУППЕ

---

7. Больной, 36 лет, поступил в клинику с жалобами на боли в эпигастрии, отрыжку с небольшим количеством (до 100 мл) желчи, 1-2 раза в месяц. Указанные симптомы стали возникать после приема пищи, спустя пять месяцев после перенесенной резекции желудка. Больной так описывает свои ощущения: "После приема пищи появляется тяжесть в подложечной области, затем вздутие и боли. Потом в правой половине все куда-то с урчанием проваливается, возникает отрыжка желчью".

КЛИНИКА БОЛЕЗНИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О НАЛИЧИИ У БОЛЬНОГО СИНДРОМА

---

8. УКАЖИТЕ СООТВЕТСТВИЕ

1. I степень синдрома приводящей петли
2. II степень синдрома приводящей петли

- а) рвота желчью 2-3 раза в неделю
- б) рвота желчью 1-2 раза в месяц
- в) диспептические явления отсутствуют
- г) общее состояние удовлетворительное
- д) появление чувства тяжести в правом подреберье
- е) снижение трудоспособности
- ж) потеря веса

9. УКАЖИТЕ ОШИБКИ!!!  
ПРИЧИНАМИ СИНДРОМА ПРИВОДЯЩЕЙ ПЕТЛИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1-резекция желудка по Бильрот-I
- 2-резекция желудка по Бильрот-II
- 3-перегиб приводящей петли
- 4-воспалительные сращения в области приводящей петли
- 5-воспаление слизистой приводящей петли в желудок или отводящую петлю

10. ВПИШИТЕ НЕДОСТАЮЩИЕ СЛОВА!  
ДЕМПИНГ-СИНДРОМ (РАННИЙ ПОСЛЕОБЕДЕННЫЙ СИНДРОМ),  
ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ (ПОЗДНИЙ ПОСЛЕОБЕДЕННЫЙ СИНДРОМ),  
АГАСТРАЛЬНАЯ АСТЕНИЯ, ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ СИНДРОМ ПРИВОДЯЩЕЙ ПЕТЛИ  
В КЛАССИФИКАЦИИ БОЛЕЗНЕЙ ОПЕРИРОВАННОГО ЖЕЛУДКА ОТНОСЯТСЯ К  
ГРУППЕ \_\_\_\_\_

11. ВПИШИТЕ НЕДОСТАЮЩИЕ СЛОВА!  
МЕХАНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПРИВОДЯЩЕЙ ПЕТЛИ, НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИИ  
МЕЖКИШЕЧНОГО АНАСТОМОЗА, АНАСТОМОЗИТЫ, ОШИБКИ В ТЕХНИКЕ  
ОПЕРАЦИЙ В КЛАССИФИКАЦИИ БОЛЕЗНЕЙ ОПЕРИРОВАННОГО ЖЕЛУДКА  
ОТНОСЯТСЯ К ГРУППЕ \_\_\_\_\_

12. ВПИШИТЕ НЕДОСТАЮЩИЕ СЛОВА!  
ПЕПТИЧЕСКАЯ ЯЗВА АНАСТОМОЗА И ТОЩЕЙ КИШКИ, РЕЦИДИВИРУЮЩАЯ ЯЗВА,  
РУБЦОВЫЕ СУЖЕНИЯ АНАСТОМОЗА, РАК И ПОЛИПЫ КУЛЬТИ ЖЕЛУДКА В  
КЛАССИФИКАЦИИ БОЛЕЗНЕЙ ОПЕРИРОВАННОГО ЖЕЛУДКА ОТНОСЯТСЯ К  
ГРУППЕ \_\_\_\_\_

13. УКАЖИТЕ ОШИБКУ!  
К СРЕДСТВАМ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ДЕМПИНГ-СИНДРОМЕ  
ОТНОСЯТСЯ  
1-соляная кислота  
2-пепсин  
3-панкреатин  
4-нерабол

14. УКАЖИТЕ ОШИБКУ!  
К МЕХАНИЧЕСКИМ (ОРГАНИЧЕСКИМ) ФАКТОРАМ, ВЫЗЫВАЮЩИМ  
ХРОНИЧЕСКУЮ ФОРМУ СИНДРОМА ПРИВОДЯЩЕЙ ПЕТЛИ, ОТНОСЯТСЯ  
1-длинная приводящая петля без броуновского соустья  
2-ротация приводящей петли вокруг своей продольной оси  
3-пептическая язва анастомоза  
4-сдавление приводящей петли спайками или инфильтратом

15. УКАЖИТЕ СООТВЕТСТВИЯ!  
1. причины развития функционального синдрома приводящей петли  
2. причины развития механического синдрома приводящей петли без

брауновского соустья

- а) спазм приводящей петли
- б) спазм сфинктера 12-перстной кишки
- в) длинная приводящая петля
- г) дооперационный дуоденостаз
- д) ротация приводящей петли вокруг своей продольной оси
- е) сдавление приводящей петли спайками или инфильтратом

16. ВПИШИТЕ НЕДОСТАЮЩИЕ СЛОВА!

РАЗВИТИЕ ПЕПТИЧЕСКОЙ ЯЗВЫ ЗОНЫ ПОСЛЕ СУБТОТАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА, ВЫСОКАЯ ЖЕЛУДОЧНАЯ СЕКРЕЦИЯ (ОСОБЕННО НОЧНАЯ), НАЛИЧИЕ ОПУХОЛИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ИЗ ОСТРОВКОВОЙ ТКАНИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ О НАЛИЧИИ У БОЛЬНОГО СИНДРОМА\_\_\_\_\_ -

17. Больному, 46 лет, 4 года тому назад была выполнена резекция 2/3 желудка по поводу стенозирующей язвы 12-перстной кишки. Через 8 месяцев после операции у больного возник болевой синдром в эпигастрии, а вскоре возникло гастродуоденальное кровотечение. Было диагностировано наличие пептической язвы гастроэнтероанастомоза. Консервативное лечение было неэффективно. Выполнена субтотальная резекция желудка. Однако спустя некоторое время у больного вновь возник подобный симптомокомплекс и были выявлены высокие показатели кислотности. Он был вновь оперирован (гастрэктомия). После операции больной 1,5 года чувствовал себя хорошо.

Какое заболевание имело место у данного больного?

КЛИНИКА ЗАБОЛЕВАНИЯ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О НАЛИЧИИ У БОЛЬНОГО СИНДРОМА\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

18. Составьте 1 ситуационную задачу по теме «Болезни оперированного желудка» по следующему образцу:

ЗАДАЧА 1

Больной, 67 лет, шесть месяцев тому назад был оперирован по поводу субкомпенсированного стеноза привратника, развившегося на почве язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. В связи с общим неудовлетворительным состоянием больного ему был наложен задний позадибодочный анастомоз по Петерсону. Некоторое время чувствовал себя хорошо, а затем появились боли, которые были значительно сильнее прежних. При исследовании желудочного сока были установлены высокие цифры содержания свободной соляной кислоты.

1. Какой ваш предполагаемый диагноз?

2. Какое исследование необходимо провести для уточнения диагноза?

3. Какое оперативное вмешательство необходимо выполнить у этого больного?

Ответ:

1. У больного пептическая язва анастомоза.

2. Необходимы рентгеноскопия желудка, фиброгастроскопия.

3. Учитывая общее неудовлетворительное состояние, необходимо выполнить поддиафрагмальную стволовую ваготомию.

19. Составьте 1 задание для самостоятельной работы по теме «Болезни оперированного желудка».

20. Составьте 5 тестовых заданий по теме «Болезни оперированного желудка».

## Кафедра хирургических болезней №2

### Задания для самостоятельной работы студентов 4 курса медико-профилактического факультета по теме: «Заболевания желудка и 12-перстной кишки»

1. Вопросы для проверки исходного (базового) уровня знаний.
  1. Анатомия желудка.
  2. Функции желудка.
  3. Методы исследования.
  4. Инородные тела желудка.
  5. Химические ожоги и рубцовые структуры желудка.
  6. Язвенная болезнь желудка. Этиология. Патогенез. Патологоанатомическая картина. Клиника.
  7. Диагностика язвенной болезни желудка. Дифференциальная диагностика. Лечение.
  8. Осложнения язвенной болезни желудка.
  9. Острые язвы. Классификация. Острый эрозивный гастрит. Лечение.
  10. Патологические синдромы после операций на желудке.
  11. Опухоли желудка. Классификация. Клиническая картина и диагностика. Лечение. Осложнения.

#### 2. Целевые задачи:

<p>Студент должен знать:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1.Анатомия желудка.</li><li>2.Функции желудка.</li><li>3.Методы исследования.</li><li>4.Инородные тела желудка.</li><li>5.Химические ожоги и рубцовые структуры желудка.</li><li>6.Язвенная болезнь желудка. Этиология. Патогенез. Патологоанатомическая картина. Клиника.</li><li>7.Диагностика язвенной болезни желудка. Дифференциальная диагностика. Лечение.</li><li>8.Осложнения язвенной болезни желудка.</li><li>9.Острые язвы. Классификация. Острый эрозивный гастрит. Лечение.</li><li>10.Патологические синдромы после операций на желудке.</li><li>11Опухоли желудка. Классификация. Клиническая картина и диагностика. Лечение. Осложнения.</li></ol> <p>Студент должен уметь:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1 -Проводить клиническое обследование больных с заболеванием желудка.</li><li>2 -Обосновать конкретный план обследования больных.</li><li>3 -Правильно проводить опрос больных</li><li>4 -Правильно интерпретировать результаты клинических,лабораторных,инструменталь</li></ol>	<p>Литература:</p> <p>Хирургия. И. Ричард. М. Стиллман. С-Пб.- «Манго»-1995г. Клиническая хирургия. Ю.М.Панцеров.М.-1988г. Хирургические болезни. М.И.Кузин М.-«Медицина»-2006г. Энциклопедия клинической онкологии. М.И. Давыдов М.-1986г. Атлас онкологических операций. Б.Э. Петерсон,В.И.Чиссов.А И.Пачес М.-1987г Неотложная хирургия при онкологических заболевания органов брюшной полости. К.М. Лисицин, А.К. Ревская М.-1986Г.</p>
--	---

<p>ных методов обследования.</p> <p>5 -Аргументировать выбор оперативного метода лечения в каждом конкретном случае.</p> <p>6 - Ассистировать на операциях.</p>	
---	--

3. Задания для самостоятельной работы по изучаемой теме.

1 Хронической язвенной болезнью среди взрослого населения:

- А) 0,1-1%;
- Б) 2-3%;
- В) 6-8%;
- Г) 10-12%;
- Д) все верно.

2 Соляная кислота выделяется железами:

- А) кардиального отдела;
- Б) тела желудка;
- В) антрального отдела;
- Г) всех отделов желудка;
- Д) все не верно.

3 При язвенной болезни желудка:

- А) чаще преобладает усиление факторов агрессии;
- Б) чаще наблюдается ослабление факторов защиты;
- В) чаще равновесие факторов защиты и агрессий не нарушено;
- Г) все верно;
- Д) все не верно.

4 Резекция по Бильрот –II- это резекция желудка с наложением:

- А) гастрогастроанастомоза;
- Б) гастродуоденоанастомоза;
- В) гастроеюноанастомоза;
- Г) все верно;
- Д) все не верно.

5 При оперативном лечении перфоративной язвы менее всего вероятна операция:

- А) ушивание язвы;
- Б) ушивание с ваготомией;
- В) лечение язвы с ваготомией;
- Г) резекция желудка;
- Д) гастрэктомия.

6 При поступлении больного с подозрением на желудочное кровотечение наименее вероятно выполнение дежурным врачом:

- А) ФГДС;
- Б) анализа крови;
- В) исследование протромбинового индекса;
- Г) рентгеноскопии желудка;
- Д) ректального исследования.

7 У 45-летнего больного через 6 месяцев после операции резекции 2/3 желудка по Бильрот-

II по поводу язвы 12-перстной кишки диагностирована пептическая язва анастомоза. Какова её возможная причина?

- А) Синдром Золлингера-Эллисона;
- Б) гиперпаратиреоз
- В) недостаточный объём резекции при первом вмешательстве;
- Г) оставлена слизистая антрального отдела;
- Д) хронический панкреатит.

8 Показанием к консервативному лечению демпинг-синдрома является:

- 1. легкие формы;
- 2. средние формы без прогрессирования процесса;
- 3. средние формы с прогрессированием;
- 4. тяжелые формы;
- 5. во всех случаях показано оперативное лечение.

9 При пептической язве анастомоза возможные осложнения:

- 1. Кровотечение;
- 2. перфорации;
- 3. пенетрации;
- 4. образование внутреннего свища;
- 5. стеноза.

10 Наиболее часто перерождаются в рак желудка:

- А) гиперпластические полипы;
- Б) аденоматозные полипы;
- В) аденопапилломатозные полипы;
- Г) папиллярная аденома;
- Д) все полипы, независимо от их гистологического строения, обладают повышением одинаковым индексом малигнизации.

11 На уровень заболеваемости раком желудка влияют:

- А) пищевой фактор и режим питания;
- Б) почвенно-климатическая обусловленность;
- В) местные изменения слизистой оболочки желудка;
- Г) фоновые заболевания, наследственный фактор;
- Д) всё перечисленное.

12 Больной Р.43 лет, обратился с жалобами на головокружение, внезапную слабость, обморочное состояние: позже возникла обильная кровавая рвота с цвета «кофейной гущи», а затем черный дегтеобразный стул. При осмотре обращает на себя внимание страх и беспокойство больного. Кожные покровы цианотичные влажные. ПУЛЬС УЧАЩЕН; А/Д снижено; дыхание учащенное. Больной испытывает жажду, отмечает сухость слизистых оболочек полости рта.

- 1) Каков диагноз данного заболевания?
- 2) Определите лечебную тактику.

13 По гистологическому строению рак желудка чаще является

- а) аденокарциномой
- б) плоскоклеточным раком
- в) смешанным железисто- плоскоклеточным раком
- г) все перечисленные варианты встречаются с одинаковой частотой

14 Наиболее редкое осложнение ЯБ ДПК:

- а) пенетрация
- б) малигнизация
- в) кровотечение
- г) перфорация

15 Виды оперативных вмешательств при ЯБ ДПК

- а) гастрэктомия
- б) стволовая ваготомия с пилоропластикой
- в) селективная проксимальная ваготомия
- г) верно а, б
- д) верно а, б, в

### Кафедра хирургических болезней №2

**Задания для самостоятельной работы студентов 4 курса медико-профилактического факультета по теме: «Желудочно-кишечные кровотечения»**

I. Вопросы для проверки исходного (базового) уровня знаний

1. Анатомия желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК).
2. Методы исследования желудка и ДПК.
3. Этиология и патогенез язвенных гастродуоденальных кровотечений.
4. Классификации гастродуоденальных кровотечений.
5. Клиника желудочно-кишечных кровотечений.
6. Диагностика.
7. Дифференциальная диагностика.
8. Методы консервативного и хирургического лечения.

II. Целевые задачи:

Студент должен знать:	Литература:
1. Этиопатогенетическую классификацию гастродуоденальных кровотечений, причины часто и редко встречающихся желудочно-кишечных кровотечений.	Хирургические болезни, 2-е издание
2. Местные и общие причины возникновения язвенных гастродуоденальных кровотечений.	М.И. Кузин ред., Москва
3. Общие и местные симптомы желудочно-кишечных кровотечений.	Издательство: Медицина.
4. Изменения центрального венозного давления (ЦВД), объема циркулирующей крови (ОЦК) и ее компонентов при гастродуоденальных кровотечениях.	Год издания: 2008  Хирургические болезни,

<p>5. Значение инструментальных методов исследования (рентгеноскопии, гастродуоденоскопии, ректороманоскопии, фиброколоноскопии и др.) в диагностике острых желудочно-кишечных кровотечений.</p> <p>6. Патогенез геморрагического шока, состояние центральной гемодинамики (феномен "централизации кровообращения") и органного кровотока при профузных желудочно-кишечных кровотечениях.</p> <p>7. Стадии гемостаза (по данным фиброгастроскопии): устойчивого, неустойчивого гемостаза, продолжающегося кровотечения. Тактика лечения при различных стадиях.</p> <p>8. Показания к переливанию крови и эритроцитарной массы, принципы инфузионной терапии в зависимости от степени кровопотери и длительности кровотечения.</p> <p>9. Лечебную тактику при продолжающемся желудочно-кишечном кровотечении. Методы эндоскопического и оперативного лечения.</p> <p>Студент должен уметь:</p> <p>1. Правильно и целенаправленно выявить и собрать анамнез для постановки диагноза, проведения дифференциального диагноза (в случае неясного источника желудочно-кишечного кровотечения).</p> <p>2. Усвоить основные принципы измерения центрального венозного давления.</p> <p>3. На основании оценки гемодинамики (пульс, АД, ЦВД и ОЦК) и гематологических показателей (количество эритроцитов, гемоглобин, гематокрит, коагулограмма и др.) определить степень тяжести кровопотери.</p>	<p>Савельев В.С., Кириенко А. И. Москва Издательство: Медицина. Год издания: 2005</p> <p>Острая массивная кровопотеря Воробьев А.И., Городецкий В.М., Шулутко Е.М., Васильев С.А. Москва Год издания: 2001.</p>
--	---

<p>4. Усвоить основные принципы выполнения и дать оценку рентгеноскопии желудка, эзофагоскопии, фиброгастродуоденоскопии, фиброколоноскопии, выполняемых при желудочно-кишечном кровотечении.</p> <p>5. Уметь выявить симптомы, указывающие на рецидив кровотечения.</p> <p>6. Определить лечебную тактику при продолжающемся кровотечении, рецидиве или угрозе рецидива гастродуоденального кровотечения.</p> <p>7. Установить показания и усвоить основные принципы выполнения применяющихся оперативных вмешательств при гастродуоденальном кровотечении.</p>	
--	--

### III. Задания для самостоятельной работы по изучаемой теме.

1. Перечислите источники артериального кровоснабжения желудка и 12-п. кишки.

2. Назовите 5 наиболее частых причин гастродуоденальных кровотечений.

3. Укажите типичные клинические проявления гастродуоденального кровотечения.

4. Укажите механизмы компенсации дефицита ОЦК при гастродуоденальном кровотечении.

5. Перечислите методы инструментальной и лабораторной диагностики кровотечений из верхнего отдела ЖКТ.

6. Приведите 3 варианта эндоскопического заключения при гастродуоденальном кровотечении.

7. Определите понятие “неустойчивый гемостаз”.

8. Укажите принципы консервативной терапии при гастродуоденальном кровотечении.

9. Сформулируйте показания к экстренному оперативному лечению кровоточащей гастродуоденальной язвы.

10. Сформулируйте показания к отсроченному оперативному лечению кровоточащей гастродуоденальной язвы.

11. Укажите критерии продолжающегося кровотечения из верхних отделов ЖКТ.
12. Назовите виды оперативного пособия при кровоточащей язве желудка.
13. Назовите виды оперативного пособия при кровоточащей дуоденальной язве.
14. Перечислите методы минимально-инвазивной остановки кровотечения из верхних отделов ЖКТ (эндоскопические, эндовазальные).
15. Составьте 5 тестовых заданий по теме «Желудочно-кишечные кровотечения» по следующему образцу:  
Активная хирургическая тактика в экстренном порядке показана при следующих эндоскопических критериях по J.A.H. Forrest:
- А) наличии рыхлого красного тромба
  - Б) наличии фиксированного тромба
  - В) видимого «пенька» сосуда в дне язвы
  - Г) наличии струйного артериального кровотечения
  - Д) на фоне кровотечения без видимого источника.
16. Составьте 1 ситуационную задачу по теме «Желудочно-кишечные кровотечения» по следующему образцу:  
Больной госпитализирован с кровотечением из язвы желудка. Язва до 3 см в диаметре на задней стенке тела желудка. Атипичных клеток при биопсии нет. Анемия купирована. Выберите способ лечения больного:
- А) Противоязвенное амбулаторное лечение
  - Б) Противоязвенное стационарное лечение.
  - С) Плановая операция.
  - Д) Экстренная операция.
  - Е) Операция при неэффективности консервативной терапии
17. Составьте 1 задание для самостоятельной работы по теме «Желудочно-кишечные кровотечения».

## Кафедра хирургических болезней №2

### Задания для самостоятельной работы студентов 4 курса медико-профилактического факультета по теме: «Желчно-каменная болезнь»

#### I. Вопросы для проверки исходного (базового) уровня знаний

1. Анатомия и физиология желчного пузыря и желчевыводящих путей.
2. Методы исследования желчного пузыря и желчевыводящих путей.
3. Этиология и патогенез желчнокаменной болезни.
4. Классификация острого холецистита.
5. Клиника острого холецистита.
6. Диагностика.
7. Дифференциальная диагностика.
8. Методы консервативного и хирургического лечения.
9. Этиология и патогенез синдрома механической желтухи.
10. Клиника и диагностика синдрома механической желтухи.
11. Дифференциальная диагностика желтух.
12. Методы консервативного и хирургического лечения синдрома механической желтухи

#### II. Целевые задачи:

Студент должен знать:	Литература:
1. Хирургическую анатомию билиарного дерева.	Хирургические болезни,
2. Нормальную физиологию желчеоттока.	2-е издание
3. Основные лабораторные тесты оценки функции печени.	М.И. Кузин ред.,
4. Клинические симптомы ЖКБ и её осложнений (холангит, механическая желтуха, синдром Мирizzi, синдром Кароли).	Москва
5. Методы инструментальной диагностики билиарной патологии.	Издательство: Медицина.
6. Лечебную тактику при хирургических поражениях билиарного дерева.	Год издания: 2008
7. Показания к хирургическому лечению патологии внепечёночного желчного дерева.	Хирургические болезни,
Студент должен уметь:	Савельев В.С., Кириенко А. И.
1. Правильно и целенаправленно выявлять жалобы и собирать анамнез для постановки предварительного диагноза, определения оптимального плана	Москва
	Издательство: Медицина.
	Год издания: 2005

<p>лабораторного и инструментального обследования.</p> <p>2. Усвоить основные показатели функциональной активности печени и пигментного обмена.</p> <p>3. Усвоить основные принципы выполнения сонографии билиарного тракта, диагностические возможности компьютерной и магниторезонансной томографии, антеградного и ретроградного контрастного исследования желчных путей.</p> <p>4. Проводить дифференциальный диагноз поражения печени, желчных путей, 12-перстной кишки и поджелудочной железы на основании данных объективного обследования, результатов лабораторного тестирования и методов инструментальной диагностики.</p> <p>5. Определять оптимальную лечебную тактику при хирургической патологии желчного дерева.</p> <p>6. Установить показания и усвоить основные принципы выполнения применяющихся хирургических вмешательств при лечении хирургической патологии желчного дерева.</p>	<p>Гепатобилиарная хирургия.</p> <p>Майстренко Н.А., Нечай Н.И. СПб., Спецлитература, 1999 г.</p> <p>Неотложная абдоминальная хирургия.</p> <p>Гринберг А.А. М., Триада-Х, 2000 г.</p> <p>Болезни печени</p> <p>Подымова С.Д. М., Медицина, 2000 г.</p>
--	---

### III. Задания для самостоятельной работы по изучаемой теме.

1. Опишите анатомию желчного пузыря и желчевыводящих путей.
2. Назовите основные методы исследования желчного пузыря и желчевыводящих путей.

3. Опишите этиологию и патогенез ЖКБ
4. Укажите основные клинические симптомы ЖКБ и ее осложнений.
5. Приведите классификацию острого холецистита.
6. Назовите основные методы диагностики острого холецистита.
7. Назовите основные виды оперативных вмешательств используемых при остром калькулезном холецистите.
8. Опишите этиологию и патогенез синдрома механической желтухи.
9. Укажите основные клинические проявления синдрома механической желтухи.
10. Проведите дифференциальную диагностику желтух.
11. Назовите методы оперативного лечения синдрома механической желтухи
12. Составьте 5 тестовых заданий по теме «Заболевания желчевыводящих путей» по следующему образцу:  
Осложнением ЖКБ не является:  
а) водянка желчного пузыря;  
б) эмпиема желчного пузыря;  
в) желтуха;  
г) холангит;  
д) гемангиома печени.
13. Составьте 1 ситуационную задачу по теме «Заболевания желчевыводящих путей» по следующему образцу:  
Больная П., 53 лет, поступила в клинику с жалобами на приступообразные боли в правом подреберье, сопровождающиеся появлением желтухи и температурой. Жалобы эти появились через 10 дней после операции холецистэктомии, сделанной по поводу хронического калькулезного холецистита. Во время операции холедох шириной 0,9 см, пальпаторно в его просвете камни не определялись. Холангиография не производилась. Объективно: состояние ближе к удовлетворительному. Кожный покров и видимые слизистые слегка желтоватые. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье. Печень, селезенка не пальпируются. Билирубин крови - 60 мкм-л, больше за счет прямого. Объясните причину появления болей и температуры и какие исследования проведете для установления причины желтухи?
14. Составьте 1 задание для самостоятельной работы по теме «Заболевания желчевыводящих путей».

## Кафедра хирургических болезней №2

### Задания для самостоятельной работы студентов 4 курса медико-профилактического факультета по теме: «Заболевания пищевода»

#### I. Вопросы для проверки исходного (базового) уровня знаний

1. Анатомия пищевода.
2. Методы исследования пищевода.
3. Этиология, патогенез заболеваний пищевода.
4. Химические ожоги и рубцовые стриктуры пищевода.
5. Методы лечения при ожогах и рубцовых стриктурах.
6. Варикозное расширение вен пищевода. Клиника, диагностика. Методы лечения.
7. Рефлюкс – эзофагит. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
8. Дивертикулы пищевода. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Методы лечения.
9. Халазия пищевода.
10. Нарушение моторики пищевода.
11. Опухоли пищевода. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Методы лечения.

#### II. Целевые задачи:

<p>Студент должен знать:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Анатомия органов пищевода.</li><li>2. Методы исследования пищевода.</li><li>3. Этиология, патогенез заболеваний пищевода.</li><li>4. Химические ожоги и рубцовые стриктуры пищевода.</li><li>5. Методы лечения при ожогах и рубцовых стриктурах.</li><li>6. Варикозное расширение вен пищевода. Клиника, диагностика. Методы лечения.</li><li>7. Рефлюкс- эзофагит. Этиология, клиника, диагностика, лечение.</li><li>8. Дивертикулы пищевода. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Методы лечения.</li><li>9. Халазия пищевода.</li><li>10. Нарушение моторики пищевода.</li><li>11. Опухоли пищевода. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Методы лечения.</li></ol> <p>Студент должен уметь:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1 Проводить клиническое обследование больных с заболеваниями пищевода.</li><li>2 Обосновать конкретный план обследования больных с заболеваниями пищевода.</li><li>3 Правильно проводить опрос больных с заболеваниями пищевода.</li><li>4 Правильно интерпретировать результаты клинических, лабораторных, инструментальных и др. методов</li></ol>	<p>Литература:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Энциклопедия клинической онкологии под ред. М.И. Давыдова. М.-2004г.</li><li>2. Клиническая хирургия под ред. Ю.М. Панцырева. М.-1988г.</li><li>3. Хирургия. Ричард М.Стилман. С.П.б. -МАПО 1995г.</li><li>4. Атлас онкологических операций под ред. Б.Э. Петерсона, В.И. Чиссов, А.И. Пачесса.М.-1987г.</li><li>5. Хирургические болезни под ред. М.И. Кузина, 2006</li><li>6. Рак пищевода. Ю.Э. Березов, М.-1979г.</li></ol>
---	---

исследования.	
5 Аргументировать выбор оперативного метода лечения в каждом конкретном случае.	
6 Ассистировать на операциях по поводу заболеваний пищевода.	

III. Задания для самостоятельной работы по изучаемой теме.  
Тесты для самостоятельного контроля.

1. При химическом ожоге пищевода в острой стадии показано :

- а) промывание рта, пищевода, желудка питьевой водой,
- б) назначение препаратов морфия, седативных средств,
- в) питье молока,
- г) все верно,
- д) все неверно.

2. При безуспешной консервативной терапии фибринозно-язвенного рефлюкс-эзофагита прибегают к:

- а) резекция желудка по Бильрот- I,
- б) эзофагофундопликация,
- в) селективная проксимальная ваготомия,
- г) стволовая ваготомия,
- д) резекция желудка по Бильрот- II.

3. Основным методом диагностики дивертикула пищевода является:

- а) эзофагоскопия;
- б) контрастное рентгеновское исследование;
- в) УЗИ;
- г) радионуклидное исследование;
- д) компьютерная томография.

4. Ценкерровский дивертикул пищевода локализуется:

- а) в области бифуркации трахеи;
- б) над диафрагмой;
- в) в верхней трети пищевода;
- г) в глоточно-пищеводном переходе;
- д) над кардией.

5. Наиболее ранним проявлением рака пищевода является:

- а) дисфагия;
- б) боль за грудиной и в спине;
- в) срыгивание застойным содержимым;
- г) усиленное слюноотделение;
- д) похудание.

6. В диагностике инородных тел пищевода не используют:

- а) сбор жалоб и анамнеза;
- б) зондирование пищевода;
- в) контрастную рентгеноскопию пищевода;
- г) эзофагоскопию пищевода;

д) ларингоскопию.

7. У больных с извитыми и множественными послеожоговыми стриктурами пищевода отдается предпочтение бужированию:

- а) «слепому» через рот;
- б) под контролем эзофагоскопа;
- в) ретроградному;
- г) полыми рентгеноконтрастными бужами по металлическому проводнику;
- д) «бужированию без конца» через гастростому

8. Самые частые осложнения дивертикула пищевода:

- а) дивертикулит;
- б) перфорация;
- в) кровотечение;
- г) озлокачествление;
- д) стриктура пищевода.

Выберите правильную комбинацию ответов:

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

9. Ахалазия кардии — это:

- а) спазм кардиального сфинктера при глотании;
- б) зияние кардиального сфинктера;
- в) недоразвитие кардиального отдела желудка;
- г) чрезмерно большие размеры кардиального отдела желудка;
- д) транспозиция кардиального жома в грудную клетку.

10. К симптомам раннего рака пищевода следует отнести:

- а) дисфагию;
- б) боли за грудиной в спине
- в) кашель при приеме пищи;
- г) усиленное слюноотделение;
- д) похудание.

Выберите правильную комбинацию ответов:

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

11. Наиболее частой злокачественной опухолью пищевода является

- а) саркома
- б) лейомиосаркома
- в) меланома
- г) рабдомиосаркома
- д) рак

12. Первую стадию рака пищевода характеризует размер опухоли

- а) до 3 см
- б) 4-5 см
- в) 6-8 см
- г) более 8

13. Регионарные метастазы при первой стадии рака пищевода

- а) отсутствует

- б) имеются единичные в околопищеводных лимфатических узлах
- в) поражают все группы регионарных лимфатических узлов

14 Термином «дисфагия» называют

- а) нарушение акта глотания
- б) боль при прохождении пищевого комка по пищеводу
- в) ощущение инородного тела в области пищевода
- г) затрудненное прохождение пищи по пищеводу

15 При раке пищевода наблюдаются типы дисфагии (укажите три правильных ответа)

- а) механическая
- б) рефлекторная
- в) смешанная
- г) гормонально обусловленная

16 Наиболее информативным диагностический приемом в распознавании ранней стадии рака пищевода является

- а) цитологическое исследование промывных вод из пищевода
- б) рентгенологическое исследование
- в) манометрическое исследование пищевода
- г) эндоскопическое исследование пищевода с биопсией

17. *Продолжите фразу:*

Для ахалазии кардии характерна триада симптомов: боли, дисфагия, .....

18. Больной, 25 лет, поступил в клинику с жалобами на изжогу, усиливающуюся при наклоне вперед, отрыжку, ощущение жжения за грудиной.

Объективно: состояние средней тяжести, кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Над легкими везикулярное дыхание. Тоны сердца ясные, ритм сохранен. Ps - 85 ударов в минуту, АД – 130/80 мм рт. ст. Язык суховат, обложен желтоватым налетом. Живот симметричный, равномерно участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии. Перитонеальные симптомы отрицательные.

Перистальтика выслушивается.

ФЭГДС: Слизистая пищевода отечна, гиперемированна. Имеются сливающиеся, но не циркулярные эрозии на слизистой пищевода.

*Вопросы:*

1. Какое заболевание можно заподозрить? Сформулируйте диагноз.
2. Какие симптомы говорят в пользу данного диагноза?
3. Какое дополнительное исследование необходимо произвести для уточнения диагноза?
4. Какого лечение данного заболевания?

19. Больной, 62 года, обратился в клинику с жалобами на затруднение глотания, ощущение кома в горле, кашель, неприятный запах изо рта.

Объективно: кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Над легкими везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены, ритм сохранен.

Язык суховат, обложен белым налетом по краям. Живот симметричный, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Перитонеальные симптомы отрицательные.

Перистальтика выслушивается.

При отведенной назад голове на шее определяется выпячивание, которое уменьшается при надавливании.

*Вопросы:*

1. Сформулируйте предполагаемый диагноз.
2. Что нужно попросить сделать больного, чтобы определить какого рода это выпячивание?
3. Какой дополнительный метод исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
4. **Какое** лечение необходимо провести?

## Кафедра хирургических болезней №2

### Задания для самостоятельной работы студентов 4 курса медико-профилактического факультета по теме: «Острый панкреатит»

#### I. Вопросы для проверки исходного (базового) уровня знаний

1. Этиологию и патогенез хронического панкреатита и кист поджелудочной железы.
2. Классификацию хронического панкреатита.
3. Классификацию кист поджелудочной железы.
4. Клиническую симптоматику хронического панкреатита и кист поджелудочной железы.
5. Диагностическое значение исследований внешней и внутренней секреции поджелудочной железы при хроническом панкреатите.
6. Инструментальные методы диагностики хронического панкреатита и кист поджелудочной железы: ультразвуковое исследование, дуоденоманометрию, рентгеноскопию желудка, релаксационную дуоденографию, ангиографию, радиоизотопное сканирование, холецистохолангиографию, дуоденоскопию, эндоскопическую ретроградную панкреатохолангиографию и др.
7. Комплексное консервативное лечение хронического панкреатита.
8. Оперативные вмешательства при хроническом панкреатите: резекцию поджелудочной железы, панкреатодигестивные анастомозы.
9. Методы оперативного лечения кист поджелудочной железы.

#### II. Целевые задачи:

<p>Студент должен знать:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Этиологию и патогенез хронического панкреатита и кист поджелудочной железы.</li><li>2. Классификацию хронического панкреатита.</li><li>3. Классификацию кист поджелудочной железы.</li><li>4. Клиническую симптоматику хронического панкреатита и кист поджелудочной железы.</li><li>5. Диагностическое значение исследований внешней и внутренней секреции поджелудочной железы при хроническом панкреатите.</li><li>6. Инструментальные методы диагностики хронического панкреатита и кист поджелудочной железы: ультразвуковое исследование, дуоденоманометрию, рентгеноскопию желудка, релаксационную дуоденографию, ангиографию, радиоизотопное сканирование, холецистохолангиографию, дуоденоскопию, эндоскопическую ретроградную панкреатохолангиографию и др.</li><li>7. Комплексное консервативное лечение хронического панкреатита.</li><li>8. Оперативные вмешательства при хроническом панкреатите: резекцию поджелудочной железы, панкреатодигестивные анастомозы.</li><li>9. Методы оперативного лечения кист</li></ol>	<p>Литература:</p> <p>Хирургические болезни, 2-е издание М.И. Кузин ред., Москва Издательство: Медицина. Год издания: 2008</p> <p>Питер А. Бэнкс. Панкреатит (перевод с английского). - М., 1982.</p> <p>Данилов М.В. с соавт. Заболевания поджелудочной железы. М., 1995.</p>
---	--

<p>поджелудочной железы.</p> <p>Студент должен уметь:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 Выявить основные жалобы и собрать анамнез при хроническом панкреатите и кистах поджелудочной железы.</li> <li>2 Провести объективное исследование больного с заболеваниями поджелудочной железы (пальпация живота в позах Гротта).</li> <li>3 Провести лабораторное исследование и дать оценку результатам внешнесекреторной функции поджелудочной железы: а) активности протеолитических ферментов, липазы и амилазы в крови, моче и дуоденальном содержимом; б) копрограммы.</li> <li>4 Установить основные принципы выполнения и уметь дать оценку результатам: УЗИ, рентгеноскопии, релаксационной дуоденографии, ангиографии, эндоскопической ретроградной панкреатохолангиографии, радиоизотопному сканированию поджелудочной железы.</li> <li>5 Выставить показания и определить необходимый объем комплексной консервативной терапии при хроническом панкреатите.</li> <li>6 Выставить показания к хирургическому лечению хронического панкреатита и кист поджелудочной железы.</li> </ol>	<p>Кафедральные лекции.</p> <p>Заболевания поджелудочной железы.</p> <p>Учебно-методическое пособие для студентов.</p> <p>Кафедра госпитальной хирургии.</p> <p>Год издания: 2009</p>
---	---

III. Задания для самостоятельной работы по изучаемой теме.

1. Составьте схему операции при кисте поджелудочной железы.

2. УКАЖИТЕ ОШИБКУ !!!

ОСНОВНЫМИ ПОКАЗАНИЯМИ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ЯВЛЯЮТСЯ

1-выраженный болевой синдром

2-хронический калькулезный панкреатит

3-хронический индуративный панкреатит

4-вторичный хронический панкреатит с выраженной внутрипротоковой гипертензией

3. УКАЖИТЕ СООТВЕТСТВИЕ

ВИДЫ ОПЕРАЦИЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДИАГНОЗА

1 хронический панкреатит

2 кисты поджелудочной железы

а) марсупиализация

б) цистоеюноанастомоз

в) резекция ПЖ

г) цистодуоденоанастомоз

д) продольная панкреатоюностомия

4. УКАЖИТЕ СООТВЕТСТВИЕ

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ НАРУШЕНИЙ СЕКРЕТОРНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

1 внешнесекреторные

2 внутрисекреторные

а) жажда

б) вздутие живота

в) неустойчивый стул

г) полиурия

д) изменение веса

е) прогрессирующая потеря веса

ж) чувство тяжести в эпигастрии

5. УКАЖИТЕ СООТВЕТСТВИЕ

ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

1 первичный

2 вторичный

ОТЛИЧИТЕЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ

в) стриктуры БСДК

г) хронический калькулезный холецистит

д) злоупотребление алкоголем

е) осложнения язвенной болезни 12-п кишки

ж) гиперлипидемия

з) холедохолитиаз

а) аутоиммунные нарушения

б) дефицит белкового питания

6. У БОЛЬНОГО, 48 ЛЕТ, С ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ ПРИ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ОБНАРУЖЕНО УВЕЛИЧЕНИЕ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С УМЕРЕННОЙ ДЕФОРМАЦИЕЙ ЕЕ КОНТУРОВ И ОКРУГЛЫЕ ТЕНИ ВНУТРИПРОТОКОВЫХ КОНКРЕМЕНТОВ ИЛИ ОЧАГОВ ОБЫЗВЕЩВЛЕНИЯ ТКАНИ ЖЕЛЕЗЫ.

ИМЕЮЩИЕСЯ СВЕДЕНИЯ СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ О НАЛИЧИИ У БОЛЬНОГО

---

7. УКАЖИТЕ СООТВЕТСТВИЯ!  
ЗАБОЛЕВАНИЕ

ВИД ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

- 1 хронический панкреатит
- 2 кисты поджелудочной железы

- а) марсупилизация
- б) цистоеюноанастомоз
- в) ККР
- г) цистодуоденоанастомоз
- д) продольная панкреатоеюностомия
- е) ПДР

8. Больной В., 56 лет, поступил в клинику с жалобами на постоянные ноющие, временами усиливающиеся боли в правом подреберье и эпигастральной области, беспокоят также периодическое вздутие живота, частые появления кашцеобразного с резким запахом кала, чередование поносов с запорами. Из анамнеза установлено, что больной 28 лет назад перенес операцию по поводу геморрагического панкреонекроза. Послеоперационный период протекал без осложнений. Строго соблюдал диету. Неоднократно находился на санаторно-курортном лечении. Общее состояние удовлетворительное, кожные покровы и видимые слизистые бледноватые.

Несколько пониженного питания. Гемодинамика не страдает. Язык влажный, живот не вздут, участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, умеренно болезненный при глубокой пальпации в правом подреберье. Печень и селезенка не увеличены.

**КАКОЙ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ВЫ СЧИТАЕТЕ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТЕН?**

- 1-хронический панкреатит
- 2-язвенная болезнь желудка
- 3-язвенная болезнь 12-п.к.
- 4-гастрит
- 5-острый аппендицит
- 6-острый холецистит

**9. НОРМАЛЬНЫЕ ВЕЛИЧИНЫ АКТИВНОСТИ АМИЛАЗЫ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ СОСТАВЛЯЮТ:**

- 1-2-8 мг/чмл
- 2-12-32 мг/чмл
- 3-0 мг/чмл
- 4-4 мг/чмл
- 5-8 мг/чмл
- 6-5-17 мг/чмл

**10. УКАЖИТЕ ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ!**

**БОЛЕЗНЕННОСТЬ ПРИ ПАЛЬПАЦИИ В ЛЕВОМ РЕБЕРНО-ПОЗВОНОЧНОМ УГЛУ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ СИМПТОМА:**

- 1-Воскресенского
- 2-Мейо-Робсона
- 3-Грюнвальда
- 4-Мондора
- 5-Грея-Тернера
- 6-Кохера
- 7-Щеткина-Блюмберга

**11. УКАЖИТЕ ОШИБКУ!**

**ВЕДУЩИМ ПОКАЗАНИЕМ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ:**

- 1-выраженный болевой синдром
- 2-хронический калькулезный панкреатит
- 3-хронический индуративный панкреатит
- 4-вторичный хронический панкреатит с выраженной внутрипротоковой гипертензией
- 5-рвота
- 6-понос

12. Составьте 5 тестовых заданий по теме «Заболевания поджелудочной железы».

13. Составьте 1 задание для самостоятельной работы по теме «Заболевания поджелудочной железы»

14. Составьте 1 ситуационную задачу по теме «Заболевания поджелудочной железы» по сл. образцу:

**ЗАДАЧА 1**

Больной, 53 лет, поступил в больницу с жалобами на постоянные, интенсивные боли в эпигастральной области, которые носят опоясывающий характер, диспептические расстройства.

Из анамнеза выяснено, что он длительное время злоупотреблял алкоголем. Боли в животе начались постепенно, без острого приступа, 6 лет тому назад. По этому поводу неоднократно лечился стационарно. Однако за последние 1,5 года консервативная терапия неэффективна, болевой синдром почти не купируется.

Больной истощен, кожные покровы бледные. При пальпации определяется болезненность и уплотнение поджелудочной железы. Амилаза крови 7,6 мг, диастаза мочи - 256 ед, сахар крови 5,2 ммоль/л, лейкоцитоз -  $8 \cdot 10^9$ .

При ультразвуковой сонографии желчные протоки равномерно и умеренно расширены, конкрементов в них нет. При релаксационной дуоденографии и томографии выявлено равномерное увеличение головки поджелудочной железы.

1. Какая клиническая форма хронического панкреатита у данного больного?

2. Какой дополнительный метод диагностики необходим?

3. Какой метод лечения показан больному?

Ответ:

1. Первичный хронический болевой панкреатит.

2.РПХГ

## Кафедра хирургических болезней №2

### Задания для самостоятельной работы студентов 4 курса медико-профилактического факультета по теме: «Перитонит»

I. Вопросы для проверки исходного (базового) уровня знаний

1. Анатомия брюшной полости.
2. Функции брюшины.
3. Классификация перитонита.
4. Этиология перитонита.
5. Патогенез перитонита.
6. Клиника заболевания.
7. Диагностика.
8. Дифференциальная диагностика.
9. Методы хирургического лечения.

II. Целевые задачи:

<p>Студент должен знать:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Анатомия брюшной полости.</li><li>• Функции брюшины.</li><li>• Классификация перитонита.</li><li>• Этиология перитонита.</li><li>• Патогенез перитонита.</li><li>• Клиника заболевания.</li><li>• Диагностика.</li><li>• Дифференциальная диагностика.</li><li>• Методы хирургического лечения.</li></ul> <p>Студент должен уметь:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Проводить клиническое обследование</li></ol>	<p>Литература:</p> <p>Хирургические болезни, 2-е издание М.И. Кузин ред., Москва Издательство: Медицина. Год издания: 2008.</p> <p>Перитонит Савельев В.С., Гельфанд Б.Р., Филимонов М.И. Москва Издательство: Литтерра.</p>
---	--

<p>больных с перитонитом</p> <p>2. Обосновать конкретный план обследования больных с перитонитом</p> <p>3. Правильно проводить опрос больных с перитонитом.</p> <p>4. Правильно интерпретировать результаты клинических, лабораторных, инструментальных и других методов обследования.</p> <p>5. Аргументировать выбор оперативного метода лечения в каждом конкретном случае.</p> <p>6. Ассистировать на операциях по поводу перитонита.</p>	<p>Год издания: 2006.</p> <p>Перитонит Учебно-методическое пособие для студентов. Кафедра госпитальной хирургии. Год издания: 2009</p>
---	--

III. Задания для самостоятельной работы по изучаемой теме.

1. Изобразите схему деления брюшной полости на сегменты.
2. Исходя из этой схемы, наглядно обоснуйте классификацию перитонита по распространенности.
3. Приведите полную классификацию перитонита.
4. Перечислите основные методы, применяемые для диагностики перитонита.
5. Опишите принципы предоперационной подготовки.
6. Изобразите схему дренирования брюшной полости при перитоните.

7. Изобразите схему перитонеального лаважа.

8. Составьте 5 тестовых заданий по теме «Перитонит» по следующему образцу:
- Разлитой гнойный перитонит может быть следствием всех перечисленных заболеваний, кроме:
- а) перфорации дивертикула Меккеля;
  - б) болезни Крона;
  - в) стеноза большого дуоденального соска;
  - г) рихтеровского ущемления грыжи;
  - д) острой кишечной непроходимости.
- Ответ: в.



9. Составьте 1 ситуационную задачу по теме «Перитонит» по следующему образцу:

Больной Т. 64 лет поступил в клинику в тяжелом состоянии. Со слов родственников, в последние двое суток, жаловался на боли в животе, тошноту, рвоту. За помощью не обращались. Сегодня состояние ухудшилось, была вызвана бригада скорой помощи и больной был доставлен в хирургическое отделение. В анамнезе хронические запоры, холецистопанкреатит. Состояние тяжелое, гипертермия 38,5 °С. Сознание затуманено, малококтактен. В легких ослабленное везикулярное дыхание, ЧДД 24 в мин. Тоны сердца приглушены, пульс 90 ударов в мин. А/Д 100/60 мм.рт.ст. Живот симметричный, напряжен, брюшная стенка не участвует в акте дыхания. Пальпация резко болезненна, симптомы раздражения брюшины положительные. На обзорной рентгенограмме брюшной полости определяется свободный газ в брюшной полости. На УЗИ свободная жидкость в отлогах местах.

1. Ваш предварительный диагноз.

2. Лечение

Ответ:

1. Острый перитонит.

2. Экстренная операция. Предоперационная подготовка до 2-3 часов.

10. Составьте 1 задание для самостоятельной работы по теме «Паразитарные заболевания печени».

11. Суперсимптом «острого живота» - это:

а) рвота;

б) боли в животе;

в) кровавый стул;

г) задержка кала и газов;

д) напряжение мышц брюшной стенки.

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

а) перфорации дивертикула Меккеля;

б) болезни Крона;

в) стеноза большого дуоденального соска;

г) рихтеровского ущемления грыжи;

д) острой кишечной непроходимости.

13. Более частая причина перитонита:

а) острый энтероколит

б) острый аппендицит

14. Живот при перитоните вздут. Притупление определяется

а) в наивысшей точке живота

б) в наинизшей точке живота

15. Особенности ограниченного межкишечного перитонита

а) рвота

б) позывы на мочеиспускание, тенезмы

в) обильный жидкий стул, вздутие живота живота

г) гектическая лихорадка

16. Операция при разлитом гнойном перитоните должна быть выполнена из срединного доступа, потому что только посредством срединной лапаротомии можно осуществить полноценную ревизию и санацию брюшной полости.

а) да; б) нет.

17. При лечении диффузного гнойного перитонита производят трансназальную продленную интубацию кишечника с аспирацией содержимого главным образом с целью:
- а) учета потерь жидкости через ЖКТ;
  - б) профилактики паралитической кишечной непроходимости;
  - в) питания больного через зонд;
  - г) промывания ЖКТ;
  - д) введение лекарственных препаратов.
18. Для перфорации полого органа в свободную брюшную полость не характерно:
- а) острое начало;
  - б) доскообразный живот;
  - в) коллапс;
  - г) полиурия;
  - д) тахикардия.
19. Наиболее частая причина перитонита:
- а) послеоперационное осложнение;
  - б) острая травма живота;
  - в) перфоративный холецистит;
  - г) кишечная непроходимость;
  - д) перфоративный аппендицит.
20. Для поздней стадии перитонита характерно все, кроме:
- а) вздутия живота;
  - б) обезвоживания;
  - в) исчезновения кишечных шумов;
  - г) гипопроотеинемии;
  - д) усиленной перистальтики.
21. Патогномичным симптомам перфорации полого органа в свободную брюшную полость является:
- а) высокий лейкоцитоз;
  - б) отсутствие перистальтических шумов;
  - в) свободный газ под куполом диафрагмы;
  - г) притупление перкуторного звука в отлогих местах брюшной полости.
22. Диагноз гнойного перитонита на операционном столе ставится на основании всех признаков, кроме:
- а) гиперемия брюшины;
  - б) наличие крови в брюшной полости;
  - в) наличие фибриновых наложений;
  - г) тусклого вида брюшины;
  - д) наличие мутного выпота.
23. Как устанавливается диагноз диффузный перитонит до операции?
- а) рентгенологически;
  - б) анамнестически;
  - в) лабораторно;
  - г) клинически;
  - д) по уровню секреции пищеварительного сока.
24. Какой способ исследования вы выберете для диагностики абсцесса Дугласова пространства?
- а) ректороманоскопию;
  - б) лапароскопию;
  - в) перкуссию и пальпацию брюшной полости;
  - г) ректальное пальцевое исследование;
  - д) рентгеноскопию брюшной полости.

25. Болезненная пальпация печени, боли над правой ключицей, высокое стояние правого купола диафрагмы и гектическая лихорадка говорят за:
- а) дугласов абсцесс;
  - б) гангренозный аппендицит;
  - в) острый панкреатит;
  - г) поддиафрагмальный абсцесс справа;
  - д) острый холецистит.
26. Выберите оптимальный вариант лечения поддиафрагмального абсцесса:
- а) массивная антибиотикотерапия;
  - б) внебрюшинное вскрытие и дренирование гнойника;
  - в) лапаротомия, вскрытие и тампонада полости абсцесса;
  - г) пункция гнойника толстой иглой;
  - д) всё неверно.
27. Какая стадия перитонита отсутствует?
- а) реактивная;
  - б) токсическая;
  - в) перитонеальный сепсис;
  - г) терминальная;
  - д) острая.
28. Более выражена клиника начала заболевания при:
- а) перфоративном перитоните;
  - б) воспалительном перитоните.
29. Что не характерно для второй стадии разлитого распространенного перитонита?
- а) усиление болей в животе;
  - б) нарастание нареза кишечника;
  - в) увеличение лейкоцитоза;
  - г) тахикардия;
  - д) неотхождение газов.
30. Что не соответствует понятию «ограниченный перитонит»:
- а) может отсутствовать парез кишечника;
  - б) всегда лечится путем выполнения лапаротомии;
  - в) можно вылечить пункционным и пункционно-дренажным методами под контролем УЗИ;
  - г) может отсутствовать высокий лейкоцитоз;

## Кафедра хирургических болезней №2

### Задания для самостоятельной работы студентов 4 курса медико-профилактического факультета по теме: «Заболевания вен нижних конечностей»

#### I. Вопросы для проверки исходного (базового) уровня знаний

1. Определение понятия "тромбофлебиты и флеботромбозы нижних конечностей".
2. Топографо-анатомические взаимоотношения магистральных сосудов нижних конечностей, систем глубоких и поверхностных вен нижних конечностей.
3. Классификация хронической венозной недостаточности нижних конечностей.
4. Патогенез повреждения тканей в условиях хронической венозной недостаточности нижних конечностей.
5. Клиническую симптоматику варикозной болезни нижних конечностей.
6. Диагностическое значение методов объективного осмотра и инструментальные методы диагностики варикозной болезни нижних конечностей и ее осложнений: ультразвуковое исследование, реовазография, ангиография, радиоизотопное сканирование, тепловизография и др.
7. Тактика хирурга при различных проявлениях варикозной болезни нижних конечностей и ее осложнениях:
8. Основные методы оперативного и консервативного лечения хронической венозной недостаточности нижних конечностей.
9. Профилактика варикозной болезни и реабилитация больных после операции.

#### II. Целевые задачи:

<p>Студент должен знать:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Определение понятия "тромбофлебиты и флеботромбозы нижних конечностей".</li><li>2. Топографо-анатомические взаимоотношения магистральных сосудов нижних конечностей, систем глубоких и поверхностных вен нижних конечностей.</li><li>3. Классификацию хронической венозной недостаточности нижних конечностей.</li><li>4. Патогенез повреждения тканей в условиях хронической венозной недостаточности нижних конечностей.</li><li>5. Клиническую симптоматику варикозной болезни нижних конечностей.</li><li>6. Диагностическое значение методов объективного осмотра и инструментальные методы диагностики варикозной болезни нижних конечностей и ее осложнений: ультразвуковое исследование, реовазография, ангиография, радиоизотопное сканирование, тепловизография и др.</li><li>7. Тактика хирурга при различных проявлениях варикозной болезни нижних конечностей и ее осложнениях:</li><li>8. Основные методы оперативного и консервативного лечения хронической венозной недостаточности нижних конечностей.</li><li>9. Профилактику варикозной болезни и реабилитацию больных после операции.</li></ol> <p>Студент должен уметь:</p>	<p>Литература:</p> <p>Литература:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Флебология. Под ред. Савельева В.С. - М., 2001.</li><li>2. Ультразвуковая диагностика болезней вен Чуриков Д.А., Кириенко А.И. - М., 2003.</li><li>3. Болезни артерий и вен. Справочное руководство для практического врача А.Г. Евдокимов, В.Д. Тополянский - М., 2001.</li><li>4. Болезни вен и лимфатической системы конечностей Даудярис Й.П. - М., 2000.</li><li>5. Кузин М.И. Хирургические болезни. - М., 2005.</li><li>6. Кафедральные лекции.</li></ol>
--	---

<p>10. Сформулировать жалобы, собрать анамнез и провести объективное исследование больного с варикозной болезнью нижних конечностей и ее осложнениях.</p> <p>11. На основе оценки полученных клинических данных поставить предварительный диагноз и наметить план целенаправленного обследования больного.</p> <p>12. Правильно интерпретировать данные инструментальных методов исследований.</p> <p>13. На основе оценки жалоб больного, анамнеза заболевания, объективных клинических данных, данных лабораторных и специальных методов исследования сформулировать и обосновать клинический диагноз.</p> <p>14. Поставить показания к оперативному лечению и определить оптимальный вариант его. Определить принципы консервативного метода лечения.</p>	
--	--

III. Задания для самостоятельной работы по изучаемой теме.

1. Какие вены составляют систему оттока нижних конечностей?
2. Изобразите схему венозного оттока из нижних конечностей.
3. Изобразите строение венозной стенки.
4. Опишите и изобразите симптомы Гаккенбруха, Троянова-Тренделенбурга.
5. Дайте определение варикозному расширению вен. Какие факторы могут способствовать варикозному расширению вен.
6. Какие причины способствуют возникновению тромбофлебитов глубоких вен? — Приведите классификацию степени ХВН
7. Опишите принципы консервативного лечения ХВН.
8. Какие показания к операции при варикозной болезни и хронической венозной недостаточности. В чем состоит принцип хирургического лечения?
9. Составьте алгоритм диагностики, назначьте лечение больному с хронической венозной недостаточности
10. Дайте определение хроническим нарушениям лимфооттока. Какие различают формы лимфостаза?
11. Больной жалуется на отечность правой стопы и голени, проявившуюся 1,5 месяца назад. Тогда же были боли в правой ноге распирающего характера. Причиной обращения к врачу явились варикозные расширенные вены на голени, отек и пигментация внутренней поверхности голени в нижней трети.

Сформулируйте предварительный диагноз:

- A) Тромбофлебит поверхностных вен голени.
- B) Острый флеботромбоз сосудов голени.
- C) Флегмона правой голени.
- D) Посттромбофлебитический синдром.
- E) Слоновость правой ноги.

12. Больная диабетом жалуется на наличие язв в нижней трети правой голени по внутренней поверхности и пигментации вокруг язв. Болеет в течение 5 лет, когда впервые появился отек нижней половины голени и стопы с цианотической окраской, боли. В течение указанного срока отек периодически уменьшался, но полностью не проходил. В последний год появились отдельные участки варикозно-измененных вен.

Ваш предварительный диагноз.

- A) Диабетическая полиангиопатия
- B) Варикозная болезнь, язвенная форма
- C) Облитерирующий атеросклероз III ст.
- D) Посттромбофлебитический синдром
- E) Острый тромбофлебит, язвенная форма

13. МИГРИРУЮЩИЙ ТРОМБОФЛЕБИТ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО СОЧЕТАЕТСЯ С

- A -синдромом Семба-Гъена-Розенталя
- B раком тела и хвоста поджелудочной железы
- B -псевдокистой поджелудочной железы
- Г -инсуломой
- Д -раком головки поджелудочной железы

14. Больного беспокоят боли в левой голени, отек стопы, усиливающийся к вечеру. Болеет 2 года. Варикозно расширенных вен на голени нет.

По внутренней поверхности голени участок индуративного отека и пигментация кожи. Пульсация на периферических сосудах сохранена. Объем левой голени на 3 см больше в трех измерениях по сравнению с правой.

Сформулируйте предварительный диагноз:

- A) Посттромбофлебитический синдром левой голени.
- B) Облитерирующий атеросклероз левой голени.

- С) Острый тромбоз левой голени.
- Д) Оклюзионный синдром левой голени.
- Е) Остеомиелит нижней трети левой голени.

15. У больной диагностирован посттромбофлебитический синдром правой ноги, явившийся следствием осложненных родов 3 года тому назад.

Укажите наиболее информативный метод исследования для определения лечебной тактики:

- А) Компьютерная томография.
- В) Антеградная флебография
- С) Ультразвуковая доплерография.
- Д) Маршевая проба.
- Е) Трехжгутовая проба.

16. Больной два месяца назад в частной лечебнице введено в незначительно расширенные вены левой голени 20 мл варикоцида. Сразу после введения возникла сильная боль в голени, которая продолжалась несколько дней. Левая голень и бедро сильно отекают, местная гипертермия. В дальнейшем отек нарастал, появилось диффузное расширение подкожных вен, гиперпигментация и индурация голени.

Ваш диагноз:

- А) Посттромбофлебитический синдром левой ноги.
- В) Острый тромбоз левой голени.
- С) Острый тромбоз бедренной артерии слева.
- Д) Хронический тромбоз левой ноги.
- Е) Острый флеботромбоз левой ноги.

1. Больной жалуется на постоянные распирающие боли в области правой голени, усиливающиеся после пребывания на ногах. Год тому назад оперирован, произведена аденомэктомия, через 12 часов после операции появилась резкая распирающая боль в правой голени, стопе. Три месяца лечился в стационаре и амбулаторно. Правая голень в трех измерениях на 3-4 см больше левой.

Каков наиболее вероятный диагноз?

- А) Посттромбофлебитическая болезнь.
- В) Облитерирующий атеросклероз правой ноги.
- С) Облитерирующий эндартериит правой ноги.
- Д) Миозит правой ноги.
- Е) Обменный полиартрит правой ноги.

2. Больная жалуется на резкую боль в области правой голени, появившиеся остро сутки тому назад. Ранее подобных болей не отмечала. В течении 5 лет страдает компенсированной формой варикозного расширения вен правой ноги. В средней трети голени участок яркой гиперемии по ходу вены, гипертермия, отмечается уплотнение тканей, резко болезненное и малоподвижное.

Поставьте предварительный диагноз.

- А) Острый лимфангоит правой голени.
- В) Острый тромбоз правой голени.
- С) Острый лимфаденит правой голени.
- Д) Слоновость, лимфэдема.
- Е) Острый дерматит правой голени.

19 К осложнениям варикозной болезни относят:

- А) Пигментация кожи
- Б) Индурация подкожной клетчатки
- В) Трофические язвы
- Г) Тромбоз
- Д) Слоновость

20. К характерным изменениям сосудов при сахарном диабете относится

- А) склероз артериол

- Б) петлистый артериальный тромбоз
- В) развитие синдрома Лериша
- Г) тромбоз бедренной артерии
- Д) акроцианоз

21 При операции по поводу ложной аневризмы оптимальным является

- А) удаление всех окаймлений ложного мешка
- Б) лигирование артерии и вены в четырех местах
- В) широкое рассечение для лигирования коллатералей
- Г) ушивание дефекта сосуда край в край самой аневризмы
- Д) всегда имплантировать участок вены для пересадки аневризмы

22 К субъективным проявлениям острой ишемии конечности относят все перечисленные, кроме

- А) болей в пораженной конечности
- Б) нарушения активных движений в суставах конечности
- В) похолодания конечности
- Г) парестезии
- Д) чувства онемения

23 В обосновании патогенеза варикозной болезни наибольшее признание получила теория:

- А) Механическая
- Б) Гормональная
- В) Ангиодисплазий
- Г) Наследственная
- Д) Коллагенозов

24 К симптомам посттромбофлебитического синдрома относятся все нижеперечисленное, кроме:

- А. Отека голени и стопы
- Б. Пигментации и индурации кожи голени и стопы
- В. Наличие трофической язвы голени
- Г. Варикозного расширения поверхностных вен нижних конечностей
- Д. Варикозного расширения глубоких вен нижних конечностей

25 Больная 68 лет, поступила в клинику в экстренном порядке с диагнозом острый аппендицит. Показана операция по экстренным показаниям. Больная в течение 35 лет страдает варикозной болезнью обеих ног, от оперативного лечения по поводу варикозной болезни отказывалась.

Укажите наиболее вероятное осложнение в послеоперационном периоде:

- А) Тромбоэмболия легочной артерии.
- В) Сепсис.
- С) Острая почечная недостаточность.
- Д) Острая дыхательная недостаточность.
- Е) Инфаркт миокарда.

26 Больной 60 лет, поступившей в клинику в экстренном порядке с диагнозом острый аппендицит, показана операция. У больной декомпенсированная форма варикозной болезни обеих ног.

Укажите наиболее простой и эффективный метод профилактики тромбо-эмболического синдрома в данной ситуации:

- А) Эластическая компрессия обеих ног во время и после операции
- В) Гепаринотерапия до и после операции.
- С) Прием курантила до и после операции.
- Д) Прием аспирина до и после операции.
- Е) Перевязка больших подкожных вен.

27 Больного беспокоят боли в левой голени, отек стопы, усиливающийся к вечеру. Болеет 2 года. Варикозно расширенных вен на голени нет. По внутренней поверхности голени участок индуративного отека и пигментация кожи. Пульсация на периферических сосудах сохранена. Объем левой голени на 3 см больше в трех измерениях по сравнению с правой.

Сформулируйте предварительный диагноз:

- А) Посттромбофлебитический синдром левой голени.
- В) Облитерирующий атеросклероз левой голени.
- С) Острый тромбофлебит левой голени.
- Д) Окклюзионный синдром левой голени.
- Е) Остеомиелит нижней трети левой голени.

28 У больной диагностирован посттромбофлебитический синдром правой ноги, явившийся следствием осложненных родов 3 года тому назад.

Укажите наиболее информативный метод исследования для определения лечебной тактики:

- А) Компьютерная томография.
- В) Антеградная флебография
- С) Ультразвуковая доплерография.
- Д) Маршевая проба.
- Е) Трехжгутовая проба.

29 Больная 1,5 месяца назад перенесла острый тромбоз глубокой вены правого бедра. Правая голень отечна. При УЗДГ реканализации глубокой вены нет.

Выберите наиболее эффективный и патогенетически обоснованный метод стимуляции реканализации тромба:

- А) Массаж конечности, гипаринотерапия, ЛФК.
- В) Гепаринотерапия, маршевые нагрузки.
- С) Гормонотерапия, маршевые нагрузки, эластическая компрессия конечности.
- Д) Строгий постельный режим, массаж конечности, гепаринотерапия.
- Е) Маршевые нагрузки под эластической компрессией конечности.

30 У больной на левом бедре и голени определяются узелки мягко-эластической консистенции, увеличивающиеся после статических нагрузок, кожа под ними с пигментными диффузными пятнами. Левая нога на 4 см длиннее правой, увеличена в объеме на 3-4 см в трех измерениях на голени и бедре. Пигментные пятна с сосудистым рисунком родители девочки заметили сразу после рождения ребенка. Оксигенация венозной крови на больной ноге повышена, при ангиографии определяется сброс из артерий в вены.

Сформулируйте предварительный диагноз:

- А) Дисплазия бедренной артерии слева.
- В) Веновенозная дисплазия.
- С) Варикозная болезнь поверхностных вен.
- Д) Аневризма бедренной артерии слева.
- Е) Артериовенозная дисплазия.

31 У больной после обследования в отделении сосудистой хирургии установлен диагноз: варикозная болезнь обеих ног; основной причиной которой, по данным ультразвуковой доплерографии, явилась несостоятельность клапанного аппарата вен-коммуникантов. Укажите место локализации наибольшего количества вен-коммуникантов на нижней конечности:

- А) Нижняя треть бедра по передней поверхности.
- В) Верхняя треть голени по задней поверхности.

- С) Верхняя треть голени по медиальной поверхности.
- Д) Нижняя треть голени по медиальной поверхности.
- Е) Верхняя треть бедра по передне-медиальной поверхности.

32 Больная жалуется на ноющие боли в обеих голених, отеки, появляющиеся при длительном пребывании на ногах. Болеет с 16 лет, когда впервые на голених появились узлы синюшного цвета, значительно увеличившиеся после родов. В последние 2 года появились отеки обеих голених, пастозность, мешотчатые и узловые расширения подкожных вен по внутренней поверхности обеих голених.

Каков наиболее вероятный диагноз?

- А) Артерио-венозная дисплазия ног.
- В) Облитерирующий эндартериит ног.
- С) Лимфостаз, лимфэдема обеих ног.
- Д) Мигрирующий тромбофлебит Бюргера.
- Е) Варикозная болезнь обеих ног.

33 Больная жалуется на ноющие боли в обеих голених, отеки, появляющиеся при длительном пребывании на ногах. Болеет с 16 лет, когда впервые на голених появились узлы синюшного цвета, значительно увеличившиеся после родов. В последние 2 года появились отеки обеих голених, пастозность, мешотчатые и узловые расширения подкожных вен по внутренней поверхности обеих голених.

Какой наиболее информативный метод исследования следует применить для установления диагноза?

- А) Ультразвуковая доплерография.
- В) Компьютерная томография.
- С) Антеградная флебография.
- Д) Артериография.
- Е) Плетизмография.

34 Больная жалуется на боль, отеки, чувство тяжести в левой голени, появляющиеся после длительного пребывания на ногах. Болеет 15 лет. После беременности и родов появились узлообразные расширения подкожных вен, которые постепенно увеличиваются. В н/3 голени в течение последнего года появился конгломерат расширенных вен, отеки увеличились, не проходят после отдыха. Консультирована хирургом – рекомендовано лечение.

Какой вид лечения будете рекомендовать больной?

- А) Склерозирующая терапия.
- В) Поясничная симпатэктомия.
- С) Флебэктомия.
- Д) Эластическая компрессия.
- Е) Магнитно-резонансная терапия.

## Кафедра хирургических болезней №2

### Задания для самостоятельной работы студентов 4 курса медико-профилактического факультета по теме: «Осложнения язвенной болезни желудка»

#### I. Вопросы для проверки исходного (базового) уровня знаний

1. Анатомия гастрогастродуоденальной зоны.
2. Основные теории патогенеза язвенной болезни и ее осложнений.
3. Методы исследования функций верхних отделов ЖКТ: ультразвуковое исследование, дуоденоманометрию, рентгеноскопию желудка, релаксационную дуоденографию, ангиографию, радиоизотопное сканирование, холецистохолангиографию, дуоденоскопию, эндоскопическую ретроградную панкреатохолангиографию и др.
4. Клиника язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (стенозы пилорического отдела желудка, пенетрации, малигнизации язвы и др.).
5. Патогенез отдельных осложнений язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.
6. Диагностика осложнений язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.
7. Дифференциальная диагностика.
8. Тактика хирурга при данных заболеваниях
9. Основные принципы предоперационной подготовки.
10. Основные методы оперативного и консервативного лечения осложнений язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки
11. Профилактика и реабилитация больных с осложнениями язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки

#### II. Целевые задачи:

<p>Студент должен знать:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Анатомию гастрогастродуоденальной зоны.</li><li>2. Основные теории патогенеза язвенной болезни и ее осложнений.</li><li>3. Методы исследования функций верхних отделов ЖКТ.</li><li>4. Патогенез отдельных осложнений язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.</li><li>5. Диагностику осложнений язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.</li><li>6. Дифференциальную диагностику.</li><li>7. Тактику хирурга при данных заболеваниях</li><li>8. Основные принципы предоперационной подготовки.</li><li>9. Основные методы оперативного и консервативного лечения осложнений язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки</li><li>10. Профилактику и реабилитацию больных с осложнениями язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки</li></ol>	<p>Литература:</p> <p>Хирургические болезни,</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Ермолов А.С., Уткин В.В. Хирургия язвенной болезни и 12-п кишки. - Рига, 1983.</li><li>2. Шалимов А.А. Хирургия пищеварительного тракта. - Киев, 1982.</li><li>3. Островерхов Г.Е., Лубоцкий Д.Н., Бомаш Ю.И. Курс оперативной хирургии в топографической анатомии. - Курск, 1994.</li><li>4. Черноусов А.Ф. с соавт., Хирургия язвенной болезни желудка и 12-ПК. - М.: Медицина, 1996.</li><li>5. Кузин М.И. Хирургические болезни. - М., 2005.</li><li>6. Кафедральные лекции.</li></ol>
<p>Студент должен уметь:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Проводить клиническое обследование больных</li></ol>	

<p>с осложнениями язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.</p> <p>2. Обосновать конкретный план обследования больных с осложнениями язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.</p> <p>3. Правильно проводить опрос больных с осложнениями язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.</p> <p>4. Правильно интерпретировать результаты клинических, лабораторных, инструментальных и других методов обследования.</p> <p>5. Аргументировать выбор оперативного метода лечения в каждом конкретном случае.</p> <p>6. Ассистировать на операциях верхних отделов ЖКТ.</p>	
---	--

### III. Задания для самостоятельной работы по изучаемой теме.

1. Изобразите схему строения и взаимоотношений верхних отделов желудочно-кишечного тракта.
2. Составьте схему фаз желудочной и дуоденальной секреции.
3. Опишите принципы предоперационной подготовки.
4. Составьте 5 тестовых заданий по теме «осложнения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки»
5. Составьте 1 ситуационную задачу по теме «заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки».
6. У больного язва двенадцатиперстной кишки, сопровождающаяся диареей. при рентгеновском исследовании в желудке всегда обнаруживали много жидкости при ненарушенной эвакуации, после резекции желудка по поводу перфорации через год развилось желудочное кровотечение. потребовалась новая операция, при этом, кроме язвы отводящей петли гастроэнтероанастомоза, в хвосте поджелудочной железы обнаружена опухоль диаметром 3 см. эта опухоль скорее всего
  - А -язвенная форма рака с метастазом в поджелудочную железу
  - Б доброкачественная опухоль поджелудочной железы
  - В -язва
  - Г -рак поджелудочной железы с метастазом в тонкую кишку
7. Наиболее информативное исследование при язвенной болезни
  - А фиброэндоскопия
  - Б -скорость оседания эритроцитов
  - В -ультразвуковое исследование
  - Г -рентгеновское исследование верхних отделов пищеварительного канала
  - Д –дуктография
8. В приемный покой доставлен больной в бессознательном состоянии, с периодическими приступами клонических судорог. По словам родственников, больной много лет страдал заболеванием желудка. За последний месяц у больного ежедневно были обильные рвоты, и он сильно похудел. При осмотре больной истощен, обезвожен, в эпигастральной области имеется пигментация, определяется шум плеска.
 

Какой диагноз может быть поставлен больному? С чем связано то состояние, в котором он поступил? Как следует лечить больного, начиная с момента поступления
9. Больной 70 лет в течение 5 лет наблюдался по поводу язвы антрального отдела желудка. От оперативного лечения отказывался. В течение последних 3 месяцев боли в эпигастрии

приняли постоянный характер, появилось отвращение к мясным продуктам, снизилась работоспособность, похудел. О каком осложнении заболевания можно думать? Как уточнить диагноз? Какова тактика лечения?

10. Демпинг-синдром у предрасположенных к нему здоровых людей вызвать  
А - можно  
Б - нет
11. Больной, 48 лет, страдающий в течение многих лет язвенной болезнью желудка, отметил, что боли у него не стали зависеть от приема пищи, стали постоянными и менее интенсивными. Отметил слабость, недомогание, упадок сил. Похудел на 5 кг. Обращало на себя внимание снижение общей кислотности желудочного сока с 90 до 40 т.е. и появление в желудочном соке большого количества молочной кислоты. РОЭ 40 мм/час.  
О каком осложнении язвенной болезни можно думать? Какими диагностическими средствами можно воспользоваться для подтверждения вашего предположения? Какова ваша тактика в лечении данного больного
12. Больной, 40 лет, длительно страдающий язвенной болезнью желудка, отметил, что последние 2 дня боли у него стали менее интенсивными, а в то же время появилась нарастающая слабость, головокружение. Сегодня утром, поднявшись с постели, он на несколько секунд потерял сознание. Сам пришел на прием. При осмотре пульс 100 уд. в 1 мин. Больной бледен. В эпигастральной области небольшая болезненность. Симптомов раздражения брюшины нет.  
Какое осложнение язвенной болезни Вы заподозрили? Какие срочные дополнительные исследования Вы примените для подтверждения Вашего предположения? Куда и как Вы отправите на лечение больного?
13. Больной 58 лет страдает язвенной болезнью желудка в течение 4 лет. Обострения заболевания возникают ежегодно весной и осенью. При гастроскопии обнаружена язва тела желудка диаметром 1,5 см. Биопсия подтвердила доброкачественный характер язвы. Исследование желудочного сока показало нормоацидное состояние секреции. Больному проведено консервативное лечение, однако болевой синдром остается.  
Ваша дальнейшая тактика? О каких осложнениях ещё, вы можете думать? Укажите признаки малигнизации хронической язвы желудка.
14. Больному по поводу язвенной болезни выполнена резекция желудка. Нуждается ли он в диспансерном наблюдении в качестве лица с повышенным риском возникновения рака  
а) не нуждается  
б) нуждается в течение первых 5 лет после операции  
в) нуждается в течении первых 10 лет после операции  
г) нуждается по прошествии 10 лет после операции
15. Больной, 36 лет, в течение 12 лет страдает язвенной болезнью желудка с почти ежегодными обострениями. Лечится регулярно в поликлинике, несколько раз был на курортах, тщательно соблюдает диету. В терапевтическом стационаре ни разу не находился. Язва все время прослеживается при рентгенологическом исследовании.  
Следует ли больному предлагать операцию?
16. У больного, 42 лет, язва желудка существует в течение 10 лет. После лечения в стационаре наступали ремиссии, длящиеся 1—2—3 года. Три месяца назад у больного появились боли в поясничной области, иногда носящие опоясывающий характер. В остальном течение заболевания не изменилось. При рентгенологическом исследовании определяется глубокая ниша, располагающаяся по задней стенке вблизи малой кривизны антрального отдела желудка.  
Почему изменялся характер болей? Как рекомендуется лечить больного?
17. У больного, 39 лет, страдающего в течение многих лет язвенной болезнью желудка, в последнее время появилось чувство тяжести в эпигастральной области, которое проходит

обычно только после рвоты, которую больной нередко вызывает сам. Рвота обильная приносит облегчение, в рвотных массах примесь пищи, съеденной накануне. Больной значительно потерял в весе. Тургор кожи снижен, подкожно-жировая клетчатка отсутствует. Через истонченную брюшную стенку у больного на глаз определяется выпячивание грушевидной формы, в ответ на массаж которого появляется перистальтика. Определяется шум плеска.

О каком осложнении язвенной болезни можно подумать у данного больного? С помощью каких исследований можно подтвердить Ваше предположение? Какова тактика в его лечении?

18. Больной 60 лет жалуется на чувство тяжести в эпигастрии, особенно после еды, рвоту съеденной пищей без примеси желчи, приносящую некоторое улучшение. Похудел на 5 кг. При гастроскопии остатки пищи в желудке, выходной отдел которого обтурирован изъязвленной опухолью. Что необходимо для дальнейшей диагностики. С какого элемента консервативной терапии необходимо начать лечение? Какая тактика оперативного лечения
19. **НАИБОЛЬШАЯ ТЕХНИЧЕСКАЯ ТРУДНОСТЬ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА ПОСЛЕ СЕЛЕКТИВНОЙ ПРОКСИМАЛЬНОЙ ВАГОТОМИИ**

А -выраженный гастрит

Б -пенетрация язвы

В спаечный процесс

- 19 **ВОЗМОЖНА ЛИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ОПЕРАЦИЯ ПРИ РАЗВИТИИ ПЕРИТОНИТА ВСЛЕДСТВИЕ ПРОБОДЕНИЯ ЯЗВЫ ПЕРЕДНЕЙ СТЕНКИ ЖЕЛУДКА**

А - нет

Б - да

- 20 **БОЛЬНОЙ 55 ЛЕТ ПОСТУПИЛ ПО ПОВОДУ ЯЗВЫ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ, НЕДАВНО ЛЕЧИЛСЯ ПО ПОВОДУ ПЕРЕЛОМА ГОЛЕНИ, ВОЗНИКШЕГО ПРИ НЕЗНАЧИТЕЛЬНОМ УШИБЕ. СТРАДАЕТ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ. МОЖНО ПРЕДПОЛОЖИТЬ**

А - синдром Штейна-Левенталя

Б -синдром Золлингера-Эллисона

В -синдром Мэллори-Вейсса

Г - гиперпаратиреоз

Д –гастриному

- 21 **У БОЛЬНОГО ЯЗВА ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ, СОПРОВОЖДАЮЩАЯСЯ ДИАРЕЕЙ. ПРИ РЕНТГЕНОВСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ В ЖЕЛУДКЕ ВСЕГДА ОБНАРУЖИВАЛИ МНОГО ЖИДКОСТИ ПРИ НЕНАРУШЕННОЙ ЭВАКУАЦИИ, ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА ПО ПОВОДУ ПЕРФОРАЦИИ ЧЕРЕЗ ГОД РАЗВИЛОСЬ ЖЕЛУДОЧНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ. ПОТРЕБОВАЛАСЬ НОВАЯ ОПЕРАЦИЯ. ПРИ НЕЙ, КРОМЕ ЯЗВЫ ОТВОДЯЩЕЙ ПЕТЛИ ГАСТРОЭНТЕРОАНАСТОМОЗА, В ХВОСТЕ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОБНАРУЖЕНА ОПУХОЛЬ ДИАМЕТРОМ 3 СМ. ЭТА ОПУХОЛЬ СКОРЕЕ ВСЕГО**

А - язвенная форма рака с метастазом в поджелудочную железу

Б - доброкачественная опухоль поджелудочной железы

В - язва

Г - рак поджелудочной железы с метастазом в тонкую кишку

- 22 **НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ**

А фиброэндоскопия

Б -скорость оседания эритроцитов

В -ультразвуковое исследование

Г -рентгеновское исследование верхних отделов пищеварительного канала

Д –дуктография

23 ОПТИМАЛЬНАЯ ПЛАНОВАЯ ОПЕРАЦИЯ ПРИ ЯЗВЕ ЖЕЛУДКА

А - ваготомия и пилоропластика

Б - антрумрезекция

В - селективная проксимальная ваготомия

Г резекция желудка

Д - иссечение язвы

24 ДЕМПИНГ-СИНДРОМ У ПРЕДРАСПОЛОЖЕННЫХ К НЕМУ ЗДОРОВЫХ ЛЮДЕЙ ВЫЗВАТЬ

А - можно

Б – нет

25 БОЛЬНОЙ 70 ЛЕТ В ТЕЧЕНИЕ 5 ЛЕТ НАБЛЮДАЕТСЯ ПО ПОВОДУ ЯЗВЫ АНТРАЛЬНОГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДКА. ОТ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОТКАЗЫВАЛСЯ, В ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДНИХ 3 МЕСЯЦЕВ БОЛИ В ЭПИГАСТРИИ ПРИНЯЛИ ПОСТОЯННЫЙ ХАРАКТЕР, СНИЗИЛАСЬ РАБОТОСПОСОБНОСТЬ, ПОХУДЕЛ. ЯЗВА

А - малигнизированная

Б - кровоточащая

В – стенозирующая

26 ПРИ СИНДРОМЕ ЗОЛЛИНГЕРА-ЭЛЛИСОНА В ПЛАЗМЕ КРОВИ ВОЗРАСТАЕТ УРОВЕНЬ

А - инсулина

Б - гастрин

В - панкреозимина

Г - эритропоэтина

Д – глюкагона

27 БОЛЬНАЯ 43 ЛЕТ ЖАЛУЕТСЯ НА БОЛИ ЗА ГРУДИНОЙ И ЧУВСТВО ЖЖЕНИЯ, КОТОРЫЕ УСИЛИВАЮТСЯ ПОСЛЕ ЕДЫ И В ПОЛОЖЕНИИ ЛЕЖА. В ВЕРТИКАЛЬНОМ ПОЛОЖЕНИИ БОЛИ И ЖЖЕНИЕ УМЕНЬШАЮТСЯ, В АНАЛИЗАХ КРОВИ ГИПОХРОМНАЯ АНЕМИЯ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ. ВЫ ПРЕДПОЛАГАЕТЕ

А - рак желудка

Б - эпифренальный дивертикул пищевода

В - хронический гастрит

Г - дуоденальная язва

Д - грыжа пищеводного отверстия диафрагмы с явлениями рефлюкс-эзофагита

28 СИМПТОМЫ ПИЛОРИЧЕСКОГО СТЕНОЗА

А - рвоты, дегтеобразный стул, шум плеска

Б - дегтеобразный стул, шум плеска, судороги

В - рвоты, шум плеска, судороги

Г - похудение, рвоты, дегтеобразный стул

29 РАННИЙ ПОСЛЕОБЕДЕННЫЙ СИНДРОМ ОБУСЛОВЛЕН

А - функциональной недостаточностью верхних отделов кишечника,

Б - выключением двенадцатиперстной кишки и пилорического жома

В – гипогликемией

30 БОЛЬНОМУ 46 ЛЕТ, ПРЕДЪЯВЛЯЮЩЕМУ ЖАЛОБЫ НА ПОСТОЯННЫЕ БОЛИ В ЭПИГАСТРАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ, СТИХАЮЩИЕ НА КОРОТКОЕ ВРЕМЯ ПОСЛЕ ЕДЫ, ПОХУДЕНИЕ, ПРОИЗВЕДЕНА РЕНТГЕНОСКОПИЯ ЖЕЛУДКА. НА МАЛОЙ КРИВИЗНЕ ЖЕЛУДКА В ОБЛАСТИ УГЛА ВЫЯВЛЕНА "НИША" РАЗМЕРОМ 1,5x1 СМ С КОНВЕРГЕНЦИЕЙ СКЛАДОК, СТЕНКИ ЖЕЛУДКА ЭЛАСТИЧНЫЕ, ПЕРИСТАЛЬТИКА СОХРАНЕНА. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

А - язва желудка

Б -рак желудка

В -лимфома желудка

31 Больной жалуется на резкую постоянную боль с эпигастрии и в правой половине живота. Язвенный анамнез в течение 5 лет. Живот резко болезненный в эпигастрии, положителен симптом Щеткина-Блюмберга. Печеночная тупость отсутствует.

Ваш предварительный диагноз:

- A) Острый инфаркт миокарда
- B) Острый перфоративный аппендицит
- C) Перфоративная язва
- D) Обострение язвенной болезни
- E) Острый холецистит

32 Больной жалуется на интенсивную, как "удар ножом" боль в эпигастрии. В дальнейшем боль переместилась в правую подвздошную область. Живот резко болезненный в эпигастрии, менее - в правой подвздошной области, выражено защитное напряжение мышц брюшной стенки. При обзорной рентгенографии выявлен газ под правым куполом диафрагмы.

Ваш предварительный диагноз:

- A) Тромбоз мезентериальных сосудов
- B) Перфорация Меккелева дивертикула
- C) Острый перфоративный аппендицит

## Кафедра хирургических болезней №2

### Задания для самостоятельной работы студентов 4 курса медико-профилактического факультета по теме: «Острый аппендицит и его осложнения»

#### I. Вопросы для проверки исходного (базового) уровня знаний

1. Анатомия червеобразного отростка и илеоцекального угла.
2. Функции червеобразного отростка.
3. Классификация острого аппендицита (ОА).
4. Этиология острого аппендицита
5. Патогенез острого аппендицита.
6. Клиника заболевания.
7. Диагностика острого аппендицита.
8. Дифференциальная диагностика.
9. Методы хирургического лечения.

#### II. Целевые задачи:

<p>Студент должен знать:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Анатомия червеобразного отростка и илеоцекального угла.</li><li>2. Функции червеобразного отростка.</li><li>3. Классификация острого аппендицита.</li><li>4. Этиология острого аппендицита</li><li>5. Патогенез острого аппендицита.</li><li>6. Клиника заболевания.</li><li>7. Диагностика острого аппендицита.</li><li>8. Дифференциальная диагностика.</li><li>9. Методы хирургического лечения.</li></ol> <p>Студент должен уметь:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>7. Проводить клиническое обследование больных с ОА</li><li>8. Обосновать конкретный план обследования больных с ОА</li><li>9. Правильно проводить опрос больных с ОА</li><li>10. Правильно интерпретировать результаты клинических, лабораторных, инструментальных и других методов обследования.</li><li>11. Аргументировать выбор оперативного метода лечения в каждом конкретном случае.</li><li>12. Ассистировать на операциях по поводу ОА.</li></ol>	<p>Литература:</p> <p>Хирургические болезни, 2-е издание М.И. Кузин ред., Москва Издательство: Медицина. Год издания: 2008.</p> <p>Перитонит Савельев В.С., Гельфанд Б.Р., Филимонов М.И. Москва Издательство: Литтерра. Год издания: 2006.</p> <p>Перитонит Учебно-методическое пособие для студентов. Кафедра госпитальной хирургии. Год издания: 2009</p>
---	--

#### III. Задания для самостоятельной работы по изучаемой теме.

1. Для характеристики аппендикулярного инфильтрата не подходит:
  - а) он ограничивает воспаленный червеобразный отросток от свободной брюшной полости;
  - б) формируется не ранее 5 дней заболевания;
  - в) определяется пальпаторно;

- г) может абсцедировать;
  - д) как правило, боли после его формирования тупого характера.
2. Что не соответствует абсцессу маточно-прямокишечного пространства?
- а) диагностируется пальцевым ректальным исследованием;
  - б) чаще вскрывают лапаротомным доступом;
  - в) дает выраженную интоксикацию;
  - г) возможно вскрытие через стенку прямой кишки;
  - д) вскрывают через задний свод влагалища.
3. Появление болей в подложечной области и их смещение через несколько часов в правую подвздошную называется симптомом:
- а) Ровзинга;
  - б) Ситковского;
  - в) Воскресенского;
  - г) Кохера;
  - д) Щеткина-Блюмберга.
4. Локализация болей по правому флангу и в правой поясничной области при остром аппендиците характерна для:
- а) типичного расположения червеобразного отростка;
  - б) тазового расположения;
  - в) подпеченочного расположения;
  - г) ретроцекального расположения;
  - д) формирования парааппендикулярного абсцесса.
5. Симптом «рубашки» — это:
- а) симптом Воскресенского;
  - б) симптом Раздольского;
  - в) симптом Ровзинга;
  - г) симптом Кохера;
  - д) симптом Щеткина-Блюмберга.
6. Болезненность при перкуссии над очагом воспаления — это симптом:
- а) Воскресенского;
  - б) Раздольского;
  - в) Ровзинга;
  - г) Кохера;
  - д) Щеткина-Блюмберга.
7. Развитие перитонита менее всего характерно для расположения воспаленного червеобразного отростка:
- а) медиально;
  - б) подпеченочно;
  - в) в малом тазу;
  - г) ретроцекально;
  - д) типично у пациентов старше 70 лет.
8. Для перфоративного аппендицита у взрослых не характерен симптом:
- а) внезапного усиления болей в животе;
  - б) нарастания клиники перитонита;
  - в) Щеткина-Блюмберга;
  - г) Воскресенского;
  - д) мягкого живота при пальпации.
9. Что неверно для тазовой локализации воспаленного червеобразного отростка?
- а) всегда наблюдается частый, жидкий стул;
  - б) возможны дизурические симптомы;
  - в) боли выявляются в надлобковой области;

- г) пальпация живота вначале заболевания малоинформативна;
  - д) ректальное исследование выявляет болезненность.
10. О вовлечении в воспалительный процесс париетальной брюшины более всего свидетельствует:
- а) срок заболевания;
  - б) лейкоцитоз;
  - в) повышение температуры тела;
  - г) появление рвоты;
  - д) появление защитного напряжения мышц и симптомов раздражения брюшины
11. Основным симптомом острого аппендицита:
- а) боль в животе;
  - б) тошнота, рвота;
  - в) локальная болезненность и напряжение мышц в правой подвздошной области;
  - г) повышение температуры тела;
  - д) жидкий стул.
12. Появление болей в правой подвздошной области при нанесении толчков в левой подвздошной области — это симптом:
- а) Кохера;
  - б) Ровзинга;
  - в) Воскресенского;
  - г) Ситковского;
  - д) Щеткина — Блюмберга.
13. Более всего перитонеальным является симптом:
- а) Кохера;
  - б) Раздольского;
  - в) Ровзинга;
  - г) Бартомье;
  - д) Образцова.
14. Что неверно для острого аппендицита у лиц пожилого возраста?
- а) боли в животе выражены всегда значительно;
  - б) защитное напряжение мышц брюшной стенки слабо выражено;
  - в) в анализе крови возможен небольшой лейкоцитоз;
  - г) быстро развиваются деструкция червеобразного отростка и парез кишечника;
  - д) минимальные изменения при объективном обследовании.
15. Пилефлебит никогда не осложняется:
- а) тромбофлебитом ветвей воротной вены;
  - б) разлитым перитонитом;
  - в) абсцессом печени;
  - г) сепсисом;
  - д) апостематозным гепатитом.
16. Что неверно для аппендикулярного инфильтрата? а)
- а) может рассосаться;
  - б) может нагноиться;
  - в) нагноение диагностируют клинически;
  - г) нагноение диагностируют чаще с помощью обзорной рентгенографии;
  - д) нагноение диагностируют с помощью УЗИ.
17. В аппендикулярный инфильтрат никогда не входит: а)
- а) червеобразный отросток;
  - б) слепая кишка;
  - в) тонкая кишка;

- г) большой сальник;
- д) малый сальник.

18. Основной причиной образования дугласова абсцесса после типичной аппендэктомии в первые сутки заболевания при флегмонозном аппендиците является:

- а) отсутствие антибиотикотерапии;
- б) назначение малых доз антибиотиков;
- в) не подведение марлевого тампона к ложу червеобразного отростка;
- г) ушивание брюшной стенки наглухо, без последующих санаций;
- д) плохая санация брюшной полости во время операции.

19. Что никогда не используют для диагностики аппендикулярного перитонита?

- а) общий анализ крови;
- б) ирригоскопию;
- в) пункцию заднего свода влагалища;
- г) УЗИ;
- д) лапароскопию.

20. Больному 20 лет. Оперирован по поводу острого простого аппендицита, сопутствующих заболеваний нет. Операция прошла гладко. В послеоперационном периоде вы назначите:

- а) камфору и кардиамин подкожно
- б) постоянный зонд в желудок
- в) массивные дозы антибиотиков
- г) парантеральное питание
- д) анальгетики

20. Изобразите анатомию червеобразного отростка и строение его стенки