

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра хирургических болезней №3

УТВЕРЖДЕНО

**Протоколом заседания Центрального
координационного учебно-
методического совета**

«05» ноября 2019г. Пр. №1

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

**к программе дополнительного профессионального образования –
программы повышения квалификации
«Хирургия», 144ч**

**Рассмотрено и одобрено на заседании кафедры
от « 01 » ноября 2019 г. (протокол № 4)**

зав.кафедрой
д.м.н., профессор



А.А. Кульчиев

СТРУКТУРА ФОС

1. Титульный лист
2. Структура ФОС
3. Паспорт оценочных средств
4. Комплект оценочных средств:

- вопросы к экзамену
- тестовые задания
- ситуационные задачи

**Паспорт фонда оценочных средств по программе дополнительного профессионального образования-
программе повышения квалификации по специальности 31.08.67 Хирургия**

№ п/п	Наименование дополнительной профессиональной программы (ПП/ПК)	Код формируемой компетенции(этапа)	Наименование оценочного средства
1	2	3	4
Вид контроля	Итоговый экзамен		
1	Хирургия 144ч	УК-1 УК-2,УК-3,, ПК-1,ПК-2,ПК-3,ПК-4,ПК-5,ПК-6, ПК-8,ПК-9,ПК-10,ПК-11,ПК-12	Вопросы к экзамену, Тесты,ситуационные задачи

УК-1. Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу

Ситуационные задачи

Задача № 1.

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

1. Поставьте диагноз.
2. Назовите предрасполагающие факторы развития данного заболевания.
3. Какой фактор является решающим в развитии данного заболевания?
4. Назовите возбудителя инфекции.
5. После каких операций чаще всего возникает данное осложнение?
6. Почему у больной с клиникой абсцесса не определяется симптом флюктуации?
7. Назовите основные методы лечения.
8. Целесообразно ли введение ферментных препаратов?
9. Какое анатомическое образование нужно учитывать при вскрытии абсцесса?
10. Целесообразна ли новокаиновая блокада звездчатого узла?
11. Профилактика данного осложнения.

Задача № 2.

Больной С. 30 лет поступил в приемный покой больницы с жалобами на сильные боли в правом предплечье.

Из анамнеза: четыре дня назад на производстве он поранил правую кисть металлическим предметом. За помощью в лечебное учреждение не обращался. Через двое суток рука отекала, появились нарастающие боли в области правой кисти и предплечья, температура тела повысилась до 38°С. На третьи сутки отек и гиперемия распространились до локтевого сустава, движения правой рукой стали вызывать значительную болезненность,

температура тела повысилась до 40°C, появились головные боли и сухость во рту.

При объективном обследовании: кожные покровы несколько бледные, язык сухой, обложен серым налетом. Температура тела 39,5°C. Правое предплечье и кисть сильно отечны, наблюдается гиперемия кожи. При пальпации в средней трети предплечья определяется участок флюктуации. В общем анализе крови отмечается высокий лейкоцитоз и сдвиг лейкоцитарной формулы влево.

1. Поставьте клинический диагноз и обоснуйте его.
2. Оцените тяжесть состояния пациента.
3. К какой группе заболеваний относится, назовите основных возбудителей данного заболевания?
4. Какие формы данного заболевания различают?
5. Как данное заболевание делится по локализации, укажите специальные названия отдельных видов?
6. Расскажите об основных принципах лечения и тактике ведения больных?
7. Какие виды лечения применяют и в каких случаях?
8. В каком конкретном лечении нуждается данный пациент?
9. Какие осложнения данного заболевания возникают?
10. Осложнением каких заболеваний может быть данное состояние?

Задача № 3.

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

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

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

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

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

Задача № 4.

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

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

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

1. Клинический диагноз.
2. Причина ухудшения состояния больного.
3. Какие клинические и лабораторные данные позволяют заподозрить осложнение?
4. Тактика ведения больного.
5. Какие химиотерапевтические и антисептические средства применимы в данной ситуации?

6. Нуждается ли больной в переводе в другое отделение? Если да, то в какое?
7. Виды дренирования раны.
8. Методы асептики.

Задача № 5.

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

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

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

Задача № 6.

Больной Д., 32 лет, хирургом ЦРБ выполнена секторальная резекция правой молочной железы по поводу «фиброаденомы молочной железы». Через 10 дней после операции получен результат гистологического исследования: инвазивный протоковый рак молочной железы, диаметр опухоли 1,2 см. Пациентка направлена на консультацию в онкодиспансер.

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

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

ПК-5 - готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем.

Вопросы в рамках осуществляемых компетенций:

1. Принципы оценки функционального состояния органов и систем, определение степени риска оперативного вмешательства. Содержание, основные задачи и особенности предоперационной подготовки при различных заболеваниях и состояниях.
2. Классификация кровотечений. Операционные и послеоперационные кровотечения. Клиника. Диагностика, дифференциальная диагностика.
3. Определение величины кровопотери. Нарушение функции органов и систем при кровопотере.
4. Основные возбудители хирургических инфекций;
5. Патогенез хирургических инфекций;
6. Классификация хирургических инфекций;
7. Клинические синдромы при хирургических инфекциях;
8. Принципы и методы диагностики хирургических инфекций;
9. Основы дифференциальной диагностики хирургических инфекций;
10. Госпитальная инфекция, ее источники, возбудители, пути распространения;
11. Методы профилактики госпитальной инфекции в лечебных учреждениях.
12. Биологические особенности клостридий и неклостридиальных анаэробов.
13. Патогенез анаэробных инфекций.
14. Методы экспресс-диагностики анаэробных инфекций.
15. Этиология и патогенез столбняка.
16. Клиника и диагностика столбняка.
17. Этиология и патогенез сепсиса.
18. Патогенез и клинические формы септического шока.
19. Принципы диагностики сепсиса. Вероятностные и достоверные признаки сепсиса.
20. Диагностика септического шока.
21. Этиология, патогенез, клиническое течение панарициев.
22. Этиология, патогенез, клиническое течение флегмон кисти.
23. Этиология, патогенез, клиническое течение флегмон стопы.
24. Значение микротравмы в возникновении и развитии гнойных процессов кисти, стопы.
25. Классификация, этиология и патогенез парапроктитов.
26. Клиника и диагностика острого парапроктита.
27. Диагностика и дифференциальная диагностика эпителиального копчикового хода и дермоидных кист копчика.
28. Классификация, патогенез и клиника эпителиального копчикового хода и дермоидных кист копчика.
29. Клиника и диагностика параректальных свищей.
30. Острый аппендицит. Этиология, патогенез. Классификация. Клиника. Дифференциальная диагностика.
31. Атипичные формы острого аппендицита и их клиническое течение в зависимости от возраста больного, расположения червеобразного отростка и механизма развития заболевания.
32. Этиология и патогенез острого и хронического маститов.
33. Клиника и диагностика маститов. Дифференциальная диагностика.
34. Классификация маститов.
35. Причины и виды перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки.
36. Клиника и диагностика, дифференциальная диагностика, прободных язв.
37. Этиология и патогенез желудочно-кишечных кровотечений. Классификация в зависимости от источника и тяжести кровопотери. Современные методы диагностики. Роль неотложной диагностической и лечебной эндоскопии.
38. Этиология, патогенез, классификация острого холецистита.
39. Клиника, диагностика острого холецистита.
40. Этиология, патогенез, классификация острого панкреатита.
41. Клиника, диагностика острого панкреатита.
42. Современное состояние проблемы и возможности ранней диагностики перитонита.

43. Этиология, патогенез, диагностика и дифференциальная диагностика перитонита. Пункционное и хирургическое дренирование абсцессов брюшной полости как осложнения перитонита.
44. Ранняя послеоперационная непроходимость как осложнение перитонита.
45. Клинические проявления, диагностика и алгоритм дифференциальной диагностики инородных тел ЖКТ
46. Диагностика повреждений паренхиматозных и полых органов. Неотложная помощь на догоспитальном этапе.
47. Общее учение о грыжах. Классификация грыж живота. Заболеваемость. Современные представления об этиологии и патогенезе грыж передней брюшной стенки. Составные части грыжи. Симптоматология.
48. Варикозная болезнь. Общее понятие о варикозной болезни. Классификация. Заболеваемость. Современные представления об этиологии и патогенезе варикозной болезни. Симптоматология. Современные методы диагностики. Особенности предоперационной подготовки и послеоперационного лечения больных.
49. Специальные методы исследования при болезнях сердца.
50. Современные представления об этиологии и патогенезе желчнокаменной болезни. Клиника. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение желчнокаменной болезни. Показания и противопоказания к хирургическому вмешательству.
51. Классификация язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Заболеваемость. Современные представления об этиологии и патогенезе язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Симптоматология.
52. Современное состояние проблемы и возможности диагностики заболеваний поджелудочной железы.
53. Методы исследования поджелудочной железы и её функций.
54. Аномалии и пороки развития поджелудочной железы, диагностика, лечение.
55. Этиология и патогенез неспецифического язвенного колита, болезни Крона, хронического аппендицита, кишечных свищей.
56. Методы диагностики заболеваний тонкой и толстой кишки.
57. Современное состояние проблемы и возможности диагностики абсцессов и паразитарных заболеваний печени.
58. Современное состояние проблемы и понятие о синдроме портальной гипертензии. Классификация. Патогенез синдрома. Сущность гемодинамических нарушений.
59. Основные клинические проявления синдрома портальной гипертензии (спленомегалия, асцит, варикозное расширение вен пищевода), их патогенез.
60. Гормонально-активные опухоли надпочечников
61. Клинико-лабораторные проявления первичного гиперальдостеронизма (синдрома Конна), патогенез, диагностический поиск, лечение;
62. Общие закономерности опухолевого роста;
63. Принципы классификации новообразований;
64. Принципы диагностики новообразований;
65. Ранняя диагностика злокачественных опухолей. Активное выявление больных со злокачественными опухолями;
66. Понятие о группах риска и онкологической настороженности;
67. Дифференциальная диагностика рака щитовидной железы с другими заболеваниями щитовидной железы.
68. Классификация заболеваний молочной железы. Клиническая и инструментальная диагностика.
69. Этиология и патогенез доброкачественных и злокачественных опухолей пищевода.
70. Методы диагностики рака пищевода.
71. Этиология и патогенез доброкачественных и злокачественных опухолей желудка.
72. Методы диагностики опухолей желудка.
73. Классификация опухолей поджелудочной железы

74. Патогенез механической желтухи и органического гиперпигментизма, а также синдрома Цоллингера-Эллисона у больных с новообразованиями поджелудочной железы.
75. Методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики опухолей поджелудочной железы
76. Алгоритм дифференциальной диагностики гормонально-активных новообразований поджелудочной железы
77. Этиология и патогенез доброкачественных и злокачественных опухолей тонкой кишки и брыжейки.
78. Методы диагностики опухолей тонкой кишки и брыжейки.
79. Этиология и патогенез доброкачественных и злокачественных опухолей толстой кишки.
80. Методы диагностики опухолей толстой кишки.
81. Тактика лечения доброкачественных опухолей толстой кишки.
82. Забрюшинные опухоли: классификация, симптоматология, диагностика и дифференциальная диагностика, хирургическое лечение.
83. Этиология и патогенез доброкачественных и злокачественных опухолей прямой кишки.
84. Методы диагностики опухолей прямой кишки.

Тестовые задания

1. Рентгенологически определяемый ателектаз сегмента легкого, доли или всего легкого обязывает врача в первую очередь исключить:
 - а) Центральный рак легкого
 - б) Доброкачественную опухоль (центральную)
 - в) Пневмонию
 - г) Пневмоторакс
 - д) Инородное тело
2. Рентгенологические признаки воздуха или бария в желчном пузыре или желчных протоках свидетельствуют:
 - а) о холедохолитиазе
 - б) о сальмонеллезе желчного пузыря
 - в) о внутренней желчной фистуле
 - г) о желудочно-толстокишечной фистуле
 - д) о холецистите
3. Наиболее частой причиной портальной гипертензии у взрослых является:
 - а) тромбоз селезеночной или воротной вены
 - б) опухолевые поражения печени
 - в) цирроз печени
 - г) легочная или сердечно-сосудистая недостаточность
 - д) синдром Бадд-Хиари
4. Варикозно расширенные вены пищевода и желудка можно выявить с помощью:
 - а) лапароскопии
 - б) пневмомедиастинографии
 - в) ангиографии печени
 - г) рентгеноскопии пищевода и желудка
 - д) динамической гепатобилиосцинтиграфии
5. Для распознавания рака поджелудочной железы применяются следующие методы: 1. Ретроградная холангиопанкреатография 2. Ультразвуковое сканирование 3. Компьютерная

томография 4. Холецистография 5. Ангиография и изотопная сцинтиграфия Выберите правильный ответ:

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

6. При выполнении чрескожной чрезпеченочной холангиографии могут возникнуть следующие осложнения: 1. Кровотечение 2. Желчеистечение 3. Повреждение полового органа с последующим развитием перитонита 5. Все перечисленные Выберите правильный ответ:

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

7. Противопоказанием для ретроградной эндоскопической холангиографии является:

- а) Острый панкреатит
- б) Механическая желтуха
- в) Хронический панкреатит
- г) Наличие конкрементов в панкреатических протоках
- д) Холедохолитиаз

8. Распознаванию причины механической желтухи более всего помогает:

- а) Пероральная холецистография
- б) Внутривенная холецистохолангиография
- в) Ретроградная холангиография
- г) Сцинтиграфия печени
- д) Прямая спленопортография

9. Рентгенологическое обследование легочного больного должно начинаться:

- а) С томографии легких
- б) С прицельной рентгенографии
- в) С бронхографии
- г) С суперэкспонированной рентгенографии
- д) С обзорной рентгенографии и рентгеноскопии в прямой и боковой проекциях

10. При подозрении на новообразование средостения наиболее информативным методом для уточнения диагноза являются:

- а) Пневмомедиастиноскопия
- б) Бронхография
- в) Бронхоскопия
- г) Пневмомедиастинотография
- д) Искусственный пневмоторакс

11. Стеаторея характерна:

- а) Для постхолецистэктомического синдрома
- б) Для острого панкреатита
- в) Для хронического панкреатита
- г) Для печеночной недостаточности
- д) Для болезни Крона

12. Бариевая клизма при дивертикулезе толстой кишки обычно выявляет:
- а) Изменение рельефа слизистой ободочной кишки
 - б) Полную обтурацию просвета кишки
 - в) Нишеподобные выпячивания
 - г) Сегментарный спазм
 - д) Наличие чаш Клойбера
13. Бариевая клизма при воспалительных изменениях в стенке ободочной кишки обычно выявляет
- а) Наличие чаш Клойбера
 - б) Изменение рельефа слизистой ободочной кишки
 - в) Нишеподобные выпячивания
 - г) Сегментарный спазм
 - д) Полную обтурацию просвета кишки
14. Для проведения планового ультразвукового исследования органов пищеварения необходима подготовка
- а) Путем очистительных клизм вечером накануне обследования и утром перед обследованием
 - б) Путем очистительных клизм вечером накануне обследования и промывания желудка через зонд перед обследованием
 - в) Исключение приема пищи в течение 8-12 часов перед обследованием
 - г) Не требуется специальной подготовки
 - д) Приемом 1,5-2 л, жидкости за два часа до исследования
15. Наиболее информативным тестом состояния клапанного аппарата магистральных вен нижних конечностей является:
- а) Реовазография
 - б) Проба Дельбе-Пертеса
 - в) Флебодиагностика
 - г) Ультразвуковая доплерография
 - д) Ретроградная тазовая флебография на высоте пробы Вальсальвы
16. Наиболее информативным исследованием при подозрении на холедоходуоденальный свищ является:
- а) ФГДС
 - б) Обзорная Рентгенография брюшной полости
 - в) Пероральная холецистография
 - г) Внутривенная холеграфия
 - д) Рентгенологическое исследование с бариевой взвесью
17. После острого кровотечения первыми изменяются следующие лабораторные параметры:
- а) Ph артериальной крови и СО-2
 - б) Гемоглобин и гематокрит
 - в) ЦВД
 - г) Насыщенность крови кислородом
 - д) Количество эритроцитов в периферической крови
18. При подозрении на несостоятельность швов желудочно-кишечного анастомоза следует выполнить:
- а) Обзорную рентгенографию брюшной полости

- б) Контрастное рентгенологическое исследование культи желудка
- в) ФГДС
- г) УЗИ брюшной полости
- д) Лапароскопию

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

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

20. Повышение уровня альфа-фетопротеина характерно для:

- а) Рака толстой кишки
- б) Рака поджелудочной железы
- в) Рака печени
- г) Рака печени и поджелудочной железы
- д) Рака толстой кишки и поджелудочной железы

Ситуационные (клинические) задачи

Задача № 7.

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

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

1. Опухоли каких локализаций могут метастазировать в правый надключичный лимфоузел?

2. Какие методы дополнительной инструментальной диагностики следует использовать для уточнения природы опухоли и локализации первичного очага?

Задача № 8.

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

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

1. Какой предварительный диагноз можно поставить?

2. Какие методы лабораторной и инструментальной диагностики помогут установить окончательный диагноз?

3. Каким образом можно помочь больному?

Задача № 9.

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

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие методы дополнительного обследования необходимы для подтверждения диагноза?
3. Какая операция должна быть выполнена?

Задача № 10.

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

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

1. Ваш диагноз?
2. Какое вмешательство следует выполнить в операбельном случае?

Задача № 11.

Больная К., 45 лет, поступила с жалобами на наличие опухоли на коже спины, возникшей на месте пигментного невуса после травмы. 3 месяца назад образование стало бурно расти, кровоточить. При ос-мотре: на коже спины, медиальнее левой лопатки имеется экзофитная опухоль синюшно-красного цвета с кровоточащим изъязвлением в центре, размеры 1,5х1,5х0,5 см. Регионарные лимфоузлы не увеличены.

1. Ваш диагноз?
2. Какие методы уточняющей и инструментальной диагностики следует применить для подтверждения диагноза и уточнения распространенности процесса?
3. Тактика лечения больной?

Задача № 12.

Больная К., 47 лет, поступила с жалобами на боли в эпигастрии, желтушность кожных покровов, слабость, похудание на 7 кг. Больна в течение 4 месяцев, желтуха появилась 1 месяц назад, постепенно нарастала. При осмотре: состояние средней тяжести. Склеры и кожа оливкового цвета. Пониженного питания В легких без патологии. ЧСС 100 ударов в минуту, АД 110/70 мм.рт.ст. Живот мягкий. Печень увеличена на 2 см, край эластичный. Стул ахоличен. При обследовании: общий анализ крови - эритроциты $4,6 \times 10^{12}/л$, НЬ - 124 г/л, СОЭ - 35 мм/ч. Лейкоциты $8,4 \times 10^9/л$, формула не изменена. Биохимическое исследование

крови - билирубин общий - 289 мкмоль/л, прямой 201 мкмоль/л, не прямой - 88 мкмоль/л; ФЛГ без патологии; ФГДС - поверхностный гастрит, двенадцатиперстная кишка без патологии, желчи не содержит; УЗИ брюшной полости — расширение внутрипечёночных желчных протоков до 0,8 см., холедох 6 мм, желчный пузырь 90х30х24 мм. При лапаротомии выявлена инфильтрация гепатикохоледоха, уходящая в ворота печени, около 10 метастатических узлов в правой доле печени.

1. Ваш диагноз?
2. Каким образом можно его подтвердить?
3. Как можно помочь больной?

Задача № 13.

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

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие методы дополнительной диагностики следует использовать для подтверждения диагноза?

При операционной ревизии обнаружено, что опухоль размером 12х10 см прорастает в поджелудочную железу. Имеется большое количество метастатических лимфатических узлов по ходу аорты, в малом и большом сальнике. Желудок растянут, неподвижен. Радикальную операцию осуществить невозможно.

4. Как вы закончите операцию?

Задача № 14.

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

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

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

Задача № 15.

У больной И., 58 лет, 10 месяцев назад появилась дисфагия, которая постепенно нарастала. В настоящее время с трудом может проглотить глоток воды. При осмотре: больная резко истощена. Над левой ключицей пальпируется конгломерат плотных лимфатических узлов. В легких без патологии. ЧСС - 76 ударов в минуту, АД - 140/80 мм.рт.ст.. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии. Печень по краю реберной дуги. При рентгенографии пищевода выявлено его резкое сужение в абдоминальном отделе, супрастенотическое расширение. Тугого наполнения желудка получить не удалось, но создается впечатление наличия дефекта наполнения в верхней трети

тела по малой кривизне. При эзофагоскопии выявлено резкое сужение пищевода на 34 см от резцов. Провести эндоскоп в желудок не удалось. При гистологическом исследовании биоптата получена картина многослойного плоского эпителия.

1. Ваш диагноз?
2. Какие диагностические средства следует использовать для под-тверждения диагноза и уточнения распространённости процесса?
4. Ваша тактика в лечении больной?

Задача № 16.

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

1. Ваш диагноз?
2. Какие средства дополнительной диагностики следует применить в данном случае?
3. Тактика лечения больной

Задача № 17.

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

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

Задача № 18.

Больной А., 55 лет, поступил с жалобами на схваткообразные боли в животе, в течение последних 6 месяцев отмечает запоры, периодически вздутие живота.

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

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

Задача № 19.

Больной Ц., 50 лет, 3 месяца назад обнаружил примесь крови в кале, до этого в течение года беспокоили запоры, боли в левой подвздошной области.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Умеренного питания. В легких без патологии. ЧСС 76 ударов в минуту, АД - 140/90 мм.рт.ст. Язык влажный. Живот не вздут,

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

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

1. Диагноз, стадия?

3. Какую операцию следует выполнить?

Задача 20.

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

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

1. Ваш диагноз?

2. Минимальный объем дополнительного обследования для определения лечебной тактики?

3. Характер оперативного пособия при отсутствии распространенности процесса?

Задача № 21.

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

1. Какой может быть поставлен диагноз?

2. Какое дополнительное обследование следует предпринять?

3. Как лечить больную?

Задача № 22.

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

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

плотные.

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

Задача № 23.

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

1. Ваш диагноз, стадия заболевания?
2. План лечения больной?

Задача № 24.

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

1. Ваш диагноз, стадия заболевания согласно международной и старой классификации.
2. Какова тактика лечения больной?

Задача № 25.

Больная И., 68 лет, упала на левый локоть, почувствовала резкую боль в левом плечевом суставе. При осмотре левый плечевой сустав увеличен в объеме, поколачивание по локтю вызывает боль в плечевом суставе. Пассивные движения в плечевом суставе болезненны, но возможны. При вращении плеча за его дистальный конец не ощущается костная крепитация, головка плечевой кости движется вместе с дистальным концом плеча, пальпаторно определяется на обычном месте под акромиальным концом лопатки. Больная поддерживает руку за локоть в приведенном положении.

1. Назовите вероятный диагноз повреждения.
2. Дополнительные методы обследования?
3. Сроки начала активных движений в плечевом суставе?
4. Какие вероятные повреждения возможны при данном механизме травмы?
5. Способ иммобилизации данного повреждения?
6. Назовите классификацию переломов плечевой кости.
7. Укажите возможные осложнения при переломах плечевой кости.

8. Назовите методы консервативного и оперативного лечения переломов плечевой кости.

9. Назовите классификацию и тактику лечения вывихов плеча в зависимости от давности травмы.

Задача № 26.

Больная Е., 60 лет, поскользнулась и упала на тротуаре на разогнутую кисть левой руки. Жалуется на боли в области лучезапястного сустава, усиливающиеся при движении. Область лучезапястного сустава деформирована, пальпация резко болезненна.

1. Назовите диагноз повреждения.
2. Техника репозиции при данном виде повреждения.
3. Какие еще повреждения могут быть при данном механизме травмы?
4. Дайте классификацию повреждений данной области.
5. Способ и сроки иммобилизации при данном повреждении?
6. Показания и способы хирургического лечения при переломах и вывихах костей предплечья и кисти.
7. Назовите возможные осложнения, при переломах костей предплечья, их причины и способы лечения.

Задача № 27.

Больной П., 40 лет, упал на ноги с высоты 3-х метров. Жалуется на боли в правом тазобедренном суставе, невозможность движений в нем. При осмотре правая нога согнута в тазобедренном и коленном суставах, отведена и ротирована наружу. Под паупертовой связкой определяется ограниченная округлая припухлость, плотная при пальпации, большой вертел не прощупывается, стопа и пальцы цианотичные, пульс на тыльной артерии стопы не прощупывается.

1. Поставьте диагноз.
2. Классификация повреждений области тазобедренного сустава.
3. Дополнительные методы обследования.
4. Возможные осложнения этого повреждения?
5. Лечебные мероприятия при данном повреждении.
6. Способы и сроки иммобилизации при данном повреждении.
7. Какие еще повреждения могут быть при подобном механизме травмы?

Задача № 28.

Больной А., 30 лет, сбит автомашиной. Доставлен ССМП без транспортной иммобилизации. Состояние тяжелое. Бледен. АД - 80/50 мм.рт.ст., пульс 110 уд. в мин. Нога резко деформирована в верхней трети, определяется варусное искривление бедра. Здесь же по наружной поверхности бедра рана с рваными краями размерами 4×5 см, кровоточит. Пульс на артериях стопы сохранен, движения в пальцах стопы сохранены.

1. Назовите диагноз повреждения согласно классификации А.В. Каплана и О.Н. Марковой.
2. Классификация повреждений бедренной кости.
3. Назовите ошибки бригады скорой помощи.
4. Назовите возможные поздние осложнения этого повреждения.
5. Перечислите лечебные мероприятия в должной последовательности.

Задача № 29.

Больной С., 20 лет, спускаясь на лыжах с горы, неожиданно увидел на своем пути большой камень. Резко повернул на лыжах влево и почувствовал сильную боль в правом коленном суставе. Коленный сустав стал быстро увеличиваться в объеме. При поступлении в больницу выявлено, что коленный сустав согнут под углом 20-30 градусов, при попытке активного сгибания голени боли резко усиливаются, активные движения в коленном суставе

невозможны из-за болей.

1. Сформулируйте диагноз повреждения.
2. Какие возможные повреждения коленного сустава при этом могут выявиться?
3. Классификация повреждений коленного сустава.
4. Перечислите лечебные мероприятия.
5. Клиника застарелых повреждений менисков.
6. Оперативное лечение при повреждениях связочного аппарата коленного

сустава.

Задача № 30.

Больной М., 16 лет, при нырянии на мелком месте ударился головой о твердое дно реки. Извлечен из воды товарищами. Больной жалуется на потерю чувствительности и отсутствие движений в руках и ногах, а также на затрудненное дыхание.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Положение больного при транспортировке в лечебное учреждение.
3. Дополнительные методы обследования.
4. Лечебные мероприятия при данном повреждении.
5. Классификация повреждений позвоночника.
6. Показания и виды оперативного лечения при переломах позвоночника.

Задача № 31.

Больной Ч., 35 лет, сбит автомобилем. При поступлении жалуется на боли в лонной области. При осмотре у больного выявляется выступающий над лонной областью переполненный мочевой пузырь, пальпация лобковых костей резко болезненна. Самостоятельное мочеиспускание отсутствует. Мягкий катетер в мочевой пузырь не проходит. При удалении катетера из уретры выделилось несколько капель крови

1. Поставьте предполагаемый диагноз.
2. Назовите дополнительные методы исследования.
3. Перечислите лечебные мероприятия при данном виде травмы.
4. Классификация переломов таза.
5. Осложнения при переломах таза.
6. Проблемы и осложнения консервативных методов лечения переломов таза.
7. Современные методы оперативного лечения переломов таза.
8. Назовите этапы и необходимую помощь этому пострадавшему на каждом из

них, если бы он находился в действующей армии.

Задача № 32.

Больной М., 18 лет, во время игры в волейбол подвернул правую стопу кнутри, почувствовал сразу резкую боль в голеностопном суставе и хруст. При осмотре область правого голеностопного сустава резко отечна, при пальпации лодыжек возникает сильная боль, стопа находится в варусном положении.

1. Поставьте предполагаемый диагноз.
2. Дополнительные методы обследования.
3. Перечислите лечебные мероприятия и их очередность.
4. Способ и сроки иммобилизации при данном повреждении.
5. Назовите классификацию повреждений данной области.
6. Показания и способы хирургического лечения переломов костей голени,

образующих голеностопный сустав и костей стопы.

7. Перечислите возможные осложнения переломов костей голени, стопы, отметьте пути их профилактики и методы лечения.

Задача № 33.

У ребенка 3-х месяцев диагностирован врожденный вывих правого бедра - выявлены

клинические признаки заболевания и рентгенологические симптомы.

1. Каковы ранние клинические признаки врожденного вывиха бедра?
2. Клиническая диагностика врожденного вывиха бедра после 1 года.
3. Назовите основные причины возникновения врожденного вывиха бедра.
4. Рентгенологические симптомы врожденного вывиха бедра.
5. Дополнительные методы обследования применяемые для диагностики врожденного вывиха бедра.
6. Показания и способы консервативного лечения.
7. Показания и способы хирургического лечения.

Задача № 34.

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

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

Задача № 35.

Больной М., 26 лет, обратился с жалобами на боли в спине и пояснице, боли в области сердца, возникающие при подъеме тяжестей, вынужденном положении, длительном стоянии. Объективно: у больного имеется опущение угла правой лопатки и надплечья на 1,5 см. При наклоне определяется выбухание грудной клетки слева. Имеется асимметрия расположения сосков на 1 см. В нижнегрудном и поясничном отделе выражен дефанс паравертебральных мышц.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Перечислите дополнительные методы исследования.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Назовите виды нарушения осанки.
5. Дайте определение сколиоза.
6. Клинические проявления остеохондроза позвоночника в зависимости от локализации.
7. Осложнения остеохондроза.
8. Консервативное лечение остеохондроза.
9. Показания к оперативному лечению.

Задача № 36.

Сержант О., 29 лет, шофер автороты. Получил слепое ранение в правую ягодицу осколком авиабомбы. На большую и кровоточащую рану была наложена давящая повязка из трех индивидуальных пакетов. Попутной машиной раненый с места травмы был доставлен в ОМО через 1,5 часа после ранения.

При поступлении состояние довольно тяжелое. Лежит на животе. Бледен. Пульс 114 в 1 мин. АД 95/40. На правой ягодице повязка, значительно промокшая кровью. Живот при пальпации мягкий, безболезненный.

1. Правильно ли было остановлено кровотечение пострадавшему? Обоснуйте

ответ.

2. Какой диагноз Вы впишите в первичную медицинскую карточку на МПП?
3. Объем помощи на МПП.
4. В какое подразделение ОМО Вы направите раненого и в какую очередь?
5. Показано ли пострадавшему переливание крови в условиях ОМО?
6. Следует ли провести раненому в ОМО ПХО раны или ее следует отложить до

ГБФ, почему?

7. Наложите ли Вы первичные швы на рану после ее ПХО, обоснуйте ответ?
8. Классификация кровотечений.
9. Перечислите методы определения кровопотери.

Задача № 37.

Рядовой П., 22 лет, поступил на МПП через 5 часов после травмы. Во время авиабомбардировки упал с высоты 4-х метров. Ударился затылком о камни, терял сознание, на какой срок не знает. В МПП доставлен сидя. В сознании, но заторможен. При поступлении была рвота. На вопросы отвечает не сразу и односложно, жалобы на сильную головную боль, особенно при взгляде на свет. Пульс 48 в 1 минуту, анизокория: D>S. Левросторонний гемипарез. В правой теменной области припухлость, но повреждения костей не определяется.

1. Каков должен быть объем доврачебной помощи пострадавшему?
2. В каком положении нужно было доставить пострадавшего на МПП?
3. Какой диагноз Вы впишите в первичную медицинскую карточку пострадавшего?

4. Чем объясните брадикардию?
5. Объем помощи пострадавшему на МПП?
6. Объем помощи на следующих этапах?
7. Классификация ЧМТ.
8. Клинические проявления ушиба головного мозга.

Задача № 38.

Рядовой Н., 30 лет, во время взрыва был придавлен упавшим деревом. Тяжелым стволом были придавлены ноги пострадавшего. После помощи, оказанной пострадавшему на МПП, он был эвакуирован в урологическое отделение торакоабдоминального госпиталя. В этом госпитале на 3-й день после травмы пострадавшему были выполнены "лампасные" разрезы с рассечением фасций на двух бедрах и на левой голени. На 9-й день после травмы состояние пострадавшего тяжелое. Бессонница, тошнота. Пострадавший бледен, изо рта аммиачный запах. Температура 38,6°C. Пульс 110 ударов в минуту. АД - 180/95. За последние сутки выделил 150 мл мутной, с коричневым оттенком мочи. В моче большое количество белка, эритроциты, почечный эпителий.

1. Поставьте диагноз.
2. Какой период патологического процесса имеется у пострадавшего?
3. В чем должна заключаться первая медицинская помощь?
4. Объем помощи на МПП?
5. Как можно охарактеризовать изменения со стороны почек?
6. Каковы показания, цели и методы хирургического лечения у данной категории больных?

7. Цели и методы консервативного лечения (в том числе и экстракорпоральной детоксикации) в зависимости от стадии течения?

8. Назовите возможные исходы и осложнения данного патологического процесса?

Выздоровление, Контрактуры, Инфицирование и ампутация

Задача № 39.

Сержант Т., 27 лет, получил слепое осколочное ранений мягких тканей левого плеча. Товарищами ему была наложена повязка из индивидуального пакета. В связи с тем, что повязка сильно промокла кровью оказывающие первую помощь наложили жгут в средней трети плеча, используя для этого кусок шпагата. Попутной машиной раненый был доставлен на МПП. При поступлении пострадавший несколько бледен, пульс на здоровой руке 92 в минуту. Раненая рука подвешена на поясном ремне. Повязка промокла подсохшей кровью. Импровизированный жгут затянут туго, кисть холодная, тыльная флексия кисти и пальцев отсутствует.

1. Правильно ли был выбран материал для импровизированного жгута?
2. Какие предметы, имеющиеся на самом раненом, могли бы служить материалом для такого жгута?
3. Какие дефекты были допущены при наложении жгута?
4. Как Вы поступите с раненым при осмотре его в сортировочном отделении МПП?
5. Как Вы будете действовать, если при снятии жгута из раны возникло струйное кровотечение алой кровью?
6. Куда и в какую очередь следует эвакуировать пострадавшего?
7. Способы временной и окончательной остановки кровотечения?
8. Этапы первичной хирургической обработки ран?
9. Показания к наложению на рану первичных швов?
10. В каких случаях на рану накладываются первичноотсроченные и вторичные швы?

Задача № 40.

Ст. Лейтенант Б., 30 лет, получил ожоги при пожаре на аэродроме. При поступлении через 3 часа в ОМО в первичной медицинской карточке, заполненной в МПП стоит диагноз: Ожоги пламенем лица, правой руки, туловища площадью 20% (из них III-IV - 16%). При поступлении в ОМО состояние тяжелое, несколько возбужден. Жалуется на боли в области ожогов, одышку и сильную жажду. Вздрагивает от приступов озноба. Першение в горле, сухой кашель. Кожа лица отечна и гиперемирована. На щеках, подбородке и ушных раковинах пузыри, веки раскрываются с трудом, выражена гиперемия склер. На туловище спереди, на правой руке и левой кисти повязки, закрывающие ожоговую поверхность. Ожог лица густо смазан синтомициновой эмульсией и прикрыт марлей. Пульс 100 в 1 минуту, АД -150/75. После травмы не мочился.

1. Какие уточнения диагноза, написанного в мед. карточке необходимо сделать?
2. Каков должен быть объем первой медицинской и доврачебной помощи этому пострадавшему?
3. Каков должен быть объем помощи на МПП, в т.ч. при ожоге глаз?
4. Куда и в какую очередь нужно направить раненого из МПП?
5. Дайте классификацию ожогов?
6. Определение ожоговой болезни и ее периоды?

ПК-6. Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи

Вопросы в рамках осуществляемых компетенций:

1. Послеоперационные осложнения, классификация.
2. Профилактика и лечение гипоксических состояний, интенсивная терапия дыхательных расстройств и нарушений функций сердечно-сосудистой системы.
3. Тромбозы и эмболии в послеоперационном периоде: причины, диагностика, лечение, профилактика.
4. Нарушения кислотно-щелочного равновесия и водно-электролитного обмена после

хирургических вмешательств: классификация, клиническая и лабораторная диагностика, лечение, профилактика.

5. Печеночная недостаточность в послеоперационном периоде: причины, классификация, клиника, диагностика, лечение, профилактика.

6. Почечная недостаточность: причины, фазность течения, клиника, диагностика, лечение, профилактика. Гепаторенальный синдром: определение, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение. Показания и противопоказания к применению гемодиализа и методов экстракорпоральной детоксикации.

7. Эндокринные расстройства в послеоперационном периоде: классификация, патогенез, диагностика, лечение.

8. Нервно-психические расстройства в послеоперационном периоде: причины, классификация, клиника, методы лечения.

9. Способы временной и окончательной остановки кровотечения.

10. Лечение постгеморрагических состояний. Принципы и содержание трансфузионной терапии постгеморрагических состояний.

11. Реинфузия крови, методы, показания и противопоказания к ее применению.

12. Классификация ран. Современные представления о патогенезе раневого процесса. Периоды раневого процесса. Принципы лечения ран.

13. Раневая инфекция: классификация, клинические формы, осложнения. Методы профилактики и лечения раневой инфекции.

14. Принципы лечения хирургических инфекций.

15. Принципы хирургического лечения гнойных ран и гнойно-воспалительных очагов.

16. Виды операций, выполняемых при лечении гнойных ран и гнойно-воспалительных очагов; показания, противопоказания к ним.

17. Методы дополнительной интраоперационной санации ран: техника, тактика применения, оценка эффективности.

18. Методы раннего и отсроченного закрытия гнойных ран: техника, тактика применения, оценка эффективности.

19. Задачи и тактика местного медикаментозного лечения гнойных ран и гнойно-воспалительных очагов.

20. Механизм действия, показания и методика применения протеаз, многокомпонентных мазей, антисептиков, стимуляторов репарации и препаратов других групп.

21. Современные принципы антибактериальной терапии.

22. Фармакокинетика и фармакодинамика антибиотиков, применяемых в лечении хирургических инфекций.

23. Методы антибиотикотерапии: показания, техника выполнения, осложнения. Принципы выбора препарата.

24. Показания, техника и методы детоксикационной терапии (форсированный диурез, экстракорпоральная детоксикация).

25. Неспецифическая и специфическая, пассивная и активная иммунотерапия хирургических инфекций: показания и тактика применения.

26. Показания и тактика применения гипербарической оксигенации

27. Особенности и объем хирургических вмешательств при анаэробных инфекциях.

28. Особенности антибактериальной терапии и общего лечения анаэробных инфекций.

29. Принципы антибактериальной терапии столбняка.

30. Профилактика и лечение судорожного синдрома и осложнений столбняка.

31. Объем интенсивной терапии столбняка.

32. Принципы и методы иммунопрофилактики и иммунотерапии столбняка.

33. Определение и классификация хирургического сепсиса.

34. Программа лечения сепсиса.

35. Неотложная помощь и лечебная программа септического шока.

36. Исходы и прогноз сепсиса

37. Основные возбудители хирургических инфекций;

38. Классификация хирургических инфекций;
39. Принципы и методы диагностики хирургических инфекций;
40. Показания к амбулаторному и стационарному лечению больных с хирургическими инфекциями;
41. Объем помощи, оказываемой на догоспитальном этапе в лечебных учреждениях;
42. Организация работы отделения хирургических инфекций;
43. Классификация гнойных заболеваний кисти и стопы.
44. Принципы профилактики и лечения гнойной инфекции кисти и стопы.
45. Показания и виды операций при гнойных заболеваниях кисти и стопы.
46. Послеоперационное ведение и методы антибактериальной терапии гнойных заболеваний кисти и стопы.
47. Осложнения, последствия и исходы гнойных заболеваний кисти и стопы.
48. Выбор метода оперативного лечения острых парапроктитов.
49. Послеоперационное ведение и исходы острого парапроктита.
50. Принципы и методы оперативного лечения параректальных свищей.
51. Ведение послеоперационного периода и исходы параректальных свищей.
52. Принципы и методы оперативного лечения эпителиального копчикового хода и дермоидных кист копчика.
53. Методы консервативного лечения мастита.
54. Показания и виды операций при маститах.
55. Методы антибактериальной терапии маститов.
56. Общее лечение маститов. Исходы.
57. Хирургическое лечение, ведение послеоперационного периода.
58. Осложнения острого аппендицита (аппендикулярный инфильтрат, периаппендикулярный абсцесс): диагностика, хирургическая тактика.
59. Осложнения в послеоперационном периоде, их профилактика, диагностика и лечение.
60. Организация неотложной хирургической помощи в стране и достижения отечественной системы здравоохранения в снижении частоты осложнений и летальности при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости, в частности, при остром аппендиците.
61. Осложнения грыж (ущемление, невосприимчивость, воспаление).
62. Ущемленные грыжи. Патогенез, классификация, клиника, диагностика. Возможные ошибки в распознавании ущемленных грыж на догоспитальном этапе. Тактика хирурга при ущемленных грыжах. Принципы предоперационной подготовки и оперативного лечения ущемленных грыж.
63. Ущемленные паховые, бедренные, пупочные и белой линии живота грыжи: клиника, диагностика, методы оперативного лечения. Ущемленные грыжи других локализаций: клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
64. Показания и виды операций при перфоративных язвах. Методы антибактериальной и инфузионно-трансфузионной терапии. Исходы. Реабилитация. Диспансерное наблюдение.
65. Показания к неотложному хирургическому вмешательству при ЖКК. Методы хирургического пособия. Принципы комплексной терапии в послеоперационном периоде. Осложнения. Исходы лечения и пути их улучшения. Медицинская реабилитация, врачебная экспертиза и санаторно-курортное лечение.
66. Показания и объем оперативного вмешательства при остром холецистите. Послеоперационные осложнения, их профилактика, диагностика и лечение.
67. Осложнения острого холецистита: обтурационная желтуха, холангит, обтурационная кишечная непроходимость. Клиника, диагностика, хирургическая тактика.
68. Показания и объем оперативного вмешательства при остром панкреатите. Послеоперационные осложнения, их профилактика, диагностика и лечение. Исходы. Отдаленные последствия (кисты и свищи поджелудочной железы, нарушения секреторной функции).
69. Послеоперационный панкреатит. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика,

лечение и профилактика.

70. Абсцессы брюшной полости: их диагностика и хирургическое лечение.
71. Осложнения и исходы перитонита.
72. Классификация инородных тел ЖКТ по происхождению и локализации, а также возможных осложнений
73. Консервативное и оперативное лечение инородных тел ЖКТ и их осложнений.
74. Механизм повреждений. Классификация, симптоматология.
75. Лапароцентез, лапароскопия при травме живота. Показания к оперативному лечению. Оперативные доступы, выбор объема оперативного вмешательства. Осложнения операций, их профилактика.
76. Повреждения селезенки, их диагностика и хирургическое лечение. Имплантация селезеночной ткани после спленэктомии. Осложнения, исходы.
77. Хирургическая анатомия передней брюшной стенки.
78. Особенности предоперационной подготовки и послеоперационного лечения больных с грыжами.
79. Паховые грыжи. Этиология, патогенез, классификация, клиника и диагностика. Оперативное лечение: показания, выбор метода.
80. Грыжи пупочные и белой линии живота. Клиника, диагностика. Оперативное лечение: показания, выбор метода.
81. Бедренные грыжи. Патогенез и дифференциальная диагностика. Оперативное лечение: показания, выбор метода.
82. Редкие формы грыж брюшной стенки (грыжи спигеллиевой линии, треугольника Пти, запирающего отверстия и пр.): клиника, дифференциальная диагностика и виды операций.
83. Послеоперационные и травматические грыжи передней брюшной стенки. Этиология. Клиническая картина. Показания и выбор метода оперативного лечения. Аллопластика при грыжах живота. Возможные осложнения и пути их предупреждения при оперативном лечении травматических и послеоперационных грыж.
84. Внутренние грыжи живота. Врожденные и приобретенные диафрагмальные грыжи. Клиника, диагностика. Хирургическое лечение врожденных, приобретенных и травматических грыж. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Клиника, диагностика. Методы консервативного и оперативного лечения. Послеоперационные осложнения, их лечение. Медицинская реабилитация, диспансерное наблюдение, врачебная экспертиза.
85. Хирургическая анатомия венозной системы.
86. Оперативное лечение варикозной болезни: показания, выбор метода.
87. Техника комбинированной флебэктомии. Осложнения, их диагностика и лечение.
88. Флеботромбозы и тромбофлебиты. Этиология и патогенез. Классификация. Клиника, диагностика. Осложнения.
89. Консервативное и оперативное лечение флеботромбозов и тромбофлебитов.
90. Посттромбофлебитический синдром; синдром верхней (нижней) полой вены. Диагностика. Принципы консервативного и оперативного лечения.
91. Тромбоэмболия легочной артерии: диагностика, лечение. Медицинская реабилитация, диспансерное наблюдение, врачебная экспертиза.
92. Облитерирующие заболевания аорты и магистральных артерий. Классификация. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Принципы и содержание консервативной терапии. Показания к оперативному лечению. Выбор метода операции. Особенности ампутации конечностей по поводу облитерирующего поражения артерий.
93. Аневризмы аорты и магистральных артерий. Расслаивающая аневризма аорты. Клиника. Диагностика. Лечение.
94. Тромбозы и эмболии магистральных кровеносных сосудов: этиология, патогенез, клиника, диагностика. Показания к оперативному лечению, виды операций.
95. Повреждения магистральных и периферических кровеносных сосудов: классификация, клиника, диагностика. Принципы и методы оперативного лечения. Ведение

- послеоперационного периода. Последствия повреждений сосудов (аневризмы, артериовенозные свищи, болезнь перевязанного сосуда): клиника, диагностика.
96. Классификация врожденных и приобретенных пороков сердца.
97. Показания и противопоказания к хирургическому лечению приобретенных и врожденных пороков сердца. Принципы операций.
98. Хирургические аспекты клиники и диагностики ишемической болезни сердца.
99. Осложнения желчнокаменной болезни. Обтурационная желтуха: дифференциальная диагностика, профилактика холемических кровотечений, роль методов экстракорпоральной детоксикации, возможности эндоскопических методов устранения механической желтухи. Холангит: диагностика, лечение.
100. Хронический бескаменный холецистит. Диагностика, показания к оперативному лечению.
101. Виды операций, применяемых в лечении желчнокаменной болезни и ее осложнений. Холедохотомия: показания, варианты завершения.
102. Интраоперационное повреждение желчных протоков: причины, исходы, лечение, профилактика.
103. Постхолецистэктомический синдром: причины, классификация, диагностика, лечение. Медицинская реабилитация, диспансерное наблюдение, врачебная экспертиза и санаторно-курортное лечение при заболеваниях желчного пузыря и после операций на желчных протоках.
104. Особенности предоперационной подготовки больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. Оперативное лечение: показания, выбор метода.
105. Послеоперационное ведение больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки.
106. Ваготомия. Виды дренирующих операций. Показания, противопоказания.
107. Резекция желудка, виды, показания, противопоказания.
108. Болезни оперированного желудка. Клиника, диагностика, лечение.
109. Хронический панкреатит. Клиника, диагностика, методы лечения. Показания к оперативному лечению и выбор операции.
110. Кисты и свищи поджелудочной железы. Классификация, клиника, диагностика, методы лечения. Медицинская реабилитация. Врачебная экспертиза и санаторно-курортное лечение при хронических заболеваниях и после операций на поджелудочной железе.
111. Тактика лечения заболеваний тонкой и толстой кишки.
112. Особенности и объем хирургических вмешательств при неспецифическом язвенном колите, болезни Крона, кишечных свищах.
113. Геморрой. Этиология и патогенез. Классификация. Клиника, диагностика и дифференциальная диагностика. Показания к хирургическому вмешательству, виды операций. Осложнения и их лечение.
114. Воспалительные заболевания прямой кишки. Проктиты. Трещины заднего прохода. Клиника, диагностика. Лечение; показания к хирургическому вмешательству, виды операций. Осложнения и их лечение.
115. Выпадение прямой кишки, этиология. Классификация. Клиника, диагностика. Хирургическое лечение и его результаты.
116. Пиогенные абсцессы печени. Этиология, патогенез, Диагностика и дифференциальная диагностика. Пункционное и хирургическое дренирование абсцессов.
117. Гнойный пилефлебит. Этиология, патогенез, диагностика и лечение.
118. Послеоперационные абсцессы печени. Диагностики и лечение.
119. Амебный абсцесс печени.
120. Осложнения и исходы абсцессов печени.
121. Эхинококк печени. Этиология, патогенез. Клиническая картина, Диагностика и дифференциальная диагностика. Осложнения. Хирургическое лечение.
122. Альвеолярный эхинококк. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение.
123. Основные физиологические функции селезенки в организме взрослого человека.

124. Системные заболевания, сопровождающиеся спленомегалией. Дифференцированный подход к обоснованию спленэктомии при этих заболеваниях.
125. Заболевания собственно селезенки. Кисты селезенки: диагностика, методы лечения. Опухоли селезенки: классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
126. Особенности спленэктомии при увеличенной селезенке. Типичные осложнения и исходы.
127. Диагностика синдрома портальной гипертензии. Показания к хирургическому лечению портальной гипертензии. Методы хирургического пособия.
128. Клинико-лабораторные проявления эндогенного гиперкортизолизма (синдрома Иценко–Кушинга), особенности патогенеза, морфологические изменения в надпочечниках, функциональные пробы, виды лечения, показания к операциям на надпочечниках, их объем;
129. Хромаффинные опухоли (феохромоцитома), патогенез, диагностический поиск, лечение, особенности ведения больных до, во время и после операции;
130. Андростерома, клинико-лабораторные проявления, лечение;
131. Кортикоэстрома, клинико-лабораторные проявления, лечение;
132. Гормонально–неактивные опухоли надпочечников, клинико-лабораторные данные, пути диагностики, лечение;
133. Принципы лечения онкологических больных;
134. Хирургическое лечение в онкологии;
135. Лучевое лечение онкологических больных;
136. Лекарственная терапия онкологических больных;
137. Симптоматическое лечение больных с неоперабельными опухолями;
138. Хирургическая анатомия шеи, треугольники шеи.
139. Классификация рака щитовидной железы. Заболеваемость. Современные представления об этиологии и патогенезе рака щитовидной железы Симптоматология.
140. Особенности предоперационной подготовки и послеоперационного лечения больных с раком щитовидной железы. Оперативное лечение: показания, выбор вида вмешательства. Послеоперационные осложнения, их лечение.
141. Дисгормональные заболевания молочной железы: этиология, классификация, клиника, диагностика, показания к оперативному лечению, его принципы, методы операций.
142. Гинекомастия: классификация, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз; показания к операции и ее особенности.
143. Рак молочной железы: классификация, клиника, диагностика. Принципы лечения; хирургическое, комбинированное и комплексное лечение. Рак грудной железы у мужчин. Отдаленные результаты.
144. Доброкачественные опухоли легкого: классификация, клиника, диагностика, объем оперативных вмешательств. Результаты.
145. Рак легкого. Этиология; роль курения в этиологии и патогенезе рака легкого. Классификация. Клиника, диагностика, ранняя диагностика, дифференциальная диагностика.
146. Хирургическое и комбинированное лечение рака легкого. Исходы оперативного лечения. Отдаленные результаты и реабилитация больных.
147. Тактика лечения доброкачественных опухолей пищевода.
148. Особенности и объем хирургических вмешательств при раке пищевода различной локализации. Радикальные и паллиативные операции.
149. Неотложные операции при осложненных формах рака пищевода.
150. Особенности послеоперационного лечения больных с опухолями пищевода.
151. Комбинированное лечение рака пищевода.
152. Тактика лечения доброкачественных опухолей желудка.
153. Особенности и объем хирургических вмешательств при злокачественных опухолях желудка различной локализации. Радикальные и паллиативные операции.
154. Неотложные операции при осложненных формах рака желудка.
155. Особенности послеоперационного лечения больных с опухолями желудка.

156. Отдаленные результаты хирургического лечения рака желудка.
157. Комбинированное лечение рака желудка.
158. Алгоритм выбора метода лечения опухолей поджелудочной железы
159. Объем оперативных вмешательств при различных новообразованиях поджелудочной железы. Медицинская реабилитация и отдаленные результаты хирургического лечения
160. Тактика лечения доброкачественных опухолей тонкой кишки и брыжейки.
161. Особенности и объем хирургических вмешательств при злокачественных опухолях тонкой кишки и брыжейки. Радикальные и паллиативные операции.
162. Неотложные операции при злокачественных опухолях тонкой кишки и брыжейки.
163. Особенности послеоперационного лечения больных с опухолями тонкой кишки.
164. Особенности и объем хирургических вмешательств при злокачественных опухолях толстой кишки различной локализации. Радикальные и паллиативные операции.
165. Неотложные операции при осложненных формах рака толстой кишки.
166. Особенности послеоперационного лечения больных с опухолями толстой кишки.
167. Отдаленные результаты хирургического лечения рака толстой кишки.
168. Принципы химиотерапии рака толстой кишки.
169. Тактика лечения доброкачественных опухолей прямой кишки.
170. Особенности и объем хирургических вмешательств при злокачественных опухолях прямой кишки различной локализации. Радикальные и паллиативные операции.
171. Неотложные операции при осложненных формах рака прямой кишки.
172. Особенности послеоперационного лечения больных с опухолями прямой кишки.
173. Отдаленные результаты хирургического лечения рака прямой кишки.
174. Принципы химиотерапии рака прямой кишки.
175. Кисты забрюшинного пространства: этиология, патогенез, диагностика, лечение.

Тестовые задания

1. Клиника острой кровопотери возникает при кровоптере, равной:
 - а) 250 мл
 - б) 500 мл
 - в) 1000 мл
 - г) 1500 мл
 - д) 2000 мл
2. Вливание 1 л физ раствора NaCl увеличит ОЦК на:
 - а) 1000 мл
 - б) 750 мл
 - в) 500 мл
 - г) 250 мл
 - д) Менее 250 мл
3. ОЦК у взрослых мужчин составляет:
 - а) 50 мл/кг
 - б) 60 мл/кг
 - в) 70 мл/кг
 - г) 80 мл/кг
 - д) 90 мл/кг
4. Удовлетворительную кислородную емкость крови и транспорт кислорода обеспечивает гематокрит не ниже:
 - а) 20-25%
 - б) 30%
 - в) 35%

- г) 40%
- д) 45%

5. Лечение острой кровопотери в начальных этапах начинают с переливания: 1. Эритромаcсы 2. Донорской крови 3. Кристаллоидных растворов 4. Коллоидных растворов Выберите правильный ответ:

- а) Верно 1, 2
- б) Верно 1, 3
- в) Верно 2, 4
- г) Верно 2, 3
- д) Верно 3, 4

6. Переливание несовместимой крови ведет к развитию: 1. гемотрансфузион-нозошока 2. отека легких 3. гемолиза 4. острой почечной недостаточности 5. геморрагического синдрома Выберите правильный ответ:

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

7. К обязательным пробам, проводимым перед каждым переливанием крови, относятся: 1. групповая совместимость 2. индивидуальная совместимость 3. биологическая проба 4. определение резус совместимости 5. определение резус фактора Выберите правильный ответ:

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

8. Для лечения гиповолемии вначале используют:

- а) Вазопрессоры
- б) Кардиотонические средства
- в) Плазмозаменители
- г) Эритромаcсу
- д) Донорскую кровь

10. Нейротоксическим действием обладают:

- а) Пенициллин и линкомицин
- б) Кефзол и пенициллин
- в) Полимиксин и стрептомицин
- г) Стрептомицин и кефзол
- д) Линкомицин и стрептомицин

11. При пероральном применении антибиотиков желудочным соком инактивируются:

- а) Оксациллин
- б) Эритромицин
- в) Канамицин
- г) Метациклин
- д) Пенициллин

12. Гепатотоксическим действием обладает:

- а) Пенициллин
- б) Тетрациклин
- в) Линкомицин
- г) Колимицин
- д) Цефамезин

13. Среди перечисленных ниже антибиотиков бактерицидным является:

- а) Левомецетин
- б) Тетрациклин
- в) Эритромицин
- г) Ампиокс
- д) Олеандомицин

14. Из перечисленных ниже антибиотиков нефротоксическим и ототоксическим действием обладает:

- а) Окситетрациклин
- б) Полимиксин
- в) Линкомицин
- г) Цефазолин
- д) Левомецетин

15. Высокий риск вирусного гепатита связан с переливанием всего перечисленного: 1. Эритроциты 2. Альбумина 3. Плазмы 4. Криопреципитата 5. Тромбоциты Выберите правильный ответ:

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

16. Кровь, излившаяся в грудную или брюшную полости, пригодна для реинфузии в течение:

- а) Первых суток
- б) 2 суток
- в) 3 суток
- г) 1 недели
- д) Срок не ограничен, если она жидкая

17. Среди перечисленных ниже антибактериальных средств обладают как бактерицидным, так и бактериостатическим действием:

- а) Потесептил, рифампицин, ванкомицин
- б) Неомидин, метациклин, ампиокс
- в) Карбенициллин, дибекасин, тетрациклин
- г) Рифамид, миноциклин, сизомицин
- д) Ванкомицин, оксиглюкоциклин, азлоциллин

18. Больному с A2 (II) необходимо перелить донорскую плазму. Плазма этой группы отсутствует. Больному возможно переливание плазмы:

- а) A2B (IV)
- б) 0 (I)
- в) Только однокруппную плазму
- г) B (III)
- д) Любую сухую

19. Абсолютным показанием к ИВЛ у больных с возникшей дыхательной недостаточностью при шоке служит уровень рО₂ при ингаляции чистым кислородом:

- а) Ниже 40 мм рт. ст.
- б) Ниже 50 мм рт. ст.
- в) Ниже 60 мм рт. ст.
- г) Ниже 70 мм рт. ст.
- д) Правильного ответа нет

20. Лабораторными признаками декомпенсации метаболического ацидоза являются:
1. рН менее 7,3 2. рСО₂ менее 40 мм рт. ст. 3. менее 20 мм рт. ст. 4. ВЕ более - 5 ммоль/л 5. ВЕ более - 10 ммоль/л

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

21. Лабораторными признаками декомпенсации метаболического алкалоза являются:
1. рН более 7,45 2. рСО₂ менее 40 мм рт. ст. 3. менее 60 мм рт. ст. 4. ВЕ более + 5 ммоль/л 5. ВЕ более + 10 ммоль/л

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

22. При анафилактическом шоке происходит массивное освобождение:
а) Гистамина
б) Гистамина и серотонина
в) Гистамина, серотонина и медленно реагирующей субстанции (МРС)
г) Гистамина, серотонина, медленно реагирующей субстанции (МРС) и брадикинина
д) Гистамина, серотонина, МРС, брадикинина и ацетилхолина

23. При развитии анафилактического шока наиболее эффективным препаратом для неотложной терапии является:

- а) Норэпинефрин
- б) Преднизолон
- в) Димедрол
- г) Хлористый кальций
- д) Адреналин

24. После лапаротомии нормальная перистальтика обычно восстанавливается:
а) Желудок через - 4 часа, тонкая кишка - 24 часа, толстая кишка - после первого приема пищи

- б) Желудок через - 24 часа, тонкая кишка - 4 часа, толстая кишка - 3 суток
- в) Желудок через - 3 суток, тонкая кишка - 3 суток, толстая кишка - 3 суток
- г) Желудок через - 24 часа, тонкая кишка - 24 часа, толстая кишка - 24 часа
- д) Желудок через - 4 часа, тонкая кишка - немедленно, толстая кишка - 24 часа

25. Внутривенная инфузия питуитрина при кровотечении из варикозных вен пищевода при портальной гипертензии применяется с целью:

- а) Увеличение вязкости крови
 - б) Снижение активности крови
 - в) Снижение давления в системе воротной вены
 - г) Активация процесса перехода протромбина в тромбин
 - д) Снятия спазма вен портальной системы
26. Время кровотечения удлиняется:
- а) При травмах и разможениях мышц
 - б) При гемолитических кризах.
 - в) При резко выраженной тромбоцитопении
 - г) При асфиксии
 - д) При ожоговой травме
27. Время свертывания крови увеличивается:
- а) При гипокоагуляции
 - б) При гиперкоагуляции
 - в) При анемии
 - г) При увеличении фибриногена в крови
 - д) При ожогах
28. Продукты деградации фибриногена (ПДФ):
- а) Не влияют на свертывание крови
 - б) Обладают антикоагулянтными свойствами
 - в) Вызывают гиперкоагуляцию
 - г) Свидетельствуют о снижении концентрата фибриногена
 - д) Свидетельствуют о снижении тромбинового времени
29. Для терминальной фазы перитонита характерно: 1. токсическое поражение ЦНС 2. развитие функциональной кишечной непроходимости 3. развитие ДВС-синдрома 4. развитие печеночно-почечной недостаточности 5. иммунодефицит
- а) Верно 1, 2, 3, 4, 5
 - б) Верно 2, 3, 4
 - в) Верно 3, 4, 5
 - г) Верно 1, 2, 4
 - д) Верно 2, 3, 5
30. Методика форсированного диуреза при остром панкреатите сводится: 1. к предварительной водной нагрузке 2. к введению 15-20% раствора маннитола из расчета 1-1,5 в/кг 3. к введению растворов электролитов с учетом ионограмм 4. к введению до 1 л белковых препаратов (плазмы, альбумина, аминокислот)
- а) Верно 1, 2, 3, 4
 - б) Верно 1, 2, 3
 - в) Верно 3, 4
 - г) Верно 2, 3, 4
 - д) Верно 1, 3, 4
31. Интенсивная терапия при остром панкреатите включает: 1. лечение шока и гиповолемии 2. лечение дыхательных нарушений 3. коррекцию острых нарушений водно-электролитного баланса, КЩС 4. купирование болевого синдрома 5. назначение цитостатиков и антиферментных препаратов 6. локальную гипертермию желудка
- а) Верно 1, 2, 3, 4, 5, 6
 - б) Верно 1, 2, 3
 - в) Верно 4, 5, 6

- г) Верно 2, 3, 4
- д) Верно 1, 2, 3, 4, 5

32. Наиболее выраженным объемным эффектом обладают следующие плазмозаменяющие растворы: 1. декстраны 2. растворы желатина 3. плазма 4. Рингер- лактат 5. кристаллоиды. Выберите правильную комбинацию:

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

33. При применении декстранов возможны: 1. перегрузка кровообращения 2. опасность кровотечения 3. почечная недостаточность 4 все ответы правильные. Выберите правильную комбинацию ответов:

- а) Верно 1, 2, 4
- б) Верно 2, 3, 4
- в) Верно 1, 3, 4
- г) Верно 1, 2, 3
- д) Верно 1, 4

34. При распространенном внутрисосудистом тромбозе необходимо водить все нижеперечисленное: 1. Гепарин 2. Фибриноген 3. Фибринолизин 4. Тромбоцитарную массу Выберите правильную комбинацию:

- а) Верно 1, 2, 3
- б) Верно 1, 2, 3, 4
- в) Верно 2, 3, 4
- г) Верно 1, 3, 4
- д) Верно 1, 3

35. Опасными осложнениями при лечении диабетической комы являются все перечисленные: 1. Гипогликемии 2. Гипокалиемия 3. Отека мозга - синдром дисэквилибирования 4. Расстройства дыхания 5. Артериальной гипертензии. Выберите правильную комбинацию ответов:

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

36. Назовите самый объективный показатель тяжести кровопотери:

- а) Показатели Нв, числа эритроцитов
- б) Показатели пульса и артериального давления
- в) Бледность кожных покровов
- г) Коллапс
- д) Дефицит глобулярного объема

37. Для сотрясения мозга характерно: 1. Потеря сознания 2. Тошнота, рвота 3. Головная боль 4. Истечение ликвора из уха 5. Ретроградная амнезия.

- а) Верно 1, 2, 3, 4
- б) Верно 1, 3, 4, 5
- в) Верно 2, 3, 4, 5
- г) Верно 1, 2, 3, 5

д) Верно 3, 4, 5

38. Характерными признаками для субдуральной гематомы являются: 1. Вторичная потеря сознания 2. Развитие генерализованного эпилептического припадка спустя двое суток после травмы 3. Анизокория 4. Птоз верхнего века 5. Гемипарез или гемиплегия

а) Верно 1, 2, 3, 4

б) Верно 1, 3, 4, 5

в) Верно 3, 4, 5

г) Верно 1, 2, 3, 5

д) Верно 2, 3, 4, 5

39. При сотрясении головного мозга наиболее характерным является:

а) Кровотечение из носа

б) Потеря сознания

в) Головная боль

г) Эпилептические припадки

д) Головокружение, нистагм

40. Наиболее надежным признаком перелома костей свода черепа является:

а) Сильная головная боль

б) Рвота

в) Ликворея из носа

г) Подкожная гематома

д) Наличие перелома на краниограмме

41. Наиболее характерным признаком перелома костей основания черепа является:

а) Сильная головная боль

б) Неоднократная рвота

в) Однократная рвота

г) Истечение жидкости из носа

д) Кровоподтек под глазом

42. При наличии проникающей ЧМТ с активным артериальным кровотечением из краев раны хирург должен:

а) Наложить щвы на кровоточащую рану

б) Наложить давящую повязку

в) Произвести первичную хирургическую обработку раны с перевязкой сосудов, удалением костных обломков и ушиванием раны с введением дренажа

г) Произвести перевязку кровоточащих сосудов и наложение швов на рану

д) Произвести тампонаду раны

43. Характерными признаками перелома скуловой кости являются:

а) Ограничение открывания рта

б) Нарушение прикуса

в) Кровотечение из носа

г) Асимметрия лица

д) Диплопия

44. При выявлении перелома костей основания черепа хирург должен:

а) Отправить больного домой

б) Отправить домой и при ухудшении состояния вызвать на дом скорую помощь

в) Госпитализировать в травматологическое отделение

г) Госпитализировать в нейрохирургическое отделение

д) Оставить под наблюдением в поликлинике

45. Показанием к хирургическому лечению закрытых повреждений позвоночника и спинного мозга является: 1. Нарастание неврологической симптоматики 2. Нарушение проходимости субарахноидального пространства 3. Наличие крови в ликворе 4. Синдром острого переднего повреждения спинного мозга 5. Перелом со смещением I и II шейных позвонков и явлением сдавливания спинного мозга

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

46. Показаниями для ламинэктомии при травме спинного мозга являются:

- а) Сотрясение спинного мозга
- б) Ушиб шейного отдела спинного мозга
- в) Сдавление спинного мозга
- г) Ушиб грудного отдела спинного мозга
- д) Травматическое субарахноидальное кровоизлияние

47. Показания для экстренной операции при грыжах межпозвонкового диска являются:

- а) Нарастающий болевой синдром
- б) Онемение в области промежности
- в) Остро возникшие тазовые расстройства
- г) Постепенно нарастающие чувствительные нарушения
- д) Все перечисленное

48. Антикоагулянтная терапия в лечении тромбоза вен применяется с целью:

- а) растворения фибрина
- б) приостановления роста тромба
- в) увеличения количества сгустков
- г) изменения внутренней оболочки сосудов
- д) снижения активности ДНК

49. Причиной тромбоза легочной артерии наиболее часто является тромбоз:

- а) лицевых вен
- б) глубоких вен нижних конечностей и вен малого таза
- в) глубоких вен верхних конечностей
- г) поверхностных вен нижних конечностей
- д) поверхностных вен верхних конечностей

50. Для острого тромбоза глубоких вен нижних конечностей характерны:

- а) резкий отек нижней конечности
- б) некроз пальцев стоп
- в) похолодание стопы
- г) симптом перемежающейся хромоты
- д) отек и гиперемия по ходу пораженных вен

51. К основным предрасполагающим к тромбозу факторам относятся все перечисленные, кроме: 1. замедления тока крови в венах 2. нарушения целостности внутренней выстилки вен 3. варикозного расширения вен 4. снижения фибринолитической

активности крови 5. мерцательной аритмии

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

52. Маршевая проба проводится с целью выявления:

- а) несостоятельных коммуникантных вен
- б) проходимости глубоких вен нижних конечностей
- в) недостаточности артериального кровообращения в нижних конечностях
- г) тромбоза подколенной артерии
- д) острого тромбофлебита

53. Проба Претта проводится с целью выявления:

- а) проходимости глубоких вен нижних конечностей
- б) недостаточности артериального кровообращения в нижних конечностях
- в) несостоятельных коммуникативных вен
- г) острого тромбофлебита
- д) тромбоза подколенной артерии

54. Наиболее частыми симптомами тромбофлебита поверхностных вен нижних конечностей являются : 1. дистальные отеки 2. распирающие боли 3. повышение температуры тела 4. гиперемия кожи и отек по ходу вен 5. резкая болезненность при пальпации

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

55. Тромбообразованию после полостных операций способствует: 1. повышение фибринолитической активности 2. ожирение 3. гиподинамия 4. онкологические заболевания 5. ишемическая болезнь сердца

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

56. Симптомами варикозного расширения подкожных вен нижних конечностей являются: 1. отеки дистальных отделов конечностей по вечерам 2. перемежающаяся хромота 3. признаки трофических расстройств кожи голени 4. судороги по ночам 5. видимое расширение подкожных вен

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

57. К факторам, способствующим улучшению венозного кровотока в послеоперационном периоде, относятся:

- а) сокращение икроножных мышц

- б) возвышенное положение нижних конечностей
- в) длительный постельный режим
- г) бинтование ног эластическими бинтами
- д) раннее вставание

58. При несостоятельности коммуникантных вен нижних конечностей наиболее целесообразной операцией следует считать операцию:

- а) бебкока
- б) нарата
- в) маделунга
- г) троянова-тределенбурга
- д) линтона

59. Профилактика тромбоэмболических осложнений в послеоперационном периоде включает в себя все ниже перечисленное: 1. назначение гепарина 2. назначение дезагрегантов 3. лечебная физкультура 4. длительный постельный режим 5. бинтование ног эластичным бинтом

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

60. Операция Троянова-Тределенбурга заключается:

- а) в перевязке большой подкожной вены в области ее устья со всеми притоками в области сафено-фemorального треугольника
- б) в удалении подкожных вен методом тоннелирования
- в) в удалении подкожных вен зондом
- г) в перевязке коммуникантных вен над фасцией
- д) в субфасциальной перевязке коммуникантных вен

61. Операция Нарата заключается:

- а) в удалении подкожных вен из лампасных разрезов на бедре и голени
- б) в удалении подкожных вен методом тоннелирования
- в) удаление подкожных вен с помощью зонда
- г) в чрескожном прошивании варикозных вен кетгутом
- д) в субфасциальной перевязке коммуникантных вен

62. Операция Маделунга заключается:

- а) в удалении подкожных вен из лампасных разрезов на бедре и голени
- б) в удалении подкожных вен методом тоннелирования
- в) в удалении подкожных вен зондом
- г) в чрескожном прошивании варикозных вен кетгутом
- д) в надфасциальной перевязке коммуникантных вен

63. Операция Клаппа заключается:

- а) в удалении подкожных вен из лампасных разрезов на бедре и голени
- б) в удалении подкожных вен методом тоннелирования
- в) в удалении подкожных вен зондом
- г) в чрескожном прошивании варикозных вен кетгутом
- д) в надфасциальной перевязке коммуникантных вен

64. Операция Кокетта заключается

- а) в удалении подкожных вен методом тоннелирования
- б) в удалении подкожных вен с помощью зонда
- в) в черезкожном прошивании варикозных вен кетгутом
- г) в надфасциальной перевязке коммуникантных вен
- д) в субфасциальной перевязке коммуникантных вен

65. Операция Линтона заключается:

- а) в удалении подкожных вен методом тоннелирования
- б) в удалении подкожных вен с помощью зонда
- в) в черезкожном прошивании варикозных вен кетгутом
- г) в надфасциальной перевязке коммуникантных вен
- д) в субфасциальной перевязке коммуникантных вен

66. Наименшее количество рецидивов после оперативного лечения варикозного расширения подкожных вен нижних конечностей достигается:

- а) Комбинированным оперативным методом
- б) Операцией Линтона
- в) Операцией Бебкока
- г) Операцией Нарата
- д) Операцией Маделунга

67. Основные лечебные мероприятия при тромбозе включают в себя :

- а) Антибиотики
- б) Спазмолитики
- в) Антикоагулянты
- г) Активные движения
- д) Парентеральное введение больших объемов жидкостей

68. Для острого тромбоза глубоких вен конечностей характерно : 1. Резкие боли распирающего характера 2.Повышение температуры тела 3.Отек конечности 4. Цианоз 5.Гиперемия кожи по ходу больной вены

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

69. Для консервативной терапии острого тромбофлебита поверхностных вен нижних конечностей рекомендуется: 1. Постельный режим 2. Бутадион 3.Компрессы с мазью Вишневского 4.Ходьба 5.Возвышенное положение конечности

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

70. Послеоперационные эмболии легочной артерии обычно бывают следствием:

- а) Абсцессов
- б) флегмон
- в) флеботромбозов
- г) Лимфаденитов
- д) Эндартериита

71. Смысл бинтования голеней эластическими бинтами в послеоперационном периоде состоит:
- а) В необходимости профилактики лимфостаза
 - б) В необходимости воздействия на артериальный кровоток
 - в) В ускорении кровотока по глубоким венам
 - г) В профилактике трофических расстройств
 - д) В необходимости большей концентрации кровообращения
72. Флеботромбозы встречаются чаще у больных: 1. С ожирением 2. С варикозным расширением вен 3. С онкологическими заболеваниями 4. С почечной недостаточностью 5. С ишемической болезнью сердца:
- а) Верно 1,3,4,5
 - б) Верно 1,2,4,5
 - в) Верно 2,3,4,5
 - г) Верно 1,2,3,5
 - д) Верно 2,3,4
73. Оперативное лечение ложных аневризм должно производиться с целью:
- а) Предотвратить дальнейшее расширение сосуда
 - б) Предотвратить двусторонний подострый эндокардит
 - в) Предотвратить сердечную недостаточность
 - г) Восстановить нормальное кровообращение прежде, чем произойдет разрыв сосуда
 - д) Обратиться в норму симптом Тинеля
74. При остром тромбозе большой подкожной вены в послеоперационном периоде показано:
- а) Лечение антикоагулянтами прямого и непрямого действия
 - б) Сафенэктомию по комбинированной методике
 - в) Перевязку большой подкожной вены у места впадения в бедренную
 - г) Консервативное лечение с использованием масляно-большазамических повязок
 - д) Строгий постельный режим с возвышенным ножным концом кровати, прием дезагрегантов по схеме.
75. Наиболее частым клиническим проявлением тромбоэмболии легочной артерии является:
- а) Кровохарканье
 - б) Боли в грудной клетке
 - в) Одышка
 - г) Кашель с мокротой
 - д) Шум трения плевры
76. При ранении воротной вены выполняется:
- а) Перевязка воротной вены
 - б) Создание соустья с селезеночной веной
 - в) Наложение сосудистого шва
 - г) Операция Экка
 - д) Резекция воротной вены
77. Тампонирование подпеченочного пространства после холецистэктомии наиболее показано:
- а) При остром деструктивном холецистите
 - б) При неущитом ложе удаленного желчного пузыря

- в) При возможности возникновения кровотечения из ложа желчного пузыря
- г) При редких швах ложа удаленного желчного пузыря
- д) Тампон не ставят

78. При выборе способа хирургического пособия при перфоративной язве желудка обычно руководствуются:

- а) Сроком с момента прободения
- б) Степенью воспалительных изменений брюшины
- в) Величиной перфоративного отверстия
- г) Локализацией перфоративного отверстия
- д) Возрастом больного

79. Для уточнения диагноза кровоточащей язвы желудка в первую очередь необходимо сделать:

- а) Анализ кала на скрытую кровь
- б) Контрастную рентгеноскопию желудка
- в) Анализ желудочного сока на скрытую кровь
- г) Фиброгастроскопию
- д) Определение гемоглобина и гематокрита

80. При язвенной болезни, осложненной кровотечением, рвота содержимым желудка цвета "кофейной гущи" может наблюдаться при всех следующих локализациях язвы: 1. На малой кривизне желудка 2. В кардиальном отделе желудка 3. В антральном отделе желудка 4. В нижнем отделе пищевода 5. В постбульбарном отделе двенадцатиперстной кишки

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

81. При лечении прободной язвы 12-перстной кишки могут быть применены, как правило, все перечисленные методы оперативного вмешательства: 1. Иссечение язвы 2. Ушивание язвы 3. Резекция желудка 4. Пилоропластики с ваготомией 5. Наложение гастроэнтероанастомоза

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

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

- а) Инсулемы поджелудочной железы
- б) Синдрома приводящей петли
- в) Пептической язвы анастомоза
- г) Демпинг-синдрома
- д) Синдрома малого желудка

83. Секретин образуется:

- а) В двенадцатиперстной кишке
- б) В печени
- в) В поджелудочной железе
- г) В дистальных отделах тонкой кишки

д) В гипоталамусе

84. Основным стимулятором освобождения секретина является:

- а) Соляная кислота
- б) Продукты расщепления белков
- в) Жиры
- г) Углеводы
- д) Все перечисленные факторы

85. К симптомам стенозирующей язвы двенадцатиперстной кишки относятся: 1. Рвота 2. Шум плеска над проекцией желудка 3. Наличие чаш Клойбера 4. Отрыжка 5. Похудание

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

86. Для подготовки больного к операции по поводу стеноза желудка язвенного происхождения необходимо: 1. Назначение соляной кислоты с пепсином в большом количестве 2. Промывание желудка 3. Введением растворов электролитов 4. Введение белковых растворов 5. Коррекция нарушения кислотно-щелочного состояния

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

87. Резекция на выключение может быть выполнена:

- а) При низкой постбульбарной язве
- б) При пенетрации язвы в печеночно-дуоденальную связку
- в) При плотном воспалительном инфильтрате в области двенадцатиперстной кишки
- г) При пенетрации язвы в головку поджелудочной железы
- д) При пенетрации язвы в печень

88. Одним из ранних острых расширения желудка после операции является:

- а) Икота
- б) Отсутствие кишечных шумов
- в) Вздутие в области эпигастрия
- г) Тахикардия
- д) Рвота

89. Острое расширение желудка может быть быстро распознано:

- а) Рентгенографией грудной клетки в вертикальном положении
- б) Лапароцентезом
- в) Назогастральной интубацией
- г) Перкуссией брюшной стенки
- д) Исследованием плазмы крови на серотонин

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

- а) Снижением болевого синдрома, что приводит к угасанию рефлексов со стороны передней брюшной стенки
- б) Поздней обращаемостью

- в) Возможностью психозов
- г) Возможностью суицидальных попыток
- д) Всем перечисленным

91. Наиболее достоверными клиническими проявлениями перфоративной язвы желудка являются:

- а) Рвота
- б) желудочное кровотечение
- в) Напряжение передней брюшной стенки, отсутствие печеночной тупости
- г) Частый жидкий стул
- д) Икота

92. Злокачественную трансформацию наиболее часто претерпевают:

- а) Язвы луковицы двенадцатиперстной кишки
- б) Постбульбарные язвы
- в) Язвы малой кривизны желудка
- г) Язвы большой кривизны желудка
- д) Язвы всех указанных локализаций

93. К абсолютным показаниям к хирургическому лечению язвенной болезни желудка являются: 1. Перфорации 2. Кровотечение, неостанавливаемое консервативными методами 3. Малигнизация 4. Большая глубина "ниши" пенетрирующей язвы, выявляемой при рентгенологическом исследовании 5. Декомпенсированный стеноз выходного отдела желудка

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

94. О наличии прободения язвы желудка или 12-перстной кишки позволяют судить:

- а) Доскообразный живот
- б) Сильные боли в эпигастрии
- в) Боли в поясничной области
- г) Повышение лейкоцитоза до 15000
- д) Легкая желтуха склер и кожных покровов

95. Напряжение мышц в правой подвздошной области, нередко возникающее при прободной язве двенадцатиперстной кишки, можно объяснить:

- а) Затекание содержимого по правому боковому каналу
- б) Рефлекторными связями через спинномозговые нервы
- в) Скоплением воздуха в брюшной полости, в частности в правой подвздошной области
- г) Развивающимся разлитым перитонитом
- д) Висцеро-висцеральным рефлексом с червеобразного отростка

96. Срочное хирургическое вмешательство требуется при следующих осложнениях язвенной болезни:

- а) Остановившееся желудочное кровотечение
- б) Перфоративная язва
- в) Пенетрирующая язва
- г) Стеноз выходного отдела желудка
- д) Малигнизированная язва

97. Экономная резекция желудка, выполненная по поводу язвенной болезни, чаще приводит к возникновению:

- а) Демпинг-синдрома
- б) Гипогликемического синдрома
- в) Синдрома "малого желудка"
- г) Пептической язвы анастомоза
- д) Синдрома приводящей петли

98. Язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки необходимо дифференцировать с заболеваниями: 1. Хроническим холециститом 2. Хроническим колитом 3. Хроническим аппендицитом 4. Хроническим панкреатитом 5. Мезоаденитом

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

99. К характерным признакам стеноза привратника относятся: 1. Желтуха 2. Шум плеска натошак 3. Похудание 4. Отрыжка "тухлым" 5. Боли в эпигастрии распирающего характера

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

100. Наиболее частой локализацией прободений у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки является:

- а) Двенадцатиперстная кишка
- б) Пилорический отдел желудка
- в) Малая кривизна желудка
- г) Большая кривизна желудка
- д) Кардиальный отдел желудка

101. Консервативное лечение перфоративной язвы желудка или двенадцатиперстной кишки по Тейлору заключается:

- а) В применении щелочей и средств, снижающих перистальтику желудка
- б) В периодическом (каждые 4-5 часов) зондировании желудка, внутривенном вливании жидкости и фармакологической блокаде блуждающего нерва
- в) В постоянном промывании желудка охлажденным физиологическим раствором
- г) В местной гипотермии и внутривенном вливании жидкости
- д) В постоянной аспирации содержимого желудка, внутривенном введении жидкостей, назначением антибиотиков

102. Наиболее частой причиной несостоятельности швов культи двенадцатиперстной кишки после резекции желудка является:

- а) Гипопротеинемия
- б) Гипотензия во время операции
- в) Аксиальный поворот тонкой кишки
- г) Дуоденостаз
- д) Послеоперационный панкреатит

103. В момент прободения язвы желудка или двенадцатиперстной кишки наиболее часто встречается:

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

104. Прикрытию перфорации язвы желудка или двенадцатиперстной кишки способствуют:

- а) Малый диаметр прободного отверстия
- б) Незначительное наполнение желудка
- в) Топографическая близость соседних органов
- г) Большой диаметр прободного отверстия
- д) Хорошо развитый большой сальник

105. Рецидивы гастродуоденальных кровотечений наиболее вероятны:

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

106. Рак желудка всегда метастазирует:

- а) В легкие
- б) В печень
- в) В регионарные лимфоузлы
- г) В кости
- д) По брюшине

107. Симптомами, входящими в "синдром малых признаков" при раке желудка, являются: 1. Диспептические явления: снижение аппетита, быстрая насыщаемость, тошнота, икота, отрыжка тухлым 2. Анемия 3. Нарастающая слабость, тупые боли, желудочный дискомфорт 4. Повышенный аппетит, слюноотделение 5. Похудание, отвращение к пище

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

108. Рак желудка наиболее часто локализуется:

- а) В кардиальном отделе желудка
- б) По большой кривизне
- в) По малой кривизне
- г) В антральном отделе желудка
- д) В дне желудка

109. К отдаленным метастазам рака желудка относятся: 1. Метастазы в легкое 2. Метастазы Крукенберга 3. Метастазы Вирхова 4. Метастазы Шницлера 5. Метастазы в желудочно-поджелудочную связку

- а) Верно 1,2,3,4,5
- б) Верно 1,2,3,5
- в) Верно 1,3,4,5

- г) Верно 2,3,4,5
- д) Верно 1,2,3,4

110. Операция гастростомии показана:

- а) При неоперабельном раке тела желудка
- б) При неоперабельном раке антрального отдела желудка
- в) При стенозе эзофагокардиального перехода желудка, вызванном опухолью
- г) При всех перечисленных случаях
- д) Ни в одном из перечисленных случаев

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

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

112. Ранними признаками ущемления грыжи брюшной стенки являются: 1. Острое начало 2. Невправимость грыжи 3. Болезненность грыжевого выпячивания 4. Резкая боль 5. Высокая температура

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

113. При самопроизвольном вправлении ущемленной грыжи тактика хирурга предусматривает:

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

114. Больной жалуется на наличие грыжи в паховой области. При ущемлении имеют место боли в надлобковой области, учащенные позывы на мочеиспускание. Наиболее вероятно больного:

- а) Грыжа запирающего отверстия
- б) Прямая паховая грыжа
- в) Бедренная грыжа
- г) Косая паховая грыжа
- д) Скользящая грыжа

115. Невправимость грыжи зависит:

- а) От спаек грыжевого мешка с окружающими тканями
- б) От спаек между грыжевым мешком и органами, находящимися в нем
- в) От сужения грыжевых ворот
- г) От выхода в нее мочевого пузыря
- д) От выхода в нее слепой кишки

116. Для лечения прямой паховой грыжи целесообразнее всего применять операцию:

- а) Бассини и Постемпского

- б) Мартынова
- в) Жирара-Спасокукоцкого
- г) Руджи-Парлавеччио
- д) Ру

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

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

118. При поступлении больного с подозрением на Рихтеровское ущемление необходимо провести:

- а) Наблюдение в течении 1-2 часов для уточнения диагноза, а затем операцию
- б) Выполнение срочной операции
- в) Наблюдение
- г) Консервативное лечение
- д) Вправление грыжи

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

- а) К трансиллюминации и пальпации
- б) К пункции
- в) К перкуссии
- г) К аускультации
- д) К пальцевому исследованию прямой кишки

120. Шейка мешка бедренной грыжи расположена:

- а) Впереди круглой связки
- б) Медиальнее бедренных сосудов
- в) Латеральнее бедренных сосудов
- г) Позади бедренных сосудов
- д) Медиальнее купферовской связки

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

- а) Рихтерской
- б) Косой паховой
- в) Скользящей
- г) Прямой паховой
- д) Пупочной

122. Ущемленная диафрагмальная грыжа у взрослого пациента имеет следующие характерные симптомы: 1. Затрудненное дыхание 2. Рвота 3. Цианоз 4. Анемия 5. Заполненные газом петли кишечника в грудной клетке, выявленные при рентгенологическом исследовании

- а) Верно 1,2,3,4
- б) Верно 1,2,3,4,5
- в) Верно 2,3,4,5
- г) Верно 1,2,3,5

д) Верно 1,3,4,5

123. Для грыж пищеводного отверстия диафрагмы характерны: 1. Рефлюкс-эзофагит 2. Ущемление 3. Кровотечение 4. Появление язвы желудка 5. Экстракардиальная стенокардия

а) Верно 1,2,3,4,5

б) Верно 1,3,4,5

в) Верно 1,2,4,5

г) Верно 1,2,3,5

д) Верно 2,3,4,5

124. Во время операции грыжесечения по поводу паховой грыжи возможны следующие осложнения: 1. Повреждение сосудов 2. Ранение нервов брюшной стенки 3. Пересечение семявыводящего протока 4. Ранение кишки и мочевого пузыря 5. Ранение матки

а) Верно 1,2,3,5

б) Верно 1,3,4,5

в) Верно 2,3,4,5

г) Верно 1,2,4,5

д) Верно 1,2,3,4

125. Для скользящей паховой грыжи с выходом мочевого пузыря характерно:

а) Наличие болей в надлобковой области

б) Наличие грыжевого выпячивания в паховой области

в) Учащенное мочеиспускание и прерывистость

г) Позывы на мочеиспускание при пальпации грыжевого образования

д) Наличие положительного симптома Мейо-Робсона

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

а) Со слизистого слоя

б) С подслизистого слоя

в) С мышечного слоя

г) С субсерозного слоя

д) С серозного слоя

127. К грыжам требующим первоочередной профилактической операции в связи с частыми ущемлениями, относятся:

а) Бедренные

б) Косые паховые

в) Пупочные

г) Грыжи белой линии живота

д) Прямые паховые

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

а) В приводящей петле

б) В оводящей петле

в) В приводящей и отводящей петле в равной степени

г) В сегменте брыжейки ущемленной кишки

д) На всем протяжении

129. Инфильтративная форма рака большого дуоденального сосочка может вызвать:
1. Обширную инфильтрацию стенки двенадцатиперстной кишки 2. Деформацию

двенадцатиперстной кишки 3. Стеноз двенадцатиперстной кишки 4. Стойкий парез кишечника 5. Проростание опухоли в головку поджелудочной железы

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

130. Причинами возникновения острого панкреатита могут быть: 1. Дуоденостаз 2. Стеноз сфинктера Одди 3. Проявление аллергии 4. Заброс желчи в панкреатический проток 5. Инфекционные заболевания (гепатиты)

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

131. При остром панкреатите возможны все указанные осложнения: 1. Абсцесс поджелудочной железы 2. Флегмона забрюшинной клетчатки 3. Ферментативный перитонит 4. Острая сердечная недостаточность 5. Обтурационная кишечная непроходимость

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

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

- а) Ограничению патологического процесса в брюшной полости
- б) Прекращению поступления ферментов и продуктов распада в забрюшинное пространство
- в) Прекращению поступления ферментов и продуктов распада в брыжейку толстой и тонкой кишки
- г) Улучшению кровоснабжения железы
- д) Уменьшению активности протеолитических ферментов

133. Ингибиторы протеаз обладают следующими свойствами:

- а) Тормозят протеолитическую активность ферментов поджелудочной железы
- б) Блокирует аутокаталитическое активирование трипсиногена в поджелудочной железе
- в) Тормозят процессы кининогенеза и фибринолиза в крови
- г) Купируют процессы кининообразования
- д) Улучшает кровоснабжение поджелудочной железы

134. При выведении больного из панкреатогенного шока должны осуществляться все указанные мероприятия: 1. Необходимость купировать болевой синдром 2. Восполнение объема циркулирующей крови 3. Назначение больших доз антибиотиков 4. Проведение комплексной детоксикации 5. Лечение нарушения сократительной функции миокарда

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

135. Исходом острого панкреатита могут быть все указанные заболевания: 1. Образование ложной кисты 2. Развитие хронического панкреатита 3. Появление сахарного диабета 4. Развитие кистозного фиброза железы 5. Возникновение инсуломы

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

136. При остром панкреатите наибольшее количество активированных панкреатических ферментов содержится:

- а) В артериальной крови
- б) В венозной крови
- в) В экссудате брюшной полости
- г) В лимфе
- д) В моче

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

- а) Беременность
- б) Хронический холецистит
- в) Алкоголизм
- г) Травма живота
- д) Применение кортикостероидов

138. Уровень амилазы в моче считается патологическим, если он составляет:

- а) 16 единиц
- б) 32 единицы
- в) 64 единицы
- г) 128 единиц
- д) 256 единиц

138. Для течения жирового панкреонекроза характерно: 1. Образование постнекротического инфильтрата 2. Изолированный пневмоторакс поперечно-ободочной кишки 3. Наличие в большом количестве геморрагической жидкости в брюшной полости 4. Положительный симптом Воскресенского 5. Вовлечение в воспалительный процесс крупных брыжеечных и сальниковых сосудов, желудка и кишечника

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

139. Неотложный лечебный комплекс при остром панкреатите должен обеспечить:

- а) Купирование болевого синдрома
- б) Снятие спазма сфинктера Одди
- в) Ускорение секвестрации ткани поджелудочной железы
- г) Уменьшение секреторной активности и отека поджелудочной железы
- д) Инактивизация протеаз в крови и детоксикацию

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

- а) Травма живота
- б) Применение кортикостероидов
- в) Алкоголизм
- г) Хронический холецистит
- д) Цирроз печени

141. Развитие токсемии при остром панкреатите обуславливается: 1. Попаданием в кровь и лимфу токсогенных полипептидов 2. Попаданием в кровь и лимфу токсогенных липидов 3. Попаданием в кровь и лимфу панкреатических ферментов и биогенных аминов 4. Активированием калликреин-кининовой системы и системы ферментативного фибринолиза крови 5. Наличие высокого лейкоцитоза и лимфоцитопении

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

142. Тактика лечения неполных несформировавшихся свищей толстой кишки, открывающихся в гнойную полость включает: 1. вскрытие и дренирование гнойных затеков 2. активную аспирацию из раны 3. Срочную радикальную операцию 4. Интенсивную терапию 5. Отключение свища с помощью наложения противоестественного заднего прохода

- а) Правильно 1,2,3 и 4
- б) Правильно 2,3,4 и 5
- в) Правильно 1,3,4 и 5
- г) Правильно 1,2,4 и 5
- д) Правильно 1,2,3 и 5

143. У больных перитонитом среди перечисленных осложнений наиболее часто встречается:

- а) Эвентрация
- б) Образование кишечных свищей
- в) Тромбоэмболия легочной артерии
- г) Формирования гнойников брюшной полости
- д) Пневмония

144. Ведущим в лечении больных перитонитом является:

- а) Хирургическое вмешательство
- б) Дезинтоксикационная терапия
- в) Рациональная антибиотикотерапия
- г) Борьба с парезом кишечника
- д) Устранение причин, приводящих к нарушению внешнего дыхания

145. Перфорация любого полого органа брюшной полости характеризуется: 1. Появлением резкой боли 2. Напряжением мышц передней брюшной стенки 3. Брадикардией 4. Френикус-симптомом 5. Симптомом Мейо-Робсона

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

146. Тяжесть течения перитонита в наибольшей степени зависит от: 1. Массы тела

больного 2. Характера микрофлоры 3. Степени выраженности интоксикации 4. Гиповолемии 5. Степени нарушения белкового, электролитного обмена и кислотно-щелочного равновесия

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

147. При посевах перитонеального экссудата чаще всего отмечается рост:

- а) Стафилококка
- б) Протея
- в) Кишечной палочки
- г) Смешанной флоры
- д) Анаэробной флоры

148. Непосредственной причиной повреждения магистральных желчных протоков могут быть: 1. Врожденные аномалии и вариабельность топографии протоков 2. Воспалительно-инфильтративные изменения в области печеночно-двенадцатиперстной связки 3. Технические и тактические ошибки хирургов 4. Исследование протоков зондами, бужами, ложками и другими инструментами 5. Пальпаторное исследование протоков у больного с ущемленным в области папиллы камнем

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

149. Незамеченные ранения гепатикохоледоха могут привести в послеоперационном периоде к тяжелым осложнениям: 1. Ограниченному или разлитому желчному перитониту 2. Образованию подпеченочных гнойников 3. Развитию наружного желчного свища 4. Тромбозам мелких ветвей легочной артерии 5. Развитию поддиафрагмального абсцесса

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

150. Ликвидировать повреждения внепеченочных желчных протоков можно: 1. Ушив место повреждения протока отдельными швами атравматической иглой 2. Сшив проток на Т-образном дренаже 3. Сшив проток на Г-образном дренаже 4. Наложив билиодигестивный анастомоз 5. Наложив холецисто-гастроанастомоз

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

151. Для холангита характерными являются: 1. Лихорадка, проявляющаяся нередко высокой температурой гектического типа 2. Потрясающие ознобы 3. Повышение потливости, жажда, сухость во рту 4. Увеличение селезенки 5. Увеличение печени

- а) Верно 1,2,3,4
- б) Верно 1,3,4,5

- в) Верно 2,3,4,5
- г) Верно 1,2,4,5
- д) Верно 1,2,3,5

152. У больного холедохолитиазом могут возникнуть следующие осложнения: 1. Холангит 2. Обтурационная желтуха 3. Рубцовые изменения протока 4. пролежни стенки простока 5. Рак желчного пузыря

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

153. При ущемленном камне в области большого дуоденального сосочка следует:

- а) Сделать дуоденотомию, извлечь камень ишить кишку
- б) Наложить холедоходуоденоанастомоз
- в) После дуоденотомии и извлечения камня дренировать холедох через культю пузырного протока
- г) Вскрыть холедох и попытаться удалить камень; при неудаче произвести дуоденотомию, удалить конкремент, наложить швы на рану двенадцатиперстной кишки и дренировать общий желчный проток
- д) Наложить холедохоэнтероанастомоз

154. Рациональным лечением желчнокаменной болезни является:

- а) Диетическое
- б) Медикаментозное
- в) Хирургическое лечение
- г) Санаторно-курортное
- д) Лечение минеральными водами

155. Перемежающуюся желтуху можно объяснить:

- а) Камнем пузырного протока
- б) Камнями в желчном пузыре с окклюзией пузырного протока
- в) Вклиненным камнем большого дуоденального соска
- г) Вентильным камнем холедоха
- д) Опухолью внепеченочных желчных протоков

156. К наиболее частым причинам, обуславливающим острую желчную гипертензию, относятся: 1. Опухоли гепатопанкреатодуоденальной области 2. Стеноз большого дуоденального сосочка 3. Холедохолитиаз 4. Дуоденальная гипертензия 5. Глистная инвазия

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

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

- а) Произвести холецистэктомию
- б) Произвести холецистэктомию, холангиографию и решить вопрос о тактике
- в) Сразу произвести холецистэктомию и ревизию протока

- г) Наложить холецистостому
- д) Произвести дуоденотомию с ревизией большого дуоденального сосочка

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

- а) Диетотерапия, применение спазмолитиков
- б) Санаторно-курортное лечение
- в) Плановое хирургическое лечение
- г) Лечение сахарного диабета и стенокардии
- д) Хирургическое лечение только по витальным показаниям

159. Механическая желтуха при остром холецистите развивается в результате: 1. Холедохолитиаза 2. Сдавления общего желчного протока лимфоузлами 3. Отека головки поджелудочной железы 4. Холангита 5. Глистной инвазии общего желчного протока

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

160. Распознаванию механической желтухи более всего способствует:

- а) Пероральная холецистография
- б) Внутривенная холецистохолангиография
- в) Ретроградная (восходящая) холангиография
- г) Сцинтиграфия печени
- д) Прямая спленопортография

161. Возникновение гнойного холангита наиболее часто связано:

- а) С желчно-каменной болезнью
- б) Со stenoziruyushim papillitom
- в) С забросом кишечного содержимого через ранее наложенный билиодигестивный анастомоз
- г) С псевдотуморозным панкреатитом
- д) С опухолью головки поджелудочной железы

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

- а) Слепой кишкой
- б) Малой кривизной желудка
- в) Двенадцатиперстной кишкой
- г) Тощеи кишкой
- д) Ободочной кишкой

163. Желчные камни чаще всего состоят:

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

164. Холестероз желчного пузыря наиболее часто сочетается:

- а) С острым холециститом
- б) С желчно-каменной болезнью

- в) Со злокачественными новообразованиями желудочно-кишечного тракта
- г) С раком желчного пузыря
- д) С хроническими неспецифическими заболеваниями легких

165. Пути проникновения инфекции в ткань печени являются: 1. Воротная вена 2. Печеночная артерия 3. Нижняя полая вена 4. Желчные протоки 5. Лимфатические сосуды

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

166. По воротной вене инфекция попадает в печень:

- а) Из воспалительных очагов органов брюшной полости
- б) Из большого круга кровообращения при гнойно-воспалительных заболеваниях отдельных органов
- в) Из желчного пузыря при деструктивных формах острого холецистита
- г) Из желчных протоков при гнойном холангите
- д) Из левых отделов сердца при септическом эндокардите

167. Множество мелких абсцессов в печени, как правило, развиваются:

- а) При остром деструктивном холецистите
- б) При заползании аскарид во внутрипеченочные желчные протоки
- в) При нагноении вокруг инородного тела печени
- г) При нагноении паразитарной кисты печени
- д) При тяжелом гнойном холангите

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

- а) Резекция доли или сегмента печени
- б) Наложение билиодигестивного соустья
- в) Вскрытие и дренирование абсцесса
- г) Трансплантация печени
- д) Гемигепатэктомия

169. Заболевание амебным абсцессом печени, как правило, совпадает:

- а) С учащением случаев амебной дизентерии
- б) С учащением случаев инфекционного гепатита
- в) С учащением случаев описторхоза
- г) С эпидемией острых респираторных вирусных заболеваний
- д) С сезонными обострениями язвенной болезни двенадцатиперстной кишки

170. Абсцессы амебного происхождения отличаются от абсцессов другой этиологии:

1. Множественными подкапсульными расположениями 2. Крупными размерами 3. Отсутствием истинной пиогенной оболочки 4. Содержимым коричневатого цвета 5. Выпадением и гнойного осадка, напоминающего "кофейную гущу"

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

171. Специфическим антиамебным средством являются:

- а) Антибиотики аминогликозидного ряда
- б) Метронидазол
- в) Эметин, хлорохин, дифосфат
- г) Хинин
- д) Антибиотики цефалоспоринового ряда

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

- а) С пункционной аспирацией содержимого полости гнойника и введением в нее антиамёбных препаратов
- б) С лапаротомией, вскрытием и дренированием полости гнойника
- в) С резекцией поражённой доли печени
- г) С гемигепатэктомией
- д) Применение антибиотиков широкого спектра действия

173. Для поздней стадии цирроза печени характерно: 1. Спленомегалия 2. Варикозное расширение вен пищевода 3. Варикозное расширение вен передней брюшной стенки 4. Асцит 5. Острое расширение желудка

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

174. Показания к операции при внепеченочной портальной гипертензии складываются из наличия: 1. Спленомегалии 2. Высокого портального давления 3. Лейкопении, тромбоцитопении 4. Кровоточивости слизистой оболочки 5. Кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода и кардии

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

175. Осложнениями при применении зонда для остановки кровотечения из расширенных вен пищевода могут быть: 1. Пневмония 2. Трофические изменения слизистой оболочки пищевода 3. Пролежни 4. Гиперсаливация 5. Тиреоидит

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

176. Зонд для остановки кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода можно оставлять:

- а) На 6-10 часов
- б) На 12-18 часов
- в) На 1-8 суток
- г) На 9-12 суток
- д) На 13-15 суток

177. Основными показаниями для наложения портокавального анастомоза является:

- а) Цирроз печени

- б) Асцит
- в) Кровотечение из вен пищевода
- г) Портальная энцефалопатия
- д) Рецидивирующая желтуха

178. Постоянным симптомом внепеченочной портальной гипертензии является:

- а) Интермиттирующая лихорадка
- б) Общая слабость
- в) Спленомегалия
- г) Кровоточивость слизистой оболочки носа
- д) Маточные кровотечения

179. Синдром Бадда-Хиари наблюдается чаще всего в возрасте:

- а) От 5 до 10 лет
- б) От 12 до 15 лет
- в) От 20 до 40 лет
- г) От 45 до 50 лет
- д) От 55 до 60 лет

180. К предрасполагающим факторам, приводящим к развитию кишечной непроходимости, относятся: 1. Врожденные аномалии кишечной трубки (мальротация, дивертикул Меккеля, наличие щелей, отверстий в брыжейке и пр.) 2. Чрезмерная подвижность органов врожденного или приобретенного характера 3. Наличие спаек, тяжей, сращений 4. Изменение моторной функции кишечника с преобладанием спазма или пареза 5. Наличие различных образований, находящихся в просвете кишки, исходящие из ее стенки или соседних органов

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

181. К врожденным предрасполагающим факторам острой кишечной непроходимости относятся: 1. Удвоение кишечника 2. Общая брыжейка подвздошной и слепой кишки 3. Ситус висцерус инверзус 4. Мобильный цекум 5. Мегадолихосигма

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

182. Назо-гастро-интестинальная интубация может сопровождаться развитием: 1. Синуситов и отитов 2. Бронхитов и пневмонии 3. Тромбоза легочной артерии 4. Стеноза пищевода и гортани 5. Разрыва варикозно расширенных вен пищевода

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

183. Повышение внутрикишечного давления при острой кишечной непроходимости приводит к: 1. Ухудшению вентиляции легких 2. Дополнительной потере жидкости 3. Дополнительной потере белков и эритроцитов 4. Возникновению мезентериальных

тромбозов 5. Развитию функциональной кишечной непроходимости

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

184. Рентгенологическими признаками острой кишечной непроходимости являются:
1. Жидкость в кишечных петлях преолаждает над газом 2. Вздутие кишечника нерезко выражено и, как правило, относится к той его части, в которой имеется препятствие 3. Значительное скопление жидкости и газа в желудке всвязи с его расширением 4. Чаши Клойбера четко контурируются и, как правило, определяется в большом количестве 5. Диафрагма расположена на обычном уровне и хорошо подвижна

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

185. Для определения жизнеспособности цианотичной неперестальтирующей, потерявшей тонус кишки при острой кишечной непроходимости, прибегают к следующим приемам: 1. Обогреванию кишки салфетками, смоченными горячим физиологическим раствором и выжиданию в течении 5 минут 2. Введению в брыжейку тонкой кишки 50-60 мл 0,25% раствора новокаина 3. Нанесение на серозный покров кишки кристаллов поваренной соли 4. Легкое поглаживание и перемещение кишки

- а) Верно 1,2,4
- б) Верно 1,3,4
- в) Верно 2,3,4
- г) Верно 1,2,3
- д) Верно 2,3

186. Операция по поводу заворота сигмовидной кишки может быть закончена любым из следующих оперативных приемов: 1. Деторсией 2. Сигмопексией 3. Мезосигмопликацией 4. Резекцией сигмовидной кишки 5. Выведением некротизированной сигмовидной кишки в рану с наложением анастомоза между приводящим и отводящим коленами

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

187. Хирургическое лечение заворота сигмовидной кишки в настоящее время включает: 1. Одномоментную резекцию жизнеспособной; долихосигмы с наложением анастомоза 2. Одномоментную резекцию некротизированной сигмовидной кишки с наложением анастомоза 3. Резекцию сигмовидной кишки с наложением колостомы 4. Операцию Гартмана или типа Гартмана 5. Выворачивание омертвевшей сигмовидной кишки и выведения ее через задний проход наружу

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

188. Наибольшие нарушения водно-электролитного и белкового обмена имеют место:
- а) При спаечной кишечной непроходимости
 - б) При обтурационной кишечной непроходимости
 - в) При странгуляционной кишечной непроходимости
 - г) При паралитической форме динамической кишечной непроходимости
 - д) При спастической форме динамической кишечной непроходимости
189. При высокой тонкокишечной непроходимости комплекс лечебных мероприятий следует начинать:
- а) С хирургического вмешательства
 - б) С инфузионной терапии
 - в) С введения назогастрального зонда
 - г) С антибиотикотерапии
 - д) С применения препаратов антихолинэстеразного действия
190. В лечении кист поджелудочной железы применяется цистогастростомия, частыми осложнениями после этой операции является:
- а) Эзофагит, вызванный попаданием трипсина
 - б) Рецидив кисты
 - в) Послеоперационное кровотечение
 - г) Инфекция
 - д) Злокачественное перерождение
191. Наилучшим методом лечения врожденной кисты поджелудочной железы является:
- а) Медикаментозное лечение
 - б) Марсупилинизация
 - в) Резекция тела поджелудочной железы
 - г) Лучевая терапия
 - д) Иссечение кисты
192. В лечении кист поджелудочной железы нередко практикуется наложение анастомозов с желудочно-кишечным трактом. Лучшим из них является:
- а) Цистогастростомия
 - б) Цистоеюностомия с межкишечным анастомозом
 - в) Цистоеюностомия на отключенной петле
 - г) Цистостомия
 - д) Цистодуоденостомия
193. Асцит при раке поджелудочной железы может быть обусловлен: 1. Канцероматоз брюшины 2. Нарушением портального кровообращения вследствие метастазов рака в печень 3. Сдавлением воротной вены опухолью 4. Тромбозом воротной вены опухолью 5. Спленомегалией
- а) Верно 1,2,3,5
 - б) Верно 1,2,3,4,5
 - в) Верно 2,3,4,5
 - г) Верно 1,3,4,5
 - д) Верно 1,2,3,4
194. У больного раком поджелудочной железы при обтурации панкреатического протока опухолью возникает: 1. Болей в верхнем отделе живота 2. Нарушения переваривания пищи 3. Кишечных расстройств 4. Похудания 5. Исчезновение сахарного диабета, если он имел место до появления опухоли

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

195. При остром расширении желудка если не принять неотложных мер, наиболее вероятным исходом будет:

- а) Болевой шок
- б) Разрыв желудка
- в) Перитонит
- г) Некроз слизистой оболочки желудка
- д) Легочная недостаточность

196. Наиболее частым местом кровотечения после типичной резекции желудка является:

- а) Малая кривизна желудка
- б) Гастроэнтероанастомоз
- в) Оставленная язва в культе желудка
- г) Эрозивный гастрит
- д) Дуоденальная культя

197. При лимфоме желудка необходимо:

- а) Произвести резекцию желудка
- б) Произвести резекцию желудка и ваготомию
- в) Произвести резекцию желудка и назначить химиотерапию
- г) Назначить химиотерапию
- д) Назначить лучевую терапию

198. Бедренная грыжа характеризуется: 1. Небольшими размерами 2. Частым ущемлением 3. Опусканием в мошонку 4. Расположением ниже пупартовой связки 5. Выходением через паховый канал

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

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

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

200. Первоочередными мероприятиями при ущемленной многочасовой давности паховой грыжи являются:

- а) Назначение анальгетиков и спазмолитиков для облегчения вправления грыжи
- б) Применение общей теплой ванны
- в) Вправление грыжи
- г) Проведение срочного оперативного лечения

д) Выполнение предоперационной подготовки в течение 2-3 часов с последующей операцией

201. При наличии нежизнеспособной петли кишки, выявленной во время операции, необходимо произвести резекцию приводящей петли, отступая от видимой границы некроза на расстояние:

- а) 5-10 см
- б) 15-20 см
- в) 25-30 см
- г) 40-50 см
- д) 60-70 см

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

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

203. Характерным симптомом геморрагического панкреатита является: 1. Большая интенсивность боли опоясывающего характера 2. Сонливость 3. Вздутие кишечника с выраженным перистальтическим шумом, слышимым на расстоянии 4. Появление левостороннего плеврального выпота 5. Наличие свободной жидкости в брюшной полости

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

204. Скорость продвижения метиленового синего по кишечнику составляет:

- а) 1 см/мин
- б) 5 см/мин
- в) 10 см/мин
- г) 25 см/мин
- д) 15 см/мин

205. Оптимальным для примывания брюшной полости после удаления источника перитонита является объем жидкости:

- а) 1-2 литров
- б) 4-6 литров
- в) 8-12 литров
- г) 14-16 литров
- д) 18-20 литров

206. Узлообразование чаще наблюдается между:

- а) Прямой и тонкой кишкой
- б) Нисходящей и сигмовидной кишкой
- в) Сигмовидной и тонкой кишкой
- г) Петлями тонкой кишки
- д) Слепой и тонкой кишкой

207. Водянка желчного пузыря развивается вследствие:

- а) Обтурации камнем общего желчного протока
- б) Обтурации камнем общего печечного протока
- в) Обтурации камнем большого дуоденального сосочка
- г) Обтурации камнем пузыряного протока
- д) Хронического нарушения проходимости двенадцатиперстной кишки

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

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

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

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

210. Синдром Меллори-Вейса это:

- а) Разрыв слизистой кардиального отдела желудка
- б) Наличие "зеркальных" язв
- в) Стеноз привратника
- г) Повреждение слизистой антрального отдела желудка
- д) Стойкий спазм кардиального сфинктера

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

- а) Появление перитонеальных признаков
- б) Исчезновение грыжевого выпячивания
- в) Дизурические явления
- г) Повышение температуры
- д) Наличие болеого синдрома в области грыжевых ворот

212. Наиболее тяжелой клинической формой кишечной непроходимости является:

- а) Инвагинация
- б) Заворот
- в) Узлообразование
- г) Ущемленная грыжа
- д) Обтурация толстой кишки опухолью

213. Кровавый понос может иметь место при: 1. Язвенном колите 2. Терминальном илеите 3. Дизентерии 4. Острой порфирии 5. Ишемии толстой кишки

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

214. Наиболее частое место локализации карциноидной опухоли:

- а) Тонкая кишка

- б) Печень
- в) Подвздошная кишка
- г) Червеобразный отросток
- д) Толстая кишка

215. Наиболее частым осложнением острых язв верхних отделов ЖКТ являются:

- а) Перфорация
- б) Малигнизация
- в) Пенетрация
- г) Кровотечение
- д) Переход в хроническую язву

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

- а) Перитонита
- б) Панкреатита
- в) Кишечной непроходимости
- г) Анастомозита
- д) Кровотечения в просвет желудка

217. Наличие у больного после резекции желудка тошноты, рвоты, вздутия живота, неотхождения газов, боли в покое и при пальпации живота свидетельствуют о: 1.Кишечной непроходимости 2.Перитоните 3.Панкреатита 4. Анастомозите 5. Мезкишечном абсцессе

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

218. Язвенная болезнь желудка осложняется: 1.Кровотечением 2.Пенетрацией 3.Перфорацией 4. Малигнизацией 5.Стенозом

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

219. У больного перфорация дуоденальной язвы , осложненная разлитым перитонитом. Следует выполнить:

- а) Резекцию желудка по первому способу Бильрота
- б) Резекцию желудка по Гофмейстеру-Финстереру
- в) ушивание язвы, дренирование брюшной полости
- г) селективную проксимальную ваготомию и пилоропластику
- д) стволовую ваготомию и пилоропластику

220. При оценке степени тяжести кровопотери по лабораторным тестам отдается предпочтение :

- а) Гематокритному числу
- б) Уровню гемоглобина
- в) Дефициту ОЦК
- г) Дефициту ГО
- д) Дефициту ОЦП

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

- а) Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода
- б) Язва желудка
- в) Рак желудка
- г) Синдром Меллори-Вейса
- д) Синдром Золлингера-Эллисона

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

- а) Перфорация язвы двенадцатиперстной кишки
- б) Кровотечение
- в) Гипогликемический шок
- г) Нарушения электролитного обмена
- д) Нарушение мозгового кровообращения

223. У больного с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, осложненной декомпенсированным стенозом, имеются тонические судороги нижних конечностей и потеря сознания. В первую очередь больному показан ввод:

- а) Раствора глюкозы
- б) Инсулина
- в) Сердечных гликозидов и мезатона
- г) Раствора хлористого натрия и раствора калия
- д) Переливание эритроцитной массы

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

- а) Повторная лапаротомия
- б) Переливание эритроцитной массы
- в) Введение аминокислотной кислоты и хлористого кальция
- г) Промывание желудка
- д) Промывание желудка и фиброгастростомия

225. Клиническими проявлениями демпинг-синдрома легкой степени являются:

- а) Головокружение после приема сладкой пищи
- б) Потливость
- в) Сердцебиение
- г) Слабость
- д) Анемия

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

- а) Резекция желудка
- б) Прошивание кровоточащего сосуда
- в) клиновидное иссечение язвы желудка
- г) термокоагуляция кровоточащего сосуда с помощью фиброгастроскопа
- д) Консервативное лечение

227. У больного с дивертикулезом левой половины ободочной кишки развилось профузное кровотечение. Ваша тактика:

- а) Удаление кровоточащего дивертикула

- б) Левосторонняя гемиколоэктомия
- в) Сигмотомия перевязка кровоточащего сосуда
- г) Электокоагуляция кровоточащего сосуда
- д) Эндоскопическая пломбировка кровоточащего сосуда

228. Наиболее часто встречаются дивертикулы:

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

229. Во время операции по поводу острого аппендицита обнаружен рыхлый инфильтрат с формированием абсцесса. Ваша тактика:

- а) Удаление червеобразного отростка, дренирование полости абсцесса
- б) Отграничение инфильтрата тампонами и ушивании брюшной полости
- в) Дренирование полости абсцесса внебрюшинным доступом
- г) Новокаиновая блокада по Школьникову
- д) Лапаротомия , дренирование полости абсцесса

230. При Рихтеровском ущемлении с некрозом стенки кишки наиболее приемлемым вариантом операции является:

- а) Резекция кишки
- б) Клиновидное иссечение некротического участка
- в) Погружени участка некроза однорядным шелковым швом
- г) Погружени некротизированного участка 2-х рядным швом
- д) Выведение кишки наружу

231. Основными признаками жизнеспособности кишки при ущемленной грыже являются:

- а) Перистальтика кишечной стенки
- б) Пульсация сосудов брыжейки
- в) Серозная оболочка блестящая, темновишневого цвета
- г) Розовый цвет кишечной стенки, блеск серозной оболочки, сохранение пульсации сосудов брыжейки и перистальтики кишечной стенки
- д) Блестящая серозная оболочка, сохранена перистальтика кишечной стенки

232. При ущемленной гигантской послеоперационной грыжи необходимо:

- а) Ликвидировать ущемление, произвести пластику грыжевых ворот с помощью листов грыжевого мешка
- б) Ликвидировать ущемление, резецировать грыжевой мешок, произветси пластику грыжевых ворот, используя пластические материалы
- в) Ликвидировать ущемление, пластику грыжевых ворот не производить
- г) Ликвидировать ущемление, произвести пластику грыжевых ворот классическими методами

233. При трудностях дифференцирования пахового лимфаденита от ущемленной бедренной грыжи, производится:

- а) Пункция образования
- б) Сканирование изотопом галия
- в) Лечение антибиотиками
- г) Ирригоскопия
- д) Операция

234. При рассечении Жимбернатовой связки при ущемленной бедренной грыже был поврежден сосуд, которым оказалась :

- а) Бедренная вена
- б) Бедренная артерия
- в) Запирательная артерия
- г) Нижняя брыжеечная артерия
- д) Наружная подвздошная артерия

235. Ущемление противобрыжеечного края кишки наблюдается:

- а) При грыже Литре
- б) При грыже Рихтера
- в) При комбинированной паховой грыже
- г) При грыже спигелиевой линии
- д) При грыже треугольника Пти

236. Ущемление дивертикула Меккеля наблюдается:

- а) Грыже спигелиевой линии
- б) Грыже треугольника Пти
- в) Грыже Рихтера
- г) Грыже Литре
- д) Комбинированной паховой грыже

237. При ущемленной грыже первоначально производим:

- а) Рассечение ущемляющего кольца
- б) Рассечение грыжевого мешка
- в) Лапаротомию
- г) Пункцию образования
- д) Введение спазмолитиков

238. У больного по дороге в больницу произошло самопроизвольное вправление ущемленной грыжи. Тактика хирурга предполагает:

- а) Лапаротомию и ревизию органов брюшной полости
- б) Наблюдение за больным в условиях стационара
- в) Очистительную клизму
- г) Отпустить больного домой
- д) Назначение антибиотиков

239. При грыжесечении по поводу левосторонней пахово-мошоночной грыжи обнаружено, что одной из стенок грыжевого мешка является мочевого пузырь, что свидетельствует о наличии:

- а) Прямой паховой грыжи
- б) Косой паховой грыжи
- в) Бедренная грыжа
- г) Скользящей грыжи
- д) Ущемленной грыжи

240. На следующий день после операции грыжесечения по поводу прямой паховой грыжи у больного появились боли при мочеиспускании, марогематурия. Это обусловлено:

- а) Ранением мочевого пузыря
- б) острым циститом
- в) Почечной коликой
- г) Простатитом

д) Обострением хронического пиелонефрита

241. Выкраивание лоскута для аутодермальной пластики при послеоперационных грыжах производится:

- а) В близи операционного рубца
- б) На животе
- в) На бедре
- г) На спине
- д) В ягодичных областях

242. Во время операции по поводу острого холецистита обнаружен выпот с примесью желчи, желчное пропитывание гепатодуоденальной связки и шейки жечного пузыря, причина этих изменений:

- а) Деструктивный холецистит
- б) Ферментаривный холецистит
- в) Деструктивный панкреатит
- г) Перфорация пилородуоденальной язвы
- д) Гнойный холангит

243. Частичное удаление желчного пузыря с электрокоагуляцией оставшейся слизистой показано при:

- а) Гангренозном холецистите
- б) Перевезикальном асбцессе
- в) Синдроме Мириззи
- г) Плотном паравезикальном инфильтрате
- д) Атипичном расположении желчных протоков

244. При остом расширении желудка в послеоперационном периоде больному следует:

а) Ввести спазмолитики

б) Установить постоянную аспирацию желудочного содержимого с коррекцией водно-электролитного состава

- в) 2 раза в сутки осуществлять эвакуацию желудочного содержимого
- г) Наложить гастроэнтероанастомоз по Вольфлеру
- д) Произвести стволовую ваготомию с пилоропластикой

245. При завороте желудка необходимо произветси:

- а) Резекцию желудка
- б) Разворачивание заворота и фиксацию желудка к париетальной брюшине
- в) Разворачивание заворота и назогастральное дренирование
- г) Разворачивание заворота и селективно-проксимальную ваготомию
- д) Будете лечить больного консервативно

246. У больного с желудочным кровотечением выявлены множественные выступающие над слизистой желудка папуллообразные кровоточащие образования диаметром 0,2-0,3 см . Нарушений со стороны свертывающей системы крови нет. Назовите наиболее вероятное заболевание:

- а) эрозивный гастрит
- б) гемофилия
- в) болезнь Рандю-Ослера
- г) болезнь Менетрие
- д) ожог желудка соляной кислотой

247. При формировании наружного панкреатического свища показано:

- а) иссечение свища
- б) наложение анастомоза между свищом и тонокой кишкой
- в) резекция поджелудочной железы
- г) консервативная терапия, направленная на угнетение эндокринной функции поджелудочной железы (5-фторурацил, рибонуклеаза, соматостатин), жировая диета
- д) пломбировка свища

248. Главным источником интоксикации при остром панкреатите в первом периоде заболевания является:

- а) кининовый "взрыв"
- б) феномен "уклонения ферментов"
- в) значительное повышение активности апуд-системы
- г) выброс простогландинов
- д) отек брыжейки ободочной кишки

249. Нарушение гемодинамики при остром панкреатите в первой фазе обусловлено:

- а) атоксической дилатацией сосудов
- б) резким повышением емкости портальной системы
- в) повышением проницаемости сосудов и выходом жидкой части крови в межуточное пространство
- г) сердечной недостаточностью
- д) перегрузкой правого сердца

250. Для снятия болевого синдрома при остром панкреатите можно применять: 1. введение баралгина и его аналогов 2. введение промедола, дипидолора. 3. выполнение различных новокаиновых блокад. 4. введение морфина, фентанила. 5. продленная перидуральная блокада.

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

251. Предельным сроком консервативной терапии при высоких губовидных свищах является:

- а) три недели
- б) три месяца
- в) нет определенного срока
- г) до появления полиорганной недостаточности
- д) после ликвидации мацерации кожи вокруг свища

252. Основным недостатком внебрюшинного способа закрытия кишечных свищей является:

- а) сложность операции
- б) образование послеоперационной грыжи
- в) частые рецидивы после операции
- г) возможность кровотечения
- д) опасность инфицирования брюшной полости

253. Длительное нахождение дренажей в брюшной полости после аппендэктомии приводит к:

- а) образованию кишечных свищей
- б) кровотечению

- в) нагноению раны
- г) хроническому колиту
- д) хроническому циститу

254. Смена obturаторов при кишечных свищах проводится не реже одного раза:

- а) в 3 дня
- б) в 5 дней
- в) в 10 дней
- г) в 14 дней
- д) в 20 дней

255. Дисфагия после фундопликации по Ниссену обусловлена:

- а) повреждением блуждающих нервов
- б) повреждением диафрагмального нерва
- в) гиперфункцией манжеты
- г) чрезмерным сужением пищевого отверстия диафрагмы
- д) гипертонусом кардии

256. При травме органов брюшной полости наиболее оптимальным хирургическим доступом служит:

- а) доступ по Кохеру, Федорову
- б) торакоабдоминальный доступ
- в) доступ по Черни
- г) срединная лапаротомия
- д) поперечная лапаротомия

257. Краевая резекция печени выполняется при :

- а) повреждении элементов глиссоновой триады
- б) повреждении нижней полой вены
- в) огнестрельных и других краевых повреждениях печени
- г) подкапсульных разрывах печени
- д) отрыве сегмента печени

258. При ранении желудка выполняется:

- а) ваготомия+ушивание ран
- б) ушивание ран желудка
- в) резекция желудка
- г) гастроэнтероанастомоз+ушивание ран
- д) пилоропластика+ушивание ран

259. Признаки повреждения забрюшинной части двенадцатиперстной кишки выявленными при лапаротомии является:

- а) отек гепатодуоденальной связки
- б) отек корня брыжейки тонкой кишки
- в) имбибирование кровью малого сальника
- г) рефлюкс желчи в желудок
- д) имбибирование желчью и области нисходящего отдела двенадцатиперстной кишки

260. При свежих повреждениях двенадцатиперстной кишки показано:

- а) ушивание ее раны, зондирование двенадцатиперстной кишки
- б) резекция 2/3 желудка
- в) гастроэнтероанастомоз

- г) ушивание ран двенадцатиперстной кишки и холецистэктомия
- д) гастродуоденостомия по Финнею

261. При ранениях поджелудочной железы без повреждения вирсунгова протока выполняется:

- а) ушивание ран поджелудочной железы с целью остановки кровотечения
- б) дренирование раны, холецистэктомия, дренирование сальниковой сумки, профилактика панкреатита
- в) резекция поджелудочной железы, спленэктомия
- г) резекция поджелудочной железы, спленэктомия
- д) дренирование сальниковой сумки

262. Резекция поджелудочной железы при ее ранения показана:

- а) при полных поперечных разрывах и размозжениях
- б) при посттравматическом панкреатите
- в) при ранении селезеночной артерии
- г) при ранении головки поджелудочной железы
- д) при обширных стеатонекрозах забрюшинной клетчатки

263. При ранениях тонкой кишки обоснованным является:

- а) ушивание ран поджелудочной железы с целью остановки кровотечения
- б) энтеростомия
- в) резекция тонкой кишки
- г) наложение трансверзоеюноанастомоза
- д) выполнение операции Майдля

264. Показанием к резекции тонкой кишки при травмах являются:

- а) точечные кровоизлияния про серозной оболочке в области травмы
- б) сквозное ранение тонкой кишки
- в) отрыв кишки от брыжейки на протяжении 4 см и более
- г) гематома брыжейки
- д) обширная забрюшинная гематома

265. При свежих ранениях ободочной кишки показано:

- а) ушивание раны
- б) ушивание раны и дренирование брюшной полости
- в) гемиколэктомия
- г) операция Лахей
- д) колостомия

266. Первичный склерозирующий холангит обусловлен:

- а) дуоденостазом
- б) портальной гипертензией
- в) панкреато-билиарным рефлюксом
- г) перихоледохеальным лимфаденитом
- д) хроническим колитом

267. Свежее повреждение желчных протоков в раннем послеоперационном периоде диагностируется с помощью:

- а) чрезкожной чреспеченочной холангиографии
- б) ретроградной панкреато-холангиографии
- в) ретроградной панкреато-холангиографии+чрезкожной чреспеченочной холангиографии

- г) фистулохолангиографии
- д) УЗИ

268. Пересечение желчных протоков в раннем послеоперационном периоде проявляется:

- а) механической желтухой
- б) икотой
- в) гнойным холангитом
- г) жечеистечением
- д) рвотой желчью

269. Перевязка внепеченочных желчных протоков в раннем послеоперационном периоде проявляется:

- а) желчным перитонитом
- б) лихорадкой
- в) желчеистечением
- г) механической желтухой
- д) панкреонекрозом

270. Для длительного каркасного дренирования желчных протоков применяется:

- а) дренаж Фелькера
- б) потерянный дренаж
- в) Т-образный дренаж
- г) Кера-Мейо-Робсона
- д) сменный транспеченочный по Гетц-Сейпол-Куриану

271. При жечнокаменной непроходимости двенадцатиперстной кишки показано:

- а) декомпрессия желудка
- б) введение спазмолитиков
- в) дуоденостомия, удаление камня
- г) низведение камня, энтеротомия
- д) гастроэнтероанастомоз

272. При формировании гепатикоеюноанастомоза длина петли тонкой кишки , выключенной по Ру , должна быть:

- а) до 30 см
- б) 30-50см
- в) 50-70см
- г) 70-90см
- д) 90-120см

273. Показанием к одномоментному двойному дренированию желчных протоков является:

- а) холедохолитиаз
- б) хронический головчатый панкреатит
- в) поликистоз печени
- г) дистальная рубцовая стриктура гепатикохоледоха до 1.0см
- д) дистальная рубцовая стриктура гепатикохоледоха более чем 1,5см

274. Острая непроходимость двенадцатиперстной кишки может быть обусловлена: 1.аневризмой брюшного отдела аорты 2.аневризмой брюшного отдела аорты 3.сдавлением мезентериальными сосудами 4.инвагинацией тощей кишки в двенадцатиперстную 5. головчатым панкреатитом :

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

275. При выпадении инвагината через задний проход с некрозом кишки показана:

- а) операция Микулича
- б) вправление инвагината ректоскопом
- в) чрезбрюшинная резекция кишки после вправления инвагината
- г) чрезбрюшинная резекция толстой кишки без вправления инвагината
- д) сигмостома

276. При раке сигмовидной кишки , осложненном непроходимостью, целесообразна операция:

- а) левосторонняя гемиколэктомия
- б) резекция сигмовидной кишки
- в) цекостомия
- г) операция Гартмана
- д) трансверзостомия

277. При перфорации неудалимой опухоли ректосигмоидного отдела показано:

- а) ушивание перфорации, наложение двухствольного ануса
- б) ушивание перфорации, дренирование брюшной полости
- в) подведение тампонов к перфорации, наложение одностовльного ануса
- г) цекостомия, дренирование брюшной полости
- д) ушивание перфорации,двухствольная сигмостома,дренирование брюшной

полости

278. При раке верхнего ампулярного отдела прямой кишки сочетающимся с солитарным метастазом в печени выполняется:

- а) низкая передняя резекция прямой кишки и химиотерапия
- б) экстирпация прямой кишки по Кеню-Майлсу
- в) петлевая сигмостомия и химиотерапия
- г) низкая передняя резекция прямой кишки и резекция печени
- д) петлевая сигмостомия, эмболизация ветвей печеночной артерии и

химиотерапия

279. Синдром Золлингера-Эллисона это:

- а) множественное язвенное поражение желудка, двенадцатиперстной , тощей и подвздошной кишки
- б) сочетание рецидивирующей язвы желудка с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы
- в) пептические язвы желудка и 12 п. кишки в сочетании с энтеритом или диареей
- г) рецидивирующие язвы желудка и 12п.кишки в сочетании с аденомами островкового аппарата поджелудочной железы
- д) пептические язвы желудка на фоне атрофия слизистой

280. Метаболические изменения вследствие стеноза привратника включают: 1.гипокалиемию. 2. гипонатриемию 3.дыхательного ацидоза 4.сгущения крови 5. кислой реакции мочи

- а) верно 1,2,3,4
- б) верно 1,3,4,5

- в) верно 1,2,4,5
- г) верно 2,3,4,5
- д) верно 1,2,3,4,5

281. Критерием скользящей грыжи является:

- а) участие в образовании грыжевого мешка мезоперитонеально расположенного органа
- б) участие в образовании грыжевого мешка экстраперитонеально расположенного органа
- в) наличие грыжевого содержимого
- г) отсутствие грыжевого содержимого
- д) участие в образовании грыжевого мешка интраперитонеально расположенного органа

282. При флегмоне грыжевого мешка показано:
а) консервативное лечение с антибиотиками
б) вскрытие флегмоны
в) дренирование флегмоны двухпросветным дренажем с активной аспирацией
г) интубация кишечника зондом Милле-Эбота
д) операция лапаротомия, иссечение единым блоком грыжевого мешка с некротизированными петлями кишечника

283. Клиническим проявлением скользящей грыжи пищеводного отверстия диафрагмы является:

- а) дисфагия
- б) частая рвота желудочным содержимым
- в) частые изжоги
- г) похудание
- д) неустойчивый стул

284. Удлинение протромбинового времени при желтухе не удается скорректировать назначением препаратов витамина К. Это наиболее вероятно свидетельствует о:

- а) наличии отдаленных метастазов
- б) длительности механической желтухи
- в) полной обструкции желчных протоков
- г) выраженной гепатоцеллюлярной дисфункции
- д) гемолитической желтухи

285. Абдоминализация поджелудочной железы, производимая при остром панкреатите, способствует: 1.ограничению патологического процесса в брюшной полости 2.прекращению поступления ферментов и продуктов распада в забрюшинное пространство 3.прекращению поступления ферментов и продуктов распада в брыжейку толстой и тонкой кишки 4.улучшению кровоснабжения железы 5.уменьшению активности протеолитических ферментов

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

286. При отечной форме панкреатита во время лапароскопии можно обнаружить все следующие признаки, за исключением:

- а) отека малого сальника и печечно-двенадцатиперстной связки
- б) уменьшения в размерах желчного пузыря
- в) выбухания стенки желудка кпереди
- г) гиперемии висцеральной брюшины верхних отделов брюшной полости
- д) серозного выпота в подпеченочном пространстве

287. Наиболее частой причиной хронического панкреатита является:

- а) хронический алкоголизм
- б) ЖКБ
- в) гиперпаратиреоз
- г) наследственный фактор
- д) травма

быть:

288. При литической кишечной непроходимости может
а) мерцательная аритмия
б) обострения язвенной болезни желудка
в) компрессионный перелом позвоночника
г) гипертонический криз
д) болезнь Крона

289. Перемежающуюся желтуху можно объяснить:
а) камнем пузырного протока
б) камнями в желчном пузыре с окклюзией пузырного протока
в) вклиненным камнем большого дуоденального соска
г) вентильным камнем холедоха
д) опухолью внепеченочных желчных протоков

290. Метастазы карциноида в печень наиболее часто встречаются при первичной локализации опухоли:

- а) в тощей кишке
- б) в подвздошной кишке
- в) в червеобразном отростке
- г) в толстой кишке
- д) в прямой кишке

Ситуационные (клинические) задачи

Задача № 43.

Рядовой З., 30 лет, был придавлен бортом автомашины к забору. Сдавление пришлось на верхнюю часть живота. Кратковременно терял сознание. По возвращении сознания почувствовал резкое затруднение дыхания и боли в животе. Диагноз в первичной мед. карточке: "Ушиб и сдавление живота. Шок." Доставлен в ОМО через 2 часа после травмы. При поступлении состояние пострадавшего тяжелое, лежит на боку с поджатыми к животу ногами, бледен и безучастен к окружающему. Живот несколько вздут, умеренно напряжен, пальпация болезненна по всему животу. Симптом Щеткина-Блюмерга положителен. Определяется притупление перкуторного звука в отлогих частях живота.

1. Достаточно ли точен диагноз в первичной медицинской карточке?
2. Каков должен быть объем первой медицинской и доврачебной помощи?
3. Какова должна быть сортировка и объем помощи на МПП?
4. Следует ли оперировать пострадавшего или следует проводить противошоковую терапию?
5. Какие органы брюшной полости должны подвергаться ревизии?
6. На операции обнаружен разрыв печени и селезенки - как Вы поступите?

7. Что Вы сделаете с кровью, излившейся в брюшную полость при повреждениях, указанных в п.6?
8. Какое время больной должен находиться в ОМО?

Задача № 44.

Сержант Т., 28 лет, во время обстрела получил сквозное пулевое ранение левого бедра с переломом кости. Из выходного отверстия было значительное кровотечение. На месте травмы раненому была наложена повязка из 2-х индивидуальных пакетов и сделана инъекция промедола шприц-тюбиком. Нога фиксирована двумя толстыми сучьями. На МПП доставлен через 40 минут. При поступлении состояние тяжелое - бледен пассивен к окружающему, пульс 110 в минуту, АД-85/40. Нога фиксирована двумя ветками, доходящими до уровня тазобедренного сустава. Бедро деформировано, стопа повернута внутрь. Повязка на бедре значительно промокла кровью.

1. Какой диагноз Вы впишите в первичную медицинскую карточку раненому?
2. Каков должен быть объем помощи раненому на МПП?
3. Как Вы оцениваете проведенную иммобилизацию подручными средствами? В чем заключается основная ошибка?
4. Куда и в какую очередь следует эвакуировать пострадавшего? Обоснуйте Ваше решение.
5. Перечислите возможные осложнения огнестрельных переломов длинных трубчатых костей.
6. Классификация огнестрельных переломов.
7. На каком этапе эвакуации следует проводить первичную хирургическую обработку неосложненного огнестрельного перелома.
8. Перечислите этапы первичной хирургической обработки ран.

Задача № 45.

Рядовой Б., 20 лет, получил слепое осколочное ранение левого бедра с переломом кости. В ОМО доставлен через 20 часов после ранения в очень тяжелом состоянии. Сознание затуманено, возбужден, рвота. Тахипноэ. Пульс слабого наполнения 150 в 1 минуту, АД-90/40. После снятия шины Дитерихса и повязки обнаружено, что раненое бедро вздуто, на коже синеватые и бронзового оттенка пятна. При пальпации бедро холодное, ткани плотные, определяется крепитация в мягких тканях, преимущественно вокруг раны. Рана располагается на передне-внутренней поверхности бедра размерами 4х6 см. Из раны выпирает тусклая, вареного вида мышца. Выделения обильные, сукровичные. Стопа и голень холодные, пульсация сосудов стопы не определяется.

Поставьте полный диагноз.

1. Как Вы классифицируете данное осложнение раневого процесса?
2. Какое оперативное лечение показано раненому?
3. На каком этапе медицинской эвакуации и в какую очередь следует оперировать раненого?
4. Каков прогноз состояния пострадавшего?
5. Назовите клинические формы данного осложнения.
6. Какая профилактика подобных осложнений должна выполняться на этапах медицинской эвакуации?
7. Есть ли специфическое лечение данной патологии? Если есть, то какое?

Задача № 46.

Больной Х., 62 лет, пенсионер, поступил в клинику с жалобами на боли в эпигастрии и за грудиной, возникающие натощак, усиливающиеся по ночам. Боли сопровождаются тяжелой отрыжкой и изжогой, ночным кашлем. Подобные боли отмечает около трех недель, связывает с нерегулярным питанием. Прием соды кратковременно купирует боль.

При поступлении: состояние удовлетворительное, кожные покровы обычной окраски,

правильного телосложения, повышенного питания. При пальпации живота незначительная болезненность в эпигастрии.

1. Каков ваш предварительный диагноз?
2. Дифференциальная диагностика.
3. Составьте план обследования больного.

При ФГДС выявлены участки гиперемии слизистой с небольшими эрозиями в области пищеводно-желудочного перехода.

4. Какая степень тяжести заболевания по эндоскопической классификации (Савари-Миллера)?
5. Сформулируйте полный клинический диагноз.
6. Современные методы консервативной терапии.
7. Показания к оперативному лечению.
8. Методы хирургического лечения данной патологии.

Задача № 47.

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

1. Сформулируйте полный клинический диагноз.
2. С какими заболеваниями проводится дифференциальный диагноз?
3. Какова хирургическая тактика при этом заболевании?
4. Назовите особенности хирургического вмешательства при данной патологии.

Во время проведения хирургической операции у этого больного оказалось, что в рану подлежат две петли тонкой кишки обычного цвета, с блестящей серозной оболочкой, перистальтирующие, сосуды брыжейки пульсируют.

5. Какой вариант патологии имеется у больного?
6. Какова дальнейшая интраоперационная тактика?
7. Современные методы хирургического лечения.
8. Назовите меры первичной и вторичной профилактики данной патологии.

Задача № 48.

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

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

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

При осмотре: состояние удовлетворительное, повышенного питания. Отмечается выраженная асимметрия живота за счет опухолевидного образования размером 20х25х18 см, мягко-эластической консистенции, невправимого в брюшную полость, расположенного в области старого послеоперационного рубца.

1. Клинический диагноз.
2. Дифференциальная диагностика.
3. Причины появления данного заболевания.
4. Показания к оперативному лечению.

5. Особенности предоперационной подготовки при данном заболевании.
6. Современные методы хирургического лечения.
7. Ведение послеоперационного периода.

Задача № 49.

Больная Г., 59 лет, обратилась в клинику с жалобами на боли в правой голени, повышение температуры тела до 38,5°C. Заболела неделю тому назад. Лечилась самостоятельно путем применения спиртовых компрессов на голень. Боли не прошли, стойко держалась высокая температура тела.

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

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

1. Сформулируйте клинический диагноз: основной, осложнения основного.
2. Дифференциальный диагноз.
3. Дальнейшая хирургическая тактика.
4. Причины появления трофических язв на нижних конечностях.
5. Современные методы консервативного лечения трофических язв на почве хронической венозной недостаточности.
6. Особенности трофических язв другой этиологии: диабетические, нейротрофические, гипертонические.
7. Показания и методы хирургического лечения.
8. Профилактика трофических язв венозной этиологии.

Задача № 51.

Больной И., 45 лет, поступил в клинику через 2 часа после получения травмы в состоянии алкогольного опьянения с жалобами на боли в левой половине грудной клетки, усиливающиеся на вдохе. Со слов больного поскользнулся и упал на левый бок. При осмотре: состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, влажные. АД 100/60 мм.рт.ст, ЧСС – 100 в минуту; больной лежит на левом боку, изменение положение тела вызывает боли в грудной клетке и животе. На левой половине грудной клетки имеются ссадины и кровоподтеки, локальная болезненность по ходу IX и X ребер слева по средней подмышечной линии. Живот не вздут, при пальпации резко болезнен и напряжен, положителен симптом Щеткина-Блюмберга. В анализе крови: эр. – $4,5 \times 10^{12}/л$, Нб – 130 г/л, Нт – 0,40. При рентгеноскопии грудной клетки выявлен перелом X ребра слева.

1. Предварительный диагноз, дифференциальная диагностика.
2. Какие дополнительные исследования необходимо произвести для уточнения диагноза?

При выполнении диагностической лапароскопии в брюшной полости выявлено около 3 литров крови со сгустками, расположенной преимущественно по левому флангу.

3. Дальнейшая хирургическая тактика.
4. Что делать с излившейся в брюшную полость кровью?

При ревизии органов брюшной полости во время операции выявлены множественные глубокие разрывы селезенки с распространением на ворота селезенки.

5. Окончательный клинический диагноз.
6. Классификация повреждений селезенки.
7. Современные методы хирургического лечения при травмах селезенки.

Задача № 52.

Больная И., 64 лет, предъявляет жалобы на боли и тяжесть в правом подреберье особенно при приеме жирной и жареной пищи; сильную отрыжку горечью, усиливающуюся

после приема пищи; периодическое срыгивание, особенно при наклонах туловища вперед после еды.

Подобные расстройства беспокоят около двух лет.

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

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

Задача № 53.

Больной Б., 42 лет, поступил в клинику на вторые сутки с момента травмы с жалобами на сильные боли в правой половине живота, тошноту, двукратную рвоту. Больным себя считает с момента после отрезвления от алкогольного опьянения, когда почувствовал сильные боли в животе, особенно справа; они сопровождались тошнотой и рвотой съеденной пищей. С этими явлениями он оставался дома и не обращался за медицинской помощью. Постепенно состояние ухудшилось, боли в животе усилились, после чего и вызвал скорую по-мощь. При поступлении: общее состояние средней тяжести, кожа и видимые слизистые обычной окраски, на животе имеются ссадины и кровоизлияния. АД 130/80 мм.рт.ст, ЧСС – 110 уд. в минуту. Язык сухой, обложен белым налетом, живот равномерно вздут, слабо участвует в акте дыхания. Положителен симптом Спигарного- Кларка. Пальпаторно живот напряжен, положителен симптом Щеткина-Блюмберга. Температура – 37,8°С, лейкоцитоз – $11,5 \times 10^9/\text{л}$. На обзорной рентгеноскопии: единичные, умеренной величины чаши Клойбера, под куполом диафрагмы полоска воздуха.

1. Ваш диагноз, дифференциальная диагностика?
2. Хирургическая тактика.

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

3. Дальнейшие действия хирурга?
4. Классификация закрытых повреждений живота.

Задача № 54.

Больной М., 50 лет, поступил в отделение хирургической гастроэнтерологии с жалобами на боли в эпигастральной области с иррадиацией в правое подреберье, тошно-ту, периодическую рвоту. Боли практически постоянные, усиливаются через 30-40 мин после приема пищи. Вышеуказанные симптомы беспокоят в течение последних 6 месяцев. Лечился амбулаторно по поводу язвенной болезни желудка, практически без эффекта. При осмотре: Удовлетворительное питание. Пульс 76 в мин. Язык влажный, чистый. Живот не вздут, мягкий, определяется локальная болезненность ниже мечевидного отростка грудины. Симптомов раздражения брюшины нет. Общ. анализ кро-ви: эритро. $4,1 \times 10^{12}$, Нб 120 г/л, лейко. $7,3 \times 10^9$, СОЭ 15 мм/ч. Общ. анализ мочи и био-химические анализы крови в пределах нормы. При фиброгастродуоденоскопии обнаружена каллезная язва средней трети желудка по задней стенке, ближе к малой кривизне, диаметром около 2 см, дно язвы выполнено белым налетом. При рентгеноскопии желудка определяется «ниша» по малой кривизне тела

желудка глубиной до 3 см с воспалительным кратером вокруг дефекта и конвергенцией складок слизистой. Исследование желудочной секреции аспирационно-титрационным методом: базальный уровень секреции соляной кислоты 5 ммоль/л, стимулированный – 10 ммоль/л. рН-метрия: нормацидное состояние, непрерывное кислотообразование, щелочное время 20 мин.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Укажите тип язвенной болезни по Джонсону, какие особенности патогенеза характерны для данного типа язвенной болезни желудка?
3. Какое осложнение язвенной болезни желудка можно заподозрить?
4. Дайте трактовку результатов исследования желудочной секреции.
5. Какой параметр желудочной секреции характеризует критерий «щелочное время»?
6. Нуждается ли больной в проведении дополнительных методов исследования?
7. С чем связана резистентность к консервативной терапии?
8. Показания к плановому оперативному лечению язвенной болезни желудка, показано ли оперативное лечение этому больному?
9. Определите рациональный объем оперативного пособия.

Задача № 55.

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

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

Задача № 56.

Больной С., 51 года, поступил в хирургическое отделение с жалобами на головокружение и резкую слабость. Из анамнеза: В течение последних 5 дней беспокоили умеренные ноющие боли в эпигастриальной области. Рано утром, около 8 часов назад, появилась сильная слабость, однократная рвота темной кровью со сгустками, боли в животе

стихли, позже был обильный черный жидкий зловонный стул. На несколько минут потерял сознание, упал, доставлен бригадой скорой помощи. Язвенный анамнез отсутствует. При осмотре: Общее состояние ближе к тяжелому. Удовлетворительное питание. Кожные покровы бледные, влажные. На лбу – свежая ссадина (ударился при падении). Пульс 100 ударов в мин, удовлетворительно-го наполнения. АД 100/70 мм рт.ст. Язык чистый, сухой. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Симптомов раздражения брюшины нет. Per rectum: Ампула прямой кишки пуста, на перчатке следы черного жидкого кала. Общ. анализ крови: эритроц. $2,8 \times 10^{12}$, Hb 92 г/л, Ht 0,31. Фиброгастродуоденоскопия: на стенках желудка следы темной крови, в антральном отделе обнаружена каллезная язва диаметром около 1,5 см, в дне которой определяется «пенек» сосуда диаметром около 2 мм. Данных за продолжающееся кровотечение нет. Группа крови АВ(IV)Rh+(положительная), в наличии только 1 доза эритроцитарной массы этой группы.

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

Задача № 57

Больная Н., 55 лет, поступила в хирургическое отделение с жалобами на слабость, головокружение. 6 часов назад была рвота темной кровью, стула не было. Из анамнеза известно, что 3 года назад был поставлен диагноз крупноузловой циррозы печени. При осмотре: Общее состояние средней тяжести. Кожные покровы субиктеричные, под кожей передней брюшной стенки определяются расширенные извитые вены. На коже бедер, груди – множественные сосудистые звездочки. Пониженное питание. Пульс 90 в мин. АД 110/60 мм рт.ст. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги, уплотнена. Перкуторно селезенка 15x10 см. Per rectum: ампула прямой кишки заполнена плотными каловыми массами коричневого цвета. Общ. анализ крови: эритроц. $2,7 \times 10^{12}$, Hb 88 г/л, Ht 0,29. Фиброгастродуоденоскопия: быстрое накопление темной крови в дистальном отделе пищевода. Ультразвуковое исследование: структура печени перестроена, свободной жидкости в брюшной полости нет. Биохимический анализ крови: билирубин общ. 38 мкмоль/л, прямой 12,2 мкмоль/л, не прямой 25,8 мкмоль/л, общ. белок 62 г/л (альбумин 55%, глобулины 45%).

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз с указанием степени тяжести кровопотери.
2. Назовите наиболее частые причины крупноузловой циррозы печени.
3. К какой клинической группе по Child следует отнести эту больную?
4. Нуждается ли больная в экстренном проведении дополнительных методов исследования? Каких?
5. Тактика ведения больной?
6. Методика постановки зонда Сенгстакена-Блэкмора.
7. Насколько целесообразно включение в комплексную консервативную вазопрессина?
8. Целесообразно ли проведение методов эндоскопического гемостаза? Каких?
9. Если больной показано оперативное лечение, то в каком порядке оно должно

быть выполнено (экстренном, срочном, отсроченном, плановом)?

10. Определите рациональный объем оперативного пособия.

Задача № 58.

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

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз.
2. С какими острыми хир. заб. органов брюшной полости необходимо провести дифференциальный диагноз?
3. Чем можно объяснить уменьшение болевого синдрома к моменту поступления больного в стационар?
4. Что такое «триада Мондора»?
5. Нуждается ли больной в экстренном проведении дополнительных методов исследования? Каких?
6. Тактика ведения больного?
7. Существуют ли показания к консервативному лечению этой патологии? В чем заключается консервативное лечение по методу Тэйлора?
8. Чем определяется выбор объема опер. пособия при этой патологии?
9. План ведения больного в раннем послеоперационном периоде.

Задача № 59.

Больной С., 46 лет, поступил в отделение неотложной хирургии с жалобами на боли в животе, рвоту непереваренной пищей, отрыжку тухлым. Из анамнеза известно, что в течение 12 лет страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки с периодическими обострениями. Последние 6 месяцев беспокоят вышеуказанные симптомы, похудел на 15 кг. Ухудшение около 3 суток назад, когда значительно усилилась жажда, появились судороги мышц предплечий и икр. При осмотре: Общее состояние ближе к тяжелому. Пониженного питания, масса тела 55 кг. Кожные покровы бледные, тургор кожи снижен. Вял, адинамичен. Пульс 90 в мин. АД 100/60 мм рт ст. Язык сухой. Живот увеличен в размерах за счет верхних отделов, мягкий, болезненный в эпигастриальной области. Симптомов раздражения брюшины нет. В эпи- и мезогастрии отчетливо определяется «шум плеска». Определяется мелкий тремор пальцев кистей рук. Общий анализ крови: эритроц. $5,5 \times 10^{12}$, Hb 180 г/л, лейкоц. $9,3 \times 10^9$. Электролиты крови: натрий 146 ммоль/л, калий 2,8 ммоль/л, бикарбонаты 33 мэкв/л. Рентгеноскопия желудка: Желудок резко увеличен в размерах, натошак содержит большое количество жидкости, большая кривизна определяется над входом в малый таз, перистальтика отсутствует, выходной отдел желудка сужен до 3 мм.

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз с указанием степени тяжести осложнения язвенной болезни.
2. С чем связано развитие судорожного синдрома?
3. Имеются ли у больного признаки нарушения водно-электролитного обмена?
4. Патогенез нарушений водно-электролитного обмена.
5. Тактика ведения больного?
6. Объем и продолжительность предоперационной подготовки.

7. Составьте схему коррекции водно-электролитных нарушений.
8. Чем определяется выбор объема операции при данной патологии?
9. План ведения больного в раннем послеоперационном периоде.

Задача № 60.

Больной Т., 38 лет, поступил в гастроэнтер. отделение с жалобами на слабость и головокружение после приема пищи. Из анамнеза: 1,5 года назад оперирован по поводу кровоточащей язвы ДПК, произведена резекция желудка по Гофмейстеру-Финстереру. Через 2-3 месяца после операции начали беспокоить приступы слабости, головокружения после приема сладких и молочных блюд, супов. Приступы возникают через 20-30 мин после приема пищи, сопровождаются потливостью и сердцебиением, чувством переполнения желудка. После приема пищи вынужденно принимает горизонт. положение, которое приносит некоторое облегчение. Последние полгода периодически беспокоит диарея, стул жидкий водянистый, до 3-4 раз в сутки, иногда – с примесью непереваренной пищи. Похудел на 10 кг. Объективно: Общее состояние удовл. Обычного питания. Рс 70 в мин. АД 120/70 ммрт ст. Живот не вздут, мягкий, б/б. Определяется красный дермографизм. Через 20 мин после приема внутрь 150 мл 50% раствора глюкозы появилась резкая слабость, потливость. АД снизилось до 100/60 мм рт ст, тахикардия до 90 в мин.

1. Сформул. развернутый клин. Д-з с указанием степ. тяж. пострезекц-го с-ма.
2. Классификация пострезекционных синдромов.
3. Патогенез демпинг-синдрома.
4. План обследования больного?
5. Рентгенологические признаки демпинг-синдрома.
6. Тактика ведения больного?
7. Схема консервативного лечения больного.
8. Показано ли больному плановое оперативное лечение?
9. Какие типы операций применяются при демпинг-синдроме?
10. Профилактика пострезекционных синдромов.

Задача № 61.

Больной Н., 32 лет, поступил в хирургическое отделение с жалобами на слабость, головокружение. Из анамнеза известно, что в течение последних 7 дней употреблял алкоголь. Пульс 100 в мин. АД 110/60 мм рт. ст. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Печень на 3 см ниже реберной дуги, уплотнена. В момент осмотра у больного позывы на дефекацию, обильный дегтеобразный стул. Общий анализ крови: эритроц. $2,6 \times 10^{12}$, Гб 82 г/л, Гт 0,27. Фиброгастродуоденоскопия: на передней стенке абдоминального отдела пищевода с переходом на кардию линейный разрыв слизистой оболочки 5х1 см, из которого подтекает алая кровь.

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз с указанием степени тяжести кровопотери.
2. Патогенез заболевания.
3. Классификация кровопотери по степени тяжести.
4. Нуждается ли больной в экстренном проведении дополнительных методов исследования? Каких?
5. Тактика ведения больного?
6. Насколько целесообразно проведение этому больному эндоскопического гемостаза?
7. Методики эндоскопического гемостаза?
8. Показания к оперативному лечению.

Задача № 62.

Больной 50 лет, поступил с жалобами на боли в эпигастральной области, тошноту, периодическую рвоту. Вышеуказанные симптомы беспокоят в течение последнего месяца.

При гастродуоденоскопии обнаружена пенетрирующая язва средней трети желудка по задней стенке, ближе к малой кривизне, диаметром около 2 см. В крови определяется гастрин 500 пг/л (N 50-200). Исследование желудочной секреции: базальный уровень секреции соляной кислоты 25 ммоль/л (N 5 соотношение базальной и стимулированной 1:5, пангиперхлоргидрический тип), стимулированный – 30 ммоль/л.

1. Ваш диагноз?
2. Какие формы данной патологии существуют?
3. Дифференциальная диагностика.
4. Методы лечения данной патологии.

Задача № 63.

Больной 30 лет обратился с жалобами на боли в пр. подвздошной области, тошноту, сухость во рту, ↑ температуры тела до 38,5° С. Болен в течение 17 часов. В первые часы болевой синдром локализовался в эпигастральной области, умеренной интенсивности, без иррадиации. За 1,5 часа до обращения к врачу почувствовал резкое усиление болей, тошноту. При осмотре б-ой находится в вынужденном положении: лежа на спине с подогнутыми ногами, особенно правой. Изменение позиции вызывает боль. Язык не обложен, сухость во рту. Живот не вздут, при пальпации напряжен в правой подвздошной области (точке Мак-Бурнея). Положительны симптомы Ровзинга, Ситковского, Воскресенского, Щеткина. Наблюдается тахикардия до 90 ударов в минуту. Умеренный лейкоцитоз ($14 \times 10^9/\text{л}$). Больной оперирован по поводу о. аппендицита через 17 часов с момента заб-я доступом в пр. подвзд. области. На операции обнаружен гангр-й аппендицит с перфорацией отростка. В правой подвздошной ямке около 50 мл гнойного выпота.

1. Укажите дальнейшие действия хирурга.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Какие симптомы характерны для острого аппендицита?
4. Показания к диагностической лапароскопии при остром аппендиците?
5. Назовите способы аппендэктомии.
6. Методы дренирования брюшной полости?
7. Осложнения острого аппендицита?

Задача № 64.

Пожилой больной обратился с жалобами на сильные боли схваткообразного характера в нижних отделах живота, тошноту, рвоту. Заболел около 3 часов назад, когда после подъема большого груза почувствовал острую боль в нижних отделах живота, покрылся холодным потом, появилась тошнота, дважды была рвота. Из анамнеза известно, что в течение 3 лет страдает запорами, иногда в кале была темная кровь и слизь. Последние 4 дня состояние ухудшилось, беспокоила задержка газов и стула.

При объективном осмотре: язык суховат, кожа бледно-розовая. Больной пониженного питания. Пульс – 96 в минуту. Живот умеренно вздут, тимпанит, значительно болезненен и напряжен в нижних отделах, больше слева, слабopоложительны симптомы раздражения брюшины в нижних отделах. На рентгенограмме видно раздутые петли тонкого кишечника с широкими уровнями жидкости.

1. Предположительный диагноз?
2. Какие симптомы характерны для механической кишечной не-проходимости?
3. Укажите рентгенологический симптом?
4. Какое осложнение произошло при резкой физической нагрузке?
5. Назовите хирургическую тактику?
6. Какие операции выполняются при данной патологии?

Задание № 65.

У больного 36 лет утром появились ноющие боли в правой подвздошной области, усилившиеся и ставшие очень интенсивными к вечеру. Появились частые позывы на

мочеиспускание, поднялась температура до 37,6°C, была однократная рвота. Раньше подобных болей больной не отмечал. Язык обложен белым налетом, суховат. Живот в правой подвздошной области напряжен, резко болезнен. Симптом Щеткина-Блюмберга справа резко положителен. Положительны симптомы Ровзинга, Ситковского. Симптом Пастернацкого отрицателен. В моче изменений нет. Лейкоцитов в крови $16,0 \times 10^3$ в 1 мкл.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какие исследования в данном случае необходимы для дифференциальной диагностики?
3. Показания к лапароскопии?
4. План обследования?
5. Тактика хирурга?

Задача № 66.

У больной 30 лет внезапно появились сильные боли в правой под-вздошной области, слабость, головокружение, кратковременная потеря сознания. Больная бледна. Пульс 120 в минуту. Температура нормальная. Язык чист, влажен. Живот принимает участие в дыхании, мягкий. В правой подвздошной области определяется болезненность. Симптом Щеткина—Блюмберга слабо положительный. Лейкоцитов в крови $9,6 \times 10^3$ в 1 мкл.

Задание.

1. О каком заболевании можно думать?
2. Что следует уточнить из анамнеза?
3. Какие дополнительные исследования помогут подтвердить предполагаемый диагноз?
4. Методы оперативного лечения?

ПК-8. Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении

Вопросы в рамках осуществляемых компетенций:

1. Послеоперационный период и его патофизиологическая характеристика. Принципы лечения больных в послеоперационном периоде. Активный режим в послеоперационном периоде. Принципы трансфузионной терапии. Парентеральное питание. Лечебная физкультура.
2. Медицинская реабилитация и военно-врачебная экспертиза перенесших сепсис.
3. Врачебная экспертиза парапроктита и свищей крестцово-копчиковой области.
4. Врачебная экспертиза при гнойных заболеваниях кисти и стопы.
5. Врачебная экспертиза и медицинская реабилитация после аппендэктомии
6. Медицинская реабилитация, врачебная экспертиза и санаторно-курортное лечение перенесших острый холецистит.
7. Медицинская реабилитация, врачебная экспертиза и санаторно-курортное лечение перенесших острый панкреатит.
8. Медицинская реабилитация, диспансерное наблюдение и врачебная экспертиза при заболеваниях и травмах магистральных сосудов.
9. Осложнения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Клиника, диагностика, лечение. Послеоперационные осложнения ранние и поздние, их лечение. Медицинская реабилитация, диспансерное наблюдение, врачебная экспертиза.
10. Особенности послеоперационного лечения больных с заболеваниями тонкой и толстой кишки. Методы коррекции нарушений гомеостаза. Врачебная экспертиза, медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение больных после операций на тонкой и толстой кишке.
11. Медицинская реабилитация, диспансерное наблюдение, врачебная экспертиза

при заболеваниях и после операций на прямой кишке.

12. Реабилитация онкологических больных;
13. Медицинская реабилитация, диспансерное наблюдение, врачебная экспертиза при опухолях молочной железы.
14. Медицинская реабилитация и отдаленные результаты хирургического лечения рака легкого.
15. Отдаленные результаты хирургического лечения рака пищевода.
16. Врачебная экспертиза, медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение больных после операций на пищеводе.
17. Врачебная экспертиза, медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение больных после операций на желудке.
18. Врачебная экспертиза, медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение больных после операций на тонкой кишке.
19. Врачебная экспертиза, медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение больных после операций на прямой кишке.
20. Врачебная экспертиза, медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение больных после операций на толстой кишке.

Тестовые задания

1. Какие этапы выделяют в реабилитации пациентов с переломами конечностей:
Варианты ответов:
а) иммобилизационный;
б) острый;
в) подострый;
г) постиммобилизационный;
д) хронический.
2. Что является противопоказанием к назначению электростимуляции у пациентов с травмами нижних конечностей:
Варианты ответов:
а) острый воспалительный процесс в зоне воздействия;
б) сочетанная и комбинированная травма;
в) кардиостимулятор;
г) эпилепсия;
д) плохое стояние костных отломков.
3. Методы физиотерапии, применяемые в постиммобилизационном периоде у пациентов с переломом кости:
Варианты ответов:
а) переменное магнитное поле;
б) электростимуляция мышц;
в) теплолечение;
г) подводный душ-массаж;
д) дарсонвализация волосистой части головы.
4. Методы кинезотерапии предпочтительные в постиммобилизационный период травмы костей:
Варианты ответов:
а) массаж конечностей;
б) аналитическая гимнастика;
в) Kabat-терапия;
г) метод нейро-моторного проторения.

5. Чем определяются сроки начала кормления пациентов после проведения оперативного лечения по поводу язвы желудка и 12-перстной кишки:

Варианты ответов:

- а) желанием пациента;
- б) желанием доктора;
- в) общим состоянием пациента;
- г) объемом желудочного аспирата.

6. При каком объеме желудочного аспирата можно начинать кормление пациента после проведения оперативного лечения по поводу язвы желудка и 12-перстной кишки:

Варианты ответов:

- а) 200 мл;
- б) 100 мл;
- в) 50 мл;
- г) отсутствие аспирата.

7. Какие особенности проведения дыхательной гимнастики у пациентов после проведения оперативного лечения по поводу язвы желудка и 12-перстной кишки:

Варианты ответов:

- а) щажение диафрагмы;
- б) проведение наиболее глубоких дыхательных упражнений;
- в) проведение упражнений только в состоянии сидя;
- г) проведение упражнений только в состоянии лежа.

8. Какие травы используются в фитотерапии пациентов с гастритом и язвой желудка или 12-перстной кишки:

Варианты ответов:

- а) наперстянка, ландыш майский;
- б) зверобой продырявленный, ромашка лекарственная, мята перечная;
- в) толокнянка, хвощ полевой, можжевельник.

9. Задачи реабилитации пациентов с травмами конечностей:

Варианты ответов:

- а) восстановление целостности костной структуры;
- б) восстановление мышечной силы;
- в) предупреждение контрактур;
- г) ликвидация или уменьшение болевого синдрома;
- д) все вышеперечисленное.

10. «Идеомоторными» называются упражнения, при выполнении которых пациент:

Варианты ответов:

- а) выполняет их по повторению;
- б) выполняет их с противодействием;
- в) выполняет их, представляет себе весь комплекс возникающих ощущений;
- г) произвольно напрягает мышцы.

11. Правила, определяющие начало двигательной реабилитации при переломах кости:

Варианты ответов:

- а) движения должны быть приятны для пациента;
- б) движения должны быть безболезненны;
- в) не должно быть смещения костных отломков;
- г) движения должны быть легковыполнимы для кинезотерапевта.

12. Реабилитационные периоды при переломах конечности:

Варианты ответов:

- а) иммобилизационный;
- б) постиммобилизационный;
- в) восстановительный период;
- г) резидуальный период;
- д) все вышеперечисленное.

13. Цели кинезотерапии при переломах конечности:

Варианты ответов:

- а) кинезотерапия должна способствовать правильному стоянию костных отломков;
- б) кинезотерапия должна способствовать равномерному распределению мышечного тонуса;
- в) кинезотерапия должна способствовать мобилизации близлежащих суставов и мышц;
- г) кинезотерапия должна способствовать нормализации крово- и лимфообращения.

14. В иммобилизационном периоде при назначении физиотерапевтического лечения следует предпочесть:

Варианты ответов:

- а) электростимуляцию мышц иммобилизированной конечности;
- б) индуктотермию на повязку с 3-х суток после высыхания гипса;
- в) переменное магнитное поле с 1-х суток;
- г) применение токов ультравысокой частоты с 1–2-х суток с противоотечной целью.

15. В постиммобилизационном периоде кинезотерапевтические мероприятия начинают с:

Варианты ответов:

- а) пассивных движений, производимых персоналом и самодвижений;
- б) активной кинезотерапии в травмированной конечности;
- в) идеомоторных (воображаемых) движений;
- г) постурального положения.

16. Противопоказанием к проведению кинезотерапии в травмированной конечности в постиммобилизационном периоде являются:

Варианты ответов:

- а) несросшиеся переломы;
- б) невправленные вывихи;
- в) артриты в фазе острого воспаления;
- г) обширные повреждения кожи и мягких тканей.

17. В постиммобилизационном периоде при назначении физиотерапевтического лечения следует предпочесть:

Варианты ответов:

- а) электростимуляцию мышц иммобилизированной конечности;
- б) теплотечение (пеллоидотерапия или парафин-озокерит);
- в) лазеротерапию;
- г) ультрафиолетовое облучение крови.

18. Виды пассивной кинезотерапии, применяемые в постиммобилизационном периоде травмы конечности:

Варианты ответов:

- а) трудотерапия (стенды, домашнее задание);
- б) механотерапия;

- в) мануальная терапия;
- г) эрготерапия.

19. Цели эрготерапии при переломах костей нижней конечности:

Варианты ответов:

- а) обучение самостоятельной ходьбе;
- б) обучение пользованию средствами технической компенсации (костыли, трости, коляски, ходунки);
- в) переоборудование жилища и транспорта при невозможности компенсации средствами технической компенсации самообслуживания и передвижения.

20. Диета при травмах костей конечностей должна включать:

Варианты ответов:

- а) уменьшенное содержание жиров и углеводов;
- б) уменьшенное количество соли;
- в) полноценное сбалансированное питание с некоторым повышением продуктов, содержащих кальций;
- г) протертые блюда без раздражающих веществ.

21. Какие из упражнений наиболее показаны при облитерирующем эндартериите нижних конечностей:

Варианты ответов:

- а) бег трусцой;
- б) тренировка коллатералей (сгибание и разгибание на весу в сочетании с дыхательной гимнастикой);
- в) ходьба с препятствиями;
- г) дозированная ходьба.

Ультразвуковая терапия, аэрозольтерапия, водо- и теплолечение, грязелечение, санаторно-курортное лечение

1. Ультразвук получают благодаря прямому пьезоэлектрическому эффекту:

Варианты ответов:

- а) да;
- б) нет.

2. Каковы основные дозиметрические параметры ультразвуковой терапии:

Варианты ответов:

- а) сила тока;
- б) мощность;
- в) напряжение;
- г) интенсивность;
- д) режим.

3. Сколько вещества вводится в ткани при ультрафонофорезе:

Варианты ответов:

- а) 0,5 %;
- б) 1–3 %;
- в) 30–40 %;
- г) 40–50 %;
- д) 10–12 %.

4. Назовите показания для ультразвуковой терапии:

Варианты ответов:

- а) туберкулез легких;
- б) неосложненная язвенная болезнь желудка;
- в) гипертрофический фарингит;
- г) келлоидный рубец;
- д) рассеянный склероз.

5. Какой фактор является действующим в ультразвуке:

Варианты ответов:

- а) ток высокой частоты;
- б) магнитное поле;
- в) механическое колебание;
- г) импульсный ток;
- д) электромагнитное поле.

6. Какие факторы имеют основное значение в механизме действия ультразвука:

Варианты ответов:

- а) токи поляризации;
- б) тепловой;
- в) осцилляторный;
- г) физико-химический;
- д) механический.

7. В каких тканях наблюдается наибольшее поглощение ультразвука:

Варианты ответов:

- а) подкожная жировая клетчатка;
- б) мышечная;
- в) нервная;
- г) костная;
- д) паренхиматозные органы.

8. На какую максимальную глубину в условиях целостного организма распространяется ультразвук частотой 800 кГц:

Варианты ответов:

- а) 0,3–0,5 см;
- б) 1 см;
- в) 30–40 см;
- г) 8–10 см.

9. Обладают ли лечебные грязи высокой теплопроводностью:

Варианты ответов:

- а) да;
- б) нет.

10. Сапропелевые грязи образуются на дне пресных водоемов:

Варианты ответов:

- а) да;
- б) нет.

11. Торфяные грязи образуются при малом доступе кислорода:

Варианты ответов:

- а) да;
- б) нет.

12. Наиболее активной в терапевтическом отношении частью пелоидов является

кристаллический скелет:

Варианты ответов:

- а) да;
- б) нет.

13. Обладают ли пелоиды противовоспалительным эффектом:

Варианты ответов:

- а) да;
- б) нет.

14. Укажите основные действующие факторы лечебных грязей:

Варианты ответов:

- а) температурный;
- б) фотохимический;
- в) механический;
- г) химический;
- д) электрический.

15. Укажите особенности механизма действия парафина:

Варианты ответов:

- а) отсутствие механического фактора;
- б) отсутствие химического фактора;
- в) отсутствие температурного фактора.

16. Какое первичное действие оказывает озокеритотерапия:

Варианты ответов:

- а) химическое;
- б) компрессионное;
- в) тепловое;
- г) рефлекторное;
- д) фотофизическое.

17. При каких заболеваниях показана озокеритотерапия:

Варианты ответов:

- а) болезнь Бехтерева I степени активности;
- б) тиреотоксикоз;
- в) невралгия тройничного нерва;
- г) вибрационная болезнь;
- д) полиартрит туберкулезный.

18. Действием каких факторов определяется влияние пелоидов на организм:

Варианты ответов:

- а) тепловой;
- б) физико-химический;
- в) химический;
- г) биологический;
- д) механический.

19. Укажите показания к грязелечению:

Варианты ответов:

- а) перелом локтевой кости с замедленной консолидацией;
- б) хронический эндометрит;
- в) избыточная костная мозоль;

- г) склеродермия;
- д) острый холецистит.

20. С какого минимального возраста может применяться грязелечение:

Варианты ответов:

- а) с первых дней жизни;
- б) с 5 лет;
- в) с 2 лет;
- г) с 1 года;
- д) с 7 лет.

21. Какова температура нагрева лечебной грязи при митигированном грязелечении:

Варианты ответов:

- а) 32–36 °С;
- б) 37–40 °С;
- в) 42–46 °С.

22. Какова температура плавления озокерита:

Варианты ответов:

- а) 52–70 °С;
- б) 60–76 °С;
- в) 95–100 °С;
- г) 40–48 °С.

23. Лечебное действие пресной воды обусловлено влиянием факторов:

Варианты ответов:

- а) температурного;
- б) химического;
- в) механического;
- г) физического.

24. Вода обладает:

Варианты ответов:

- а) высокой теплопроводностью;
- б) низкой теплопроводностью.

25. Душ Шарко является:

Варианты ответов:

- а) всеерным;
- б) дождевым;
- в) струевым;
- г) пылевым.

26. Можно ли использовать углекислые ванны при патологии сердечно-сосудистой системы:

Варианты ответов:

- а) да;
- б) нет.

27. Какие ванны относятся к минеральным:

Варианты ответов:

- а) скипидарные;
- б) сероводородные;
- в) шлаковые;

- г) йодобромные;
- д) радоновые.

28. Какими свойствами обладает вода как лечебный теплоноситель:

Варианты ответов:

- а) высокая теплоемкость и высокая теплопроводность;
- б) высокая теплоемкость и низкая теплопроводность;
- в) низкая теплоемкость и низкая теплопроводность;
- г) низкая теплоемкость и высокая теплопроводность.

29. Назовите газовые ванны:

Варианты ответов:

- а) шалфейные;
- б) валериановые;
- в) углекислые;
- г) горчишные;
- д) жемчужные;
- е) сероводородные.

30. Температура прохладных водных процедур:

Варианты ответов:

- а) ниже 20 °С;
- б) 20–35 °С;
- в) 36–37 °С;
- г) 38–40 °С;
- д) выше 40 °С.

31. Можно ли направить на санаторно-курортное лечение пациента с эпилепсией:

Варианты ответов:

- а) да;
- б) нет.

32. Применяется ли спелеотерапия у пациентов с бронхиальной астмой:

Варианты ответов:

- а) да;
- б) нет.

33. Иловые сульфидные грязи образуются на дне:

Варианты ответов:

- а) пресных водоемов;
- б) болот;
- в) морей.

34. Гидротерапия — это:

Варианты ответов:

- а) применение природных минеральных вод с лечебными целями;
- б) применение пресной воды с лечебной целью;
- в) применение искусственной минеральной воды с лечебными целями.

35. Можно ли рассматривать гелиотерапию как вид климатотерапии:

Варианты ответов:

- а) да;
- б) нет.

36. Какие физические свойства теплоносителей определяют их пригодность для теплолечения:

Варианты ответов:

- а) высокая теплоемкость;
- б) высокая теплопроводность;
- в) высокая теплоудерживающая способность;
- г) низкая теплопроводность;
- д) низкая электропроводность.

37. Назовите противопоказания для направления на санаторно-курортное лечение:

Варианты ответов:

- а) острый холецистит;
- б) эпилепсия;
- в) хронический бронхит;
- г) беременность 20 недель (на климатический курорт);
- д) активный туберкулез;
- е) ишемическая болезнь сердца I–II ФК;
- ж) беременность 12 недель (на бальнеологический курорт).

38. Какова температура теплых воздушных ванн:

Варианты ответов:

- а) 1–8 °С;
- б) 17–20 °С;
- в) 21–22 °С;
- г) 23 °С и выше.

39. Укажите температуру индифферентных водных процедур:

Варианты ответов:

- а) ниже 20 °С;
- б) 20–35 °С;
- в) 36–37 °С;
- г) 38–40 °С;
- д) выше 40 °С.

40. Укажите виды климатотерапии:

Варианты ответов:

- а) бальнеотерапия;
- б) гелиотерапия;
- в) гидротерапия;
- г) аэротерапия;
- д) талассотерапия;
- е) спелеотерапия.

41. Назовите показания для спелеотерапии:

Варианты ответов:

- а) бронхиальная астма;
- б) пневмосклероз;
- в) истерия;
- г) абсцесс легкого;
- д) астматический бронхит;
- е) гипертоническая болезнь I степени.

42. Укажите температуру прохладных водных процедур:

Варианты ответов:

- а) ниже 20°C ;
- б) $20\text{--}35^{\circ}\text{C}$;
- в) $36\text{--}37^{\circ}\text{C}$;
- г) $38\text{--}40^{\circ}\text{C}$;
- д) выше 40°C .

Хирургия органов грудной клетки

Оценочные средства	Количество
Вопросы для текущего и промежуточного контроля знаний	51
Тестовые задания	38
Ситуационные (клинические) задачи	48

Оценивание обучающегося при тестировании

Оценка	Количество верных ответов в процентах, %
зачтено	51-100
незачтено	0-50

УК-1. Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу

Ситуационные задачи

Задача 1.

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

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

Задача № 2.

Больной 52 лет обратился с жалобами на боли в груди, надсадный сухой кашель, одышку. Мокрота отделяется редко и с трудом, скудная. Иногда отмечает прожилки крови в мокроте. Болен 2 мес. За это время нарастают упадок сил и слабость. Температура была повышенной только в первую неделю заболевания. Сейчас нормальная. В легких везикулярное дыхание, несколько жестче справа. При рентгенологическом исследовании определяется интенсивная тень треугольной формы, соответствующая нижней доле правого легкого.

Задание.

1. О каком заболевании следует думать?
2. Какой план обследования вы наметите?
3. Что могут показать дополнительные исследования, если ваш диагноз подтвердится?
4. Современные методы лечения данной патологии?

Задача № 3.

Больной Н., 65 лет, трое суток назад при резком торможении автобуса упал и ударился правой половиной грудной клетки. Врач травмпункта установил наличие перелома

VII – VIII ребер справа по передне-подмышечной линии, наложил давящую повязку на грудь, рекомендовал больному принимать анальгин. Самочувствие больного не улучшалось, оставалась боль при дыхании, присоединился кашель с мокротой, стала нарастать одышка, повысилась температура. При осмотре у больного тахикардия до 94 ударов в минуту, цианоз губ, температура 38,4°C, резкое ослабление дыхания справа, рассеянные влажные хрипы.

1. Какое осложнение перелома ребер имеет место.
2. Отметьте ошибки врача травмпункта, способствовавшие ухудшению состояния больного.
3. Перечислите мероприятия, необходимые для ликвидации имеющегося у больного осложнения.
4. Назовите классификацию травм груди.
5. Перечислите методы адекватного обезболивания при переломах ребер, в том числе, для данного больного.
6. Объясните смысл и опишите технику новокаиновых блокад "трех точек".
7. Укажите неотложные мероприятия при напряженном пневмотораксе.
8. Перечислите методы лечения при "флотирующих" переломах ребер.

Задача № 4.

У больного 44 лет после переохлаждения поднялась температура до 39°C, появились боли в правой половине грудной клетки, усиливающиеся при дыхании, появился кашель. Мокрота почти не выделялась. Температура держалась 8 дней, несмотря на интенсивное противовоспалительное лечение. Затем у больного стала отделяться в большом количестве гнойная мокрота с неприятным запахом в количестве 200 мл в сутки. Температура снизилась до нормы; больной стал чувствовать себя лучше. Общее состояние удовлетворительное. Под правой лопаткой сзади определяется укорочение перкуторного тона, ослабленное дыхание. Другой патологии не выявлено.

Задание.

1. Какое заболевание вы заподозрили у больного?
2. Дифференциальная диагностика.
3. Какие дополнительные методы исследования следует провести для уточнения диагноза?
4. Принципы лечения данной патологии.

Задача № 5.

Больной Ш., 24 лет, поступил в клинику с жалобами на одышку, боли в правой половине грудной клетки, кашель с гнойной мокротой, количество которой доходило до 1 литра в сутки.

Заболел 6 месяцев назад, когда появилось общее недомогание, головная боль, боль в правой половине грудной клетки, температура повысилась до 39,2°C. Через 5 дней появился кашель с гнойной мокротой, в которой была примесь крови. До поступления получал антибиотикотерапию с переменным успехом.

При поступлении: общее состояние тяжелое, кожные покровы с желтоватым оттенком, лицо одутловатое, губы и видимые слизистые цианотичные, ногтевые фаланги по типу «барабанных палочек».

При осмотре: правая половина грудной клетки отстает при дыхании, пальпация правой половины грудной клетки болезненна, перкуторный звук на всей поверхности правой половины грудной клетки укорочен; дыхание ослабленное, жесткое, с большим количеством разнокалиберных сухих и влажных хрипов, число дыхательных движений – 40 в минуту.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Дифференциальный диагноз.
3. Составьте план обследования больного.

Рентгенография легких: в верхней доле справа определяется интенсивное неомогенное затемнение легочной ткани с четкой нижней границей. На фоне затемнения

видна полость с горизонтальным уровнем жидкости.

4. Окончательный клинический диагноз.
5. Основные методы консервативного лечения.
6. Показания и методы оперативного лечения.

ПК-5. Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем

Вопросы в рамках осуществляемых компетенций:

1. Определение понятий: вариант развития, аномалия развития, порок развития, распространенность пороков развития органов дыхания и пищевода
2. Локальные нарушения строения трахеи и бронхов. Определение понятий: стеноз трахеи и бронхов, дивертикулы трахеи и бронхов, трахео (бронхо)-пищеводные свищи, частота встречаемости. Клиника и диагностика, показания к хирургическому лечению, особенности оперативных вмешательств
3. Аномалии кровеносных и лимфатических сосудов легких. Определение понятий: аневризма легочной артерии и ее ветвей, артериовенозный свищ, варикозное расширение легочных вен, болезни Рандю – Ослера, стеноз легочной артерии, лимфангиоэктазия и др. Частота встречаемости, патоморфологические изменения и патофизиологические расстройства
4. Аномалии кровеносных и лимфатических сосудов легких. Симптом «Ятагана»: определение, сочетание с другими патологиями, диагностика, хирургическая тактика
5. Аномалии кровеносных и лимфатических сосудов легких. Клиника и диагностика. Показания и противопоказания к рентгенэндоваскулярным методам лечения. Методика и техника выполнения рентгенэндоваскулярных операций, осложнения
6. Аномалии кровеносных и лимфатических сосудов легких. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Методика и техника резекции легкого при аномалиях кровеносных сосудов
7. Классификация механических повреждений груди
8. Пневмоторакс, гемоторакс, эмфизема средостения и грудной стенки при механических повреждениях груди: диагностика и лечение
9. Показания к экстренной торакотомии при повреждениях груди
10. Современные шкалы объективной оценки тяжести механических повреждений
11. Ранения груди: определение, классификация, клиническая картина
12. Закрытая травма груди, определение, классификация, клиническая картина
13. Клинические признаки ранений груди, методы диагностики
14. Ранения легкого: виды, клиника, диагностика и лечение. Методика и техника операции ушивания раны легкого, особенности ревизии и хирургической обработки раневого канала в легком; показания к резекции легкого
15. Легочное кровотечение при травме груди: диагностика и тактика лечения
16. Легочные кровоизлияния при закрытой травме груди: определение, виды, клиника, диагностика и лечение
17. Внутривнеплевральное кровотечение при ранениях и закрытой травме груди: клиника, диагностика и лечебная тактика
18. Закрытые повреждения ребер, грудины, лопатки и ключицы. Флотация грудной стенки, определение, диагностика, методы стабилизации грудной стенки. Принципы респираторной поддержки при флотации грудной стенки. Показания и противопоказания к хирургической стабилизации костного каркаса груди, методы остеосинтеза ребер, осложнения

19. Огнестрельные ранения груди: классификация, механизм огнестрельных повреждений, понятие о раневой баллистике, патоморфологические изменения, патофизиологические нарушения
20. Свернувшийся гемоторакс: определение понятия, клиника и диагностика, тактика лечения
21. Эпидемиология рака легкого. Заболеваемость. Смертность. Бластомогенные факторы. Скрининг опухолей легкого в РФ и других странах. Принципы диагностики рака легкого в поликлинике и стационаре
22. Классификация опухолей легкого. Принципы построения и значение классификации опухолей легкого. Морфологическая классификация опухолей легкого, ее прикладное значение.
23. Клинико-анатомическая классификация рака легкого. Международная классификация рака легкого по системе TNM.
24. Хирургические методы диагностики опухолей легкого. Трансторакальная пункция опухоли. Биопсия шейных, надключичных, подмышечных лимфоузлов. Медиастиноскопия с биопсией средостенных узлов. Диагностическая видеоторакоскопия и торакотомия. Интраоперационное гистологическое исследование.
25. Хирургическое лечение немелкоклеточного рака легкого: показания, противопоказания, классификации объемов и видов операций. Общие онкологические принципы радикальных операций.
26. Комбинированное лечение рака легкого (понятие, задачи, виды); Лучевое лечение. Лекарственное противоопухолевое лечение (химиотерапия, таргетная терапия).
27. Хирургическое лечение злокачественных опухолей легкого: органосохранные операции (методика и показания), лобэктомия, лобэктомия с резекцией и пластикой бронха и сосудов, билобэктомия; сегментэктомия в онкологии.
28. Хирургическое лечение доброкачественных опухолей легкого: трансторакальные и эндобронхоскопические операции.
29. Пневмонэктомия при раке легкого (методика, показания). Комбинированные операции при опухолях легких, типы, особенности.
30. Медиастинальная лимфаденэктомия при раке легкого (стандартная, выборочная, расширенная, двухсторонняя).
31. Особенности хирургического лечения метастатических опухолей легких.
32. Термические повреждения дыхательных путей: определение, степени повреждения, клиника и диагностика, осложнения, принципы лечения.
33. Стеноз трахеи: определение понятия, первичный и вторичный стеноз. Частота стеноза трахеи. Этиопатогенез первичного и вторичного стенозов трахеи. Классификация стеноза трахеи.
34. Стеноз трахеи: клиника и диагностика. Особенности клиники посттрахеостомических, посттравматических и других стенозов. Трахеомалация после лучевой терапии и операций на щитовидной железе.
35. Эндоскопические методы лечения стеноза трахеи, реканализация трахеи: лазерная и коагуляционная, бужирование трахеи, особенности тактики при трахеомалации.
36. Стеноз трахеи: показания и противопоказания к хирургическому лечению, методика и техника этапных реконструктивно-пластических операций на шейном отделе трахеи при первичном стенозе. Выбор операции при наличии стеноза и трахеомалации, общие понятия о пластике шейного отдела по Грилло.
37. Циркулярная резекция трахеи: виды анастомозов: ларинго-трахеальный, трахео-трахеальный, трахео-бифуркационный и трахео-бронхиальный.
38. Опухоли трахеи: определение понятия, частота, классификация, клиника и диагностика.

39. Опухоли трахеи: особенности клиники доброкачественных и злокачественных опухолей, роль и значение компьютерной томографии и МРТ в диагностике опухолей трахеи. Эндоскопические методы диагностики.
40. Опухоли трахеи: реканализация и стентирование; паллиативные и радикальные операции. Профилактика и лечение осложнений эндоскопических манипуляций и операций.
41. Механические повреждения бронхов: клиника и диагностика, объем экстренной помощи в остром периоде травмы.
42. Механические повреждения бронхов: показания к торакотомии и пластике бронха, первичные и отсроченные операции. Показания к резекции легкого и пневмонэктомии.
43. Хирургическое лечение эхинококка легкого. Одна и двухэтапная эхинококкэктомия. Закрытая и открытая эхинококкэктомия, операция марсупиализации. Резекция легкого и пневмонэктомия. Одномоментные и последовательные двусторонние эхинококкэктомии.
44. Хирургическое лечение эхинококкоза легкого. Хирургическая тактика при сочетанном поражении легких, печени и других органов.
45. Гангрена легкого: определение понятия, частота встречаемости, этиология и патогенез, клиника и диагностика, фазы течения, типичные осложнения.
46. Гангрена легкого: принципы консервативного и хирургического лечения. Трансстернальная окклюзия легочной артерии и главного бронха как первый этап хирургического лечения гангрены легкого.
47. Первичный туберкулез органов дыхания, клинические формы. Первичный туберкулезный комплекс. Клиника и диагностика первичного туберкулеза, хирургическое лечение.
48. Вторичный туберкулез: клинико-рентгенологические варианты и осложнения, клиника и диагностика, дифференциальная диагностика.
49. Очаговый туберкулез легких: определение, клинико-рентгенологические варианты, дифференциальная диагностика, показания к хирургическому лечению.
50. Инородные тела глотки и пищевода: частота встречаемости. Особенности повреждения пищевода инородными телами. Тактика ведения при инородных телах пищевода в зависимости от характера и сроков нахождения инородного тела.
51. Осложнения, связанные с инородными телами пищевода. Принципы профилактики повреждений пищевода при эндоскопическом удалении инородных тел.

Тестовые задания

1. Какой из перечисленных методов обладает наибольшими возможностями для диагностики рака легкого

- а) бронхоскопия
- б) анализ мокроты
- в) трансторакальная игловая биопсия
- г) трансбронхиальная и транстрахеальная игловая биопсия
- д) сочетание перечисленных методов

2. Наиболее характерным признаком легочного кровотечения является

- а) выделение крови изо рта
- б) кашель с выделением алой пенистой крови
- в) наличие затемнения в легком
- г) наличие экссудата в плевральной полости
- д) наличие крови в бронхах при бронхоскопии

3. К бронхоскопии целесообразно прибегнуть для

- а) диагностики и верификации рака легкого
- б) улучшения дренажной функции бронхов
- в) изучения состояния внутренней поверхности бронхов
- г) диагностики бронхов
- д) диагностики абсцесса легкого

4. Для реторакотомии показаниями являются

- а) коллапс легкого вследствие множественных легочных свищей
- б) первичная несостоятельность культи бронха
- в) внутриплевральное кровотечение
- г) ателектаз легкого
- д) напряженный пневмоторакс

5. Диагноз "Бронхоэктатическая болезнь" может быть поставлен на основании

- а) рентгенографии легких в двух проекциях
- б) фибробронхоскопического обследования
- в) исследования функции внешнего дыхания
- г) бронхографии
- д) компьютерной томографии

6. Последствием каких заболеваний может быть реактивный экссудативный плеврит ?

- а) бронхоэктатической болезни
- б) абсцесса легкого
- в) туберкулеза
- г) острой пневмонии
- д) эхинококкоза легкого

7. Для эвакуации экссудата из плевральной полости какие способы являются наиболее простыми?

- а) дренирование плевральной полости
- б) плевральная пункция
- в) широкая торакотомия
- г) введение дренажа по Сельдингеру
- д) торакостомия

8. Назовите два ведущих фактора риска рака молочной железы

- а) нарушения в репродуктивной системе организма
- б) эндокринно-метаболические нарушения
- в) курение
- г) злоупотребление алкоголем
- д) стрессы

9. Для какого доброкачественного заболевания является характерным выделение крови из соска ?

- а) внутрипротоковая папиллома
- б) болезнь Педжета
- в) узловатая мастопатия
- г) киста
- д) фиброаденома

10. Наиболее частыми причинами развития эмпиемы плевры являются

- а) пиопневмоторакс
- б) пневмонэктомия

- в) нагноение послеоперационной раны
- г) гемоторакс
- д) остеомиелит ребер и хондрит

11. Какие три метода показаны при комплексной диагностике рака молочной железы?

- а) дуктография (галактография)
- б) клинический
- в) чрезгрудная флебография
- г) маммографический (или ультразвуковой)
- д) пневмоцистография
- е) цитологический
- ж) компьютерная томография
- з) диафаноскопия

12. Активный дренаж плевральной полости показан

- а) после каждой торакотомии
- б) при гемотораксе вследствие перелома ребер
- в) при рецидивирующем гемотораксе
- г) при эмпиеме плевры
- д) при междолевой пневмонии

13. При рентгенологическом исследовании обнаружен коллапс легкого справа на половину объема. С какого лечебно-диагностического мероприятия необходимо начинать ?

- а) с плевральной пункции с аспирацией воздуха
- б) с дренирования плевральной полости
- в) с торакоскопии
- г) с немедленной торакотомии
- д) с симптоматического лечения

14. Для гангрены легкого характерно

- а) развитие заболевания на фоне иммунной ареактивности организма
- б) отсутствие грануляционного вала на границе поражения
- в) прогрессирующий некроз легочной ткани
- г) гнилостная инфекция
- д) выраженная интоксикация

15. По причинам возникновения острые абсцессы легких можно разделить на

- а) постпневмонические
- б) травматические
- в) аспирационно-окклюзионные
- г) гематогенно-эмболические
- д) лимфогенные

16. Современный скрининг включает

- а) дуктографию
- б) маммографию
- в) квалифицированное ежегодное физикальное обследование молочных желез в смотровых кабинетах
- г) ежемесячное самообследование
- д) компьютерную томографию
- е) дуктографию, маммографию
- ж) маммографию, квалифицированное ежегодное физикальное обследование молочных желез в смотровых кабинетах, ежемесячное самообследование

17. Наиболее частыми осложнениями острого абсцесса легкого являются
- а) пиопневмоторакс
 - б) кровотечение
 - в) аспирация гноя в здоровое легкое
 - г) сепсис с образованием гнойников в других органах
 - д) амилоидоз почек

18. Какой из перечисленных методов обладает наибольшими возможностями для диагностики рака легкого
- а) бронхоскопия
 - б) анализ мокроты
 - в) трансторакальная игловая биопсия
 - г) трансбронхиальная и транстрахеальная игловая биопсия
 - д) сочетание перечисленных методов

19. Наиболее характерным признаком легочного кровотечения является
- а) выделение крови изо рта
 - б) кашель с выделением алой пенистой крови
 - в) наличие затемнения в легком
 - г) наличие экссудата в плевральной полости
 - д) наличие крови в бронхах при бронхоскопии

20. К бронхоскопии целесообразно прибегнуть для
- а) диагностики и верификации рака легкого
 - б) улучшения дренажной функции бронхов
 - в) изучения состояния внутренней поверхности бронхов
 - г) диагностики бронхов
 - д) диагностики абсцесса легкого

Ситуационные задачи

1. У больного, перенесшего операцию по поводу рака желудка, на обзорных рентгенограммах легких в двух проекциях обнаружены с обеих сторон однотипные мелкие очаги (3-4 мм). Линейная томография: Расширение прикорневых легочных сосудов, увеличение корневых лимфатических узлов, проходимость бронхов не нарушена. ФБС: Прходимость бронхов сохранена, косвенные признаки увеличения лимфатических узлов. Биопсия: Хронический бронхит. Ваш диагноз ?

2. У больной 38 лет на обзорных рентгенограммах легких в двух проекциях обнаружен ателектаз второго сегмента верхней доли правого легкого. Линейная томография: "Ампутация" второго сегментарного бронха. ФБС: Гладкое округлое патологическое образование багрово-красного цвета, занимающее весь просвет второго сегментарного бронха. Биопсия не произведена из-за повышенной кровоточивости образования. Ваш диагноз ?

3. У больного 45 лет на обзорных рентгенограммах легких в двух проекциях обнаружено тотальное затемнение легочного поля справа со смещением средостения в противоположную сторону. Какие методы исследования больному рекомендовать ?

4. У больного 50 лет на обзорных рентгенограммах легких в двух проекциях обнаружена массивная инфильтрация верхней доли правого легкого с ее объемным уменьшением (гиповентиляция), множественные участки абсцедирования. Томография:

Корень правого легкого инфильтрирован, структура неразличима, проходимость бронхов сохранена. ФБС: Явления гнойного эндобронхита. Биопсия: Гнойный эндобронхит. Ваш диагноз ?

5. Больной 52 лет обратился в поликлинику с жалобами на боли в груди, надсадный сухой кашель, одышку. Мокрота отделяется с трудом, скудная, иногда с примесью прожилок крови. Болен 2 месяца. За это время нарастает упадок сил, слабость, температура тела была повышенной только в первую неделю заболевания, сейчас нормальная. При объективном исследовании в легких дыхание везикулярное, несколько жестче справа. При рентгенологическом исследовании определяется интенсивное затемнение треугольной форма, соответствующее проекции нижней доли правого легкого. Какие методы исследования больному рекомендовать?

6. Больной 15 лет поступил с жалобами на кашель с небольшим количеством мокроты. Два месяца назад ел грецкие орехи и во время смеха подавился приступом надсадного кашля. Через несколько дней повысилась температура до 38°C. При рентгеноскопии грудной клетки изменения не были обнаружены. В последующем стал беспокоить кашель со скудной мокротой неприятным запахом, а при рентгенографии грудной клетки выявилась правосторонняя нижнедолевая пневмония. При перкуссии укорочение перкуторного звука и ослабленное дыхание. На рентгенограммах уменьшение в объеме сегментов нижней доли правого легкого. Какой диагноз ?

7. Больной 45 лет поступил с жалобами на боли в правой половине грудной клетки, одышку. Во время подъема тяжести сразу появились сильные боли в правой половине грудной клетки с иррадиацией в надплечье, одышка. Состояние при поступлении удовлетворительное: пульс 90 ударов в минуту, ритмичный. Над правым легким дыхание резко ослаблено, хрипов нет. Какое заболевание наиболее вероятно ?

8. Больного в течение 15 дней беспокоят боли в грудной клетке, повышение температуры, общая слабость. Диагностирована нижнедолевая пневмония справа, проводилась антибактериальная терапия. Семь дней тому назад начал откашливать гнойную мокроту. Внезапно сильные боли в грудной клетке, холодный пот, одышка. Над правым легким дыхание резко ослаблено, а в нижних отделах правого легкого укорочение перкуторного звука. Наиболее вероятным осложнением пневмонии является

9. Больной 40 лет обратился в поликлинику с жалобами на боли и затрудненное прохождение пищи в течение 3 месяцев. Из анамнеза: известно, что 2 года тому назад случайно выпил глоток уксусной кислоты. Клиническая картина может быть обусловлена

10. Больной 36 лет доставлен в приемный покой клиники с жалобами на боли в грудной клетке, одышку, высокую температуру до 39°C, озноб. Из анамнеза: 10 дней назад в состоянии алкогольного опьянения упал с лестницы. К врачу не обращался. При поступлении состояние средней тяжести, эритроциты - $3,0 \cdot 10^{12}/л$, Нв - 86, Нт - 37, лейкоциты $12 \cdot 10^9/л$, СОЭ - 30 мм, пульс - 100 ударов в минуту, АД - 90/60 мм рт. ст. На рентгенограмме имеется затемнение в нижней доле правого легкого. Ваш диагноз ?

11. Больной 35 лет легочные заболевания отрицает. Час назад во время тренировки в спортзале появились резкие боли в левой половине грудной клетки, одышка, нехватка воздуха. Дыхание над левым легким не выслушивается, при перкуссии тимпанит. Средостение смещено влево. Какое заболевание у больного необходимо заподозрить ?

12. Больной 30 лет получил ножевое ранение левой половины грудной клетки 3 часа назад. Доставлен в тяжелом состоянии. Сознание спутанное, кожные покровы бледные,

покрыты холодным потом, тоны сердца глухие, тахикардия, АД - 80/20 мм рт. ст. Пульс на лучевых артериях нитевидный. Рана грудной клетки 2 см, располагается слева по парастеральной линии на уровне 3-го межреберья. Дыхание над левым легким резко ослаблено, в задне-нижних отделах имеет место укорочение перкуторного звука. Необходимо предположить

13. Больной 45 лет поступил в клинику с жалобами на общую слабость, потливость, кожный зуд, плохой аппетит, высокую температуру до 39°C. Болен около 4 месяцев. При обследовании состояние средней тяжести, увеличение периферических лимфоузлов больше в правой надключичной области до 1,5 x 2,0 см, подвижные, несвязанные с кожей. При рентгенологическом исследовании расширение тени верхнего средостения. Какое наиболее вероятное заболевание у больного имеет место ?

14. Больной 16 лет поступил с жалобами на боли в левой половине грудной клетки, общую слабость. Во время занятий по физкультуре почувствовал резкую боль в грудной клетке слева, затрудненность дыхания. При поступлении больному произведена обзорная рентгенография грудной клетки, где определяется коллапс левого легкого. Какой диагноз нужно поставить больному ?

15. Больной 57 лет поступил с жалобами на боли в грудной клетке, кашель с гнойной мокротой, общую слабость, повышение температуры до 38°C. При рентгенологическом исследовании полость в нижней доле левого легкого. Какой метод исследования для уточнения диагноза больному рекомендовать?

16. У больного, перенесшего операцию по поводу рака желудка, на обзорных рентгенограммах легких в двух проекциях обнаружены с обеих сторон однотипные мелкие очаги (3-4 мм). Линейная томография: Расширение прикорневых легочных сосудов, увеличение корневых лимфатических узлов, проходимость бронхов не нарушена. ФБС: Прходимость бронхов сохранена, косвенные признаки увеличения лимфатических узлов. Биопсия: Хронический бронхит. Ваш диагноз ?

17. У больной 38 лет на обзорных рентгенограммах легких в двух проекциях обнаружен ателектаз второго сегмента верхней доли правого легкого. Линейная томография: "Ампутация" второго сегментарного бронха. ФБС: Гладкое округлое патологическое образование багрово-красного цвета, занимающее весь просвет второго сегментарного бронха. Биопсия не произведена из-за повышенной кровоточивости образования. Ваш диагноз ?

18. У больного 45 лет на обзорных рентгенограммах легких в двух проекциях обнаружено тотальное затемнение легочного поля справа со смещением средостения в противоположную сторону. Какие методы исследования больному рекомендовать ?

19. У больного 50 лет на обзорных рентгенограммах легких в двух проекциях обнаружена массивная инфильтрация верхней доли правого легкого с ее объемным уменьшением (гиповентиляция), множественные участки абсцедированы. Томография: Корень правого легкого инфильтрирован, структура неразличима, проходимость бронхов сохранена. ФБС: Явления гнойного эндобронхита. Биопсия: Гнойный эндобронхит. Ваш диагноз ?

20. Больной 52 лет обратился в поликлинику с жалобами на боли в груди, надсадный сухой кашель, одышку. Мокрота отделяется с трудом, скудная, иногда с примесью прожилок крови. Болен 2 месяца. За это время нарастает упадок сил, слабость, температура тела была повышенной только в первую неделю заболевания, сейчас нормальная. При объективном

исследовании в легких дыхание везикулярное, несколько жестче справа. При рентгенологическом исследовании определяется интенсивное затемнение треугольной форма, соответствующее проекции нижней доли правого легкого. Какие методы исследования больному рекомендовать?

ПК-6. Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи

Тестовые задания

1. Для реторакотомии показаниями являются
 - а) коллапс легкого вследствие множественных легочных свищей
 - б) первичная несостоятельность культи бронха
 - в) внутриплевральное кровоотечение
 - г) ателектаз легкого
 - д) напряженный пневмоторакс
2. Диагноз "Бронхоэктатическая болезнь" может быть поставлен на основании
 - а) рентгенографии легких в двух проекциях
 - б) фибробронхоскопического обследования
 - в) исследования функции внешнего дыхания
 - г) бронхографии
 - д) компьютерной томографии
3. Последствием каких заболеваний может быть реактивный экссудативный плеврит ?
 - а) бронхоэктатической болезни
 - б) абсцесса легкого
 - в) туберкулеза
 - г) острой пневмонии
 - д) эхинококкоза легкого
4. Для эвакуации экссудата из плевральной полости какие способы являются наиболее простыми?
 - а) дренирование плевральной полости
 - б) плевральная пункция
 - в) широкая торакотомия
 - г) введение дренажа по Сельдингеру
 - д) торакостомия
5. Назовите два ведущих фактора риска рака молочной железы
 - а) нарушения в репродуктивной системе организма
 - б) эндокринно-метаболические нарушения
 - в) курение
 - г) злоупотребление алкоголем
 - д) стрессы
6. Для какого доброкачественного заболевания является характерным выделение крови из соска ?
 - а) внутрипротоковая папиллома
 - б) болезнь Педжета
 - в) узловатая мастопатия
 - г) киста
 - д) фиброаденома

7. Какие три метода показаны при комплексной диагностике рака молочной железы?

- а) дуктография (галактография)
- б) клинический
- в) чрезгрудная флебография
- г) маммографический (или ультразвуковой)
- д) пневмоцистография
- е) цитологический
- ж) компьютерная томография
- з) диафаноскопия

8. При рентгенологическом исследовании обнаружен коллапс легкого справа на половину объема. С какого лечебно-диагностического мероприятия необходимо начинать ?

- а) с плевральной пункции с аспирацией воздуха
- б) с дренирования плевральной полости
- в) с торакоскопии
- г) с немедленной торакотомии
- д) с симптоматического лечения

9. Для гангрены легкого характерно

- а) развитие заболевания на фоне иммунной ареактивности организма
- б) отсутствие грануляционного вала на границе поражения
- в) прогрессирующий некроз легочной ткани
- г) гнилостная инфекция
- д) выраженная интоксикация

10. Современный скрининг включает

- а) дуктографию
- б) маммографию
- в) квалифицированное ежегодное физикальное обследование молочных желез в смотровых кабинетах
- г) ежемесячное самообследование
- д) компьютерную томографию
- е) дуктографию, маммографию
- ж) маммографию, квалифицированное ежегодное физикальное обследование молочных желез в смотровых кабинетах, ежемесячное самообследование

11. Наиболее частыми осложнениями острого абсцесса легкого являются

- а) пиопневмоторакс
- б) кровотечение
- в) аспирация гноя в здоровое легкое
- г) сепсис с образованием гнойников в других органах
- д) амилоидоз почек

12. Клиника острого пиопневмоторакса характеризуется

- а) выраженным болевым синдромом с шокоподобными признаками
- б) отсутствием болевого синдрома
- в) одышкой в покое
- г) наличием горизонтального уровня жидкости в плевральной полости
- д) отсутствием горизонтального уровня жидкости в плевральной полости

13. Ранними проявлениями рака легкого, требующими обязательного обследования больного, могут быть

- а) кашель, резистентность к терапии

- б) стабильность рентгенологической картины при лечении пневмонии
- в) повышение чувствительности при постукивании груди и позвоночника
- г) повышение температуры до субфебрильных цифр
- д) кровохарканье

14. Наиболее частыми причинами развития эмпиемы плевры являются

- а) пиопневмоторакс
- б) пневмонэктомия
- в) нагноение послеоперационной раны
- г) гемоторакс
- д) остеомиелит ребер и хондрит

15. Активный дренаж плевральной полости показан

- а) после каждой торакотомии
- б) при гемотораксе вследствие перелома ребер
- в) при рецидивирующем гемотораксе
- г) при эмпиеме плевры
- д) при междолевой пневмонии

16. По причинам возникновения острые абсцессы легких можно разделить на

- а) постпневмонические
- б) травматические
- в) аспирационно-окклюзионные
- г) гематогенно-эмболические
- д) лимфогенные

17. Клиника острого пиопневмоторакса характеризуется

- а) выраженным болевым синдромом с шокоподобными признаками
- б) отсутствием болевого синдрома
- в) одышкой в покое
- г) наличием горизонтального уровня жидкости в плевральной полости
- д) отсутствием горизонтального уровня жидкости в плевральной полости

18. Ранними проявлениями рака легкого, требующими обязательного обследования больного, могут быть

- а) кашель, резистентность к терапии
- б) стабильность рентгенологической картины при лечении пневмонии
- в) повышение чувствительности при постукивании груди и позвоночника
- г) повышение температуры до субфебрильных цифр
- д) кровохарканье

Ситуационные задачи

1. Больной 65 лет поступил с жалобами на боли с правой половине грудной клетки, кашель с выделением гнойной мокроты с запахом около 750 мл в сутки, высокую температуру, общую слабость, озноб, выраженную интоксикацию. При рентгенологическом исследовании тотальное затемнение правого легкого. Поставлен диагноз: Гангрена правого легкого. Какой объем оперативного вмешательства нужно больному рекомендовать ?

2. Больной 50 лет поступил с жалобами на кашель с гнойной мокротой до 350 мл, кровохарканье, повышение температуры, общую слабость. Болеет один месяц. На обзорной рентгенографии грудной клетки в верхней доле левого легкого определяется полость 8,0 x 6,0 см. Какой метод лечения больному нужно рекомендовать ?

3. Больной 29 лет поступил с жалобами на боли в правой половине грудной клетки, одышку, кашель с гнойной мокротой, общую слабость. На обзорной рентгенограмме грудной клетки справа определяется тотальное коллабирование легкого с наличием жидкости над синусом. Поставлен диагноз: Правосторонняя эмпиема плевры с тотальным коллабированием легкого. Какие методы лечения больному нужно рекомендовать ?

4. Больной 67 лет поступил с жалобами на боли в правой половине грудной клетки, кашель с выделением гнойной мокроты до 150 мл, одышку, повышение температуры, кровохарканье. Из анамнеза установлено, что больной перенес острый абсцесс верхней доли правого легкого. Выписан в удовлетворительном состоянии с остаточной полостью. При обзорной рентгенографии в верхней доле правого легкого полость размерами 4,0 x 5,0 см. Какой метод лечения нужно больному рекомендовать ?

5. Больной 57 лет поступил с жалобами на кашель со слизисто-гнойной мокротой, одышку, общую слабость, повышение температуры, кровохарканье. Из анамнеза: 10 лет болен инфекционно-аллергической формой бронхиальной астмы, гормонозависимый, принимает гормоны по схеме. При рентгенологическом исследовании: патологических изменений в обоих легких не выявлено. При бронхоскопии: двусторонний эндобронхит 1У степени. Какой метод лечения больному рекомендовать ?

- а) интенсивную консервативную терапию
- б) гемостатическую терапию
- в) лечебную бронхоскопию
- г) эмболизацию бронхиальных артерий
- д) хирургическое лечение

6. Больной 55 лет поступил в тяжелом состоянии с жалобами на боли в грудной клетке слева, одышку, общую слабость, кашель со слизистой мокротой с прожилками крови. При опросе больного выделено, что получил закрытую травму грудной клетки, к врачу не обращался. При обзорной рентгенографии грудной клетки слева имеется перелом 1У и У ребер и свернувшийся гемоторакс. Какие лечебные мероприятия нужно больному рекомендовать ?

7. Больная 20 лет оперирована по поводу гангренозно-перфоративного аппендицита, диффузного гнойного перитонита. В послеоперационном периоде у больной появились боли в правой половине грудной клетки, общая слабость, одышка, высокая температура до 38?-39?С. При рентгенологическом исследовании установлено тотальное затемнение правого легкого. При перкуссии - притупление перкуторного звука, аускультативно - резкое ослабление дыхания справа. Поставлен диагноз: Тотальный экссудативный плеврит. Какие лечебные мероприятия больной нужно рекомендовать ?

8. Больной 37 лет поступил с жалобами на боли при глотании, чувство жжения, першения, сухость, кашель, ощущение инородного тела, нарушение глотания, неприятный запах изо рта, обильное слюноотделение. Выше указанные жалобы беспокоят в течение 7 лет, к врачу не обращался. Последнее время отмечает выраженность указанных симптомов, повышение температуры до 38?С. Доставлен в клинику с предварительным диагнозом: Инородное тело пищевода или рак пищевода. При рентгенологическом исследовании с контрастированием пищевода выявлено наличие дивертикула с нагноением. Какие лечебные мероприятия нужно больному рекомендовать ?

9. Больной 55 лет была произведена пневмонэктомия по поводу гангрены правого легкого. В послеоперационном периоде осложнения - наличие жидкости в плевральной полости, произведено удаление жидкости. В настоящее время имеется остаточная эмпиемная полость без бронхиального свища. Лечение больной плевральными пункциями,

промыванием плевральной полости и дренированием ее, эмпиему плевральной полости не ликвидировали. Общее состояние удовлетворительное, признаков амилоидоза нет. Какие лечебные мероприятия больной нужно рекомендовать?

10. Больной 42 лет была произведена пневмонэктомия по поводу множественных хронических абсцессов правого легкого. Операция осложнилась бронхиальным свищем и эмпиемой плевры. Лечение больной в течение года плевральными пункциями, промываниями плевральной полости и дренированием ее не ликвидировали эмпиему плевры с бронхиальным свищем. Общее состояние средней тяжести. Признаков амилоидоза нет. Какие лечебные мероприятия нужно больному рекомендовать ?

- а) дренирование плевральной полости
- б) торакоскопическая ультразвуковая санация с обработкой бронхиального свища
- в) окклюзия бронхообтуратором бронхиального свища
- г) трансперикардальная окклюзия главного бронха
- д) торакопластика по Линбергу

11. Больной 37 лет поступил с жалобами на боли в межлопаточном пространстве, дисфагию. Из анамнеза: случайно выпил аккумуляторную жидкость вместо минеральной воды. При рентгенологическом исследовании с контрастированием пищевода отмечается наличие стриктуры на протяжении верхней и средней трети пищевода. Какие лечебные мероприятия нужно рекомендовать больному ?

12. Больной получил дорожную травму, доставлен в тяжелом состоянии, картина травматического шока IУ ст. При рентгенологическом исследовании выявлен перелом костей таза. Обращают на себя внимание одышка и тахикардия. Аускультативно: резко ослаблено дыхание над левым легким, при перкуссии слева темпанит, над левой половиной грудной клетки выслушиваются перистальтические шумы. Заподозрен разрыв левого купола диафрагмы, что подтверждено рентгенологическим исследованием. Какие лечебные мероприятия нужно больному рекомендовать ?

- а) немедленную торакотомию
- б) лапароскопию
- в) выведение больного из шока
- г) применение различных видов новокаиновых блокад
- д) динамическое наблюдение и симптоматическое лечение

13. Больной 45 лет поступил в тяжелом состоянии с жалобами на боли в грудной клетке справа, наличие колото-резаной раны размером 1,0 x 1,0 см в правой половине грудной клетки по парастернальной линии во 2-м межреберье. Кожные покровы бледны, покрыты холодным потом. АД - 90/60 мм рт. ст., пульс - 112 ударов в минуту, слабого наполнения и напряжения, ритмичный. Дыхание справа резко ослаблено. При рентгенографии грудной клетки определяется широкий уровень жидкости, достигающий нижнего угла лопатки. При пункции получена кровь, которая свернулась в шприце. Какие лечебные мероприятия нужно больному рекомендовать ?

14. Больной 26 лет поступил с жалобами на боли в грудной клетке слева, наличие колото-резаной раны. Из анамнеза: ножевое ранение получил 3 часа тому назад. В грудной клетке слева на уровне 3-го межреберья по среднеключичной линии размером 1,5 x 2,0 см. Общее состояние удовлетворительное, АД - 110/70 мм рт. ст., пульс - 90 ударов в минуту. Аускультативно ослаблено дыхание в нижних отделах слева. При рентгенологическом исследовании пневмоторакса нет, но имеется жидкость в синусе. Эритроциты - $3,7 \cdot 10^{12}/л$, Нв - 130, Нт - 38. Какие лечебные мероприятия нужно больному рекомендовать ?

15. У больного 30 лет диагностирован гангренозный абсцесс верхней доли левого

легкого, осложненный профузным легочным кровотечением. Наиболее эффективным методом лечения для него является

16. Больной 45 лет попал в автомобильную аварию. Доставлен в тяжелом состоянии с жалобами на одышку, кровохарканье, парадоксальное дыхание правой половины грудной клетки, где при рентгенологическом исследовании выявлен оскольчатый перелом ребра справа по среднеключичной и средней подмышечной линии с отхождением отломков 1У ребра, которое сломано по 3-м линиям, гемоторакс. АД - 90/60 мм рт. ст. Пульс 115 ударов в минуту, слабого наполнения, напряженный. При плевральной пункции эвакуирована кровь, которая свертывается в шприце, в шприц свободно поступает воздух. Какие лечебные мероприятия нужно больному рекомендовать ?

17. У больного, поступившего в тяжелом состоянии, выявлен перелом 5 ребер слева, 4 - справа, выраженная подкожная эмфизема, двухсторонний пневмоторакс. Какие лечебные мероприятия нужно рекомендовать больному?

- а) двухсторонняя торакотомия
- б) наложение трахеостомии и искусственная вентиляция легких
- в) интубация и искусственная вентиляция легких
- г) введение игл в подкожную клетчатку
- д) дренирование обоих плевральных полостей

18. У больного, поступившего в тяжелом состоянии, с двусторонним переломом ребер по лопаточной и заднеаксилярной линии справа 4 ребра и слева 3 ребра, имеется выраженная подкожная эмфизема. По клиническим и рентгенологическим данным пневмоторакса и гемоторакса нет. Какие лечебные мероприятия больному нужно рекомендовать ?

- а) проведение новокаиновых блокад
- б) дренирование обеих плевральных полостей
- в) введение игл в подкожную клетчатку передней поверхности грудной клетки
- г) насечки на коже грудной клетки и шеи
- д) динамическое наблюдение

19. Больной 30 лет поступил с жалобами на боли в грудной клетке слева, одышку. Общее состояние удовлетворительное, пульс 90 ударов в минуту, АД - 11/70 мм рт. ст. При рентгенологическом исследовании выявлен коллапс легкого на половину объема. Какие лечебные мероприятия нужно больному рекомендовать ?

20. Больной 50 лет получил ножевое ранение левой половины грудной клетки, состояние крайне тяжелое, сознание спутанное, кожные покровы бледные, покрыты холодным потом, АД - 60/40 мм рт. ст., пульс периферических сосудов определяется. Рана грудной клетки слева располагается в 3-м межреберье 1,5 см длиной по парастернальной линии, тоны сердца глухие, дыхание слева резко ослаблено. Подозревается ранение сердца. Какой метод лечения нужно рекомендовать больному ?

- а) пункция плевральной полости
- б) комплекс реанимационных мероприятий
- в) пункция перикарда
- г) переливание крови
- д) немедленная торакотомия

21. Больной 70 лет поступил с жалобами на боли в грудной клетке справа, одышку, кашель со слизистой мокротой с прожилками крови, выраженной подкожной эмфиземой. При обзорной рентгенографии перелом III, IV, V ребер справа, пневмоторакс. Произведено дренирование правой плевральной полости во 2-м межреберье двумя дренажами. Однако подкожная эмфизема быстро нарастает, через дренаж непрерывно поступает воздух и кровь.

Какие лечебные мероприятия нужно больному рекомендовать ?

22. Больной 20 лет упал с 4 этажа и доставлен в тяжелом состоянии с явлениями травматического шока III-IV ст., выраженной дыхательной недостаточностью, нарастающей подкожной эмфиземой. При обзорном рентгенологическом исследовании диагностирован левосторонний напряженный пневмоторакс, эмфизема средостения. Срочное дренирование левой плевральной полости во 2-м межреберье, по дренажу в большом количестве поступает воздух, легкое не раскрывается. Введение второго дренажа и активная аспирация воздуха по обоим дренажам не эффективны, нарастает дыхательная недостаточность, прогрессирует эмфизема средостения и нарастает подкожная эмфизема. При бронхоскопии - надрыв левого главного бронха. Какие лечебные мероприятия нужно больному рекомендовать ?

- а) продолжать активную аспирацию по двум дренажам с увеличением вакуума
- б) произвести переднюю верхнюю медиастинотомию
- в) произвести обтурацию бронхоблокаторов
- г) сделать левостороннюю пневмонэктомию
- д) выполнить левостороннюю торакотомию, наложить первичный шов бронха

23. Больной 35 лет поступил с жалобами на боли в грудной клетке слева, общую слабость, наличие колото-резаной раны грудной клетки слева на 8 межреберье среднеподмышечной линии. Из анамнеза: 2 часа назад получил колото-резаную рану грудной клетки слева. Состояние средней тяжести, АД - 100/70 мм рт. ст., пульс - 100 ударов в минуту, эритроциты - $3,5 \cdot 10^{12}/л$, Нв - 90, Нт - 35. При рентгенологическом исследовании грудной клетки определяется малый гемоторакс. Язык суховат, живот болезненный в левом подреберье, напряжения в легких нет. У больного торако-абдоминальные ранения. Какой диагноз у больного? Какие лечебные мероприятия больному рекомендовать ?

