

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

ФАКУЛЬТЕТ ПОСЛЕВУЗОВСКОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Оценочные материалы

по дисциплине: **«Избранные вопросы хирургии»**

Специальность 31.08.65 Торакальная хирургия

2023 г.

1. Перечень компетенций, формируемых дисциплиной (полностью или частично):

профессиональных (ПК)

Код и наименование профессиональной компетенции	Индикатор(ы) достижения профессиональной компетенции
ПК-5, способен к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)	Способен к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ) в части торакальной хирургии
ПК-6, способность к ведению и лечению пациентов с патологией органов грудной полости, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи	Способность к ведению и лечению пациентов с патологией органов грудной полости, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи в части торакальной хирургии

2. Виды оценочных материалов в соответствии с формируемыми компетенциями

Наименование компетенции	Виды оценочных материалов	количество заданий на 1 компетенцию
ПК-5	Задания закрытого типа	25 с эталонами ответов
	Задания открытого типа: Ситуационные задачи Вопросы для собеседования	75 с эталонами ответов
ПК-6	Задания закрытого типа	25 с эталонами ответов
	Задания открытого типа: Ситуационные задачи Вопросы для собеседования	75 с эталонами ответов

ПК- 5:

Задания закрытого типа:

1 Для некоторых форм острой кишечной непроходимости характерен симптом Обуховской больницы, проявляемый

1)четко отграниченной растянутой кишечной петлей, определяемой при пальпации живота

2)"шумом плеска", определяемый на ограниченном участке или по всему животу

3)пустой баллонообразной ампулой прямой кишки, переднюю стенку которой выпячивают петли кишок в виде округлого эластического образования

4)шумом падающей капли

5)"пустой" илеоцекальной областью

Правильный ответ - 3

2. Консервативное лечение рефлекс-эзофагита при грыже пищеводного отверстия диафрагмы заключается в

1)приподнятом изголовье постели,

2)приеме антацидных препаратов,

3)похудании, при избыточном весб.

- 4)укреплении мышц брюшного пресса,
- 5)приеме церукала

Правильный ответ - 5

3. Где дренируют плевральную полость при пневмотораксе?

- 1. I межреберье,
- 2. II межреберье,
- 3. III межреберье
- 4. IV межреберье

Правильный ответ - 2

4. На рентгенограмме грудной клетки определяется уровень жидкости у угла лопатки. Величина гемоторакса по Куприянову

- 1)малая,
- 2)средняя
- 4)большая,
- 5)тотальная

Правильный ответ - 2

5. При проведении пробы Эфендиева у больного с наличием жидкости в плевральной полости установлено, что после центрифугирования плеврального содержимого количество жидкой части больше, чем осадка. О чем это говорит

- 1)продолжающееся кровотечение,
- 2)воспалительного процесса нет.
- 3)имеется воспаление,
- 4)жидкость не инфицирована

Правильный ответ - 1

6. Какой признак характерен для грыжи пищеводного отверстия диафрагмы?

- 1)боль в эпигастрии, отдающая в спину и надплечья.
- 2)усиление боли лежа,
- 3)веретенообразное сужение пищевода при рентгенографии,
- 4)неустойчивый или жидкий стул

Правильный ответ - 2

7. Основной причиной рефлюкс-эзофагита является

- 1)недостаточность кардиального сфинктера
- 2)алкоголизм
- 3)грыжа пищеводного отверстия диафрагмы
- 4)язвенная болезнь желудка и 12-ти перстной кишки
- 5)употребление горячей пищи

Правильный ответ - 1

8. Наиболее выраженные изменения в пищеводе при его химической травме имеют место

- 1)на всем протяжении пищевода
- 2)в области глотки
- 3)в области кардии
- 4)в местах физиологических сужений
- 5)в абдоминальном отрезке пищевода

Правильный ответ - 4

9. Больной 3 часа назад получил ножевое ранение левой половины грудной клетки. Доставлен в тяжелом состоянии: эйфория, кожные покровы бледные. Тоны сердца глухие, тахикардия, АД - 80/20 мм рт. ст. Пульс на лучевых артериях нитевидный. Рана грудной стенки 2 см, располагается слева по парастернальной линии на уровне III-го межреберья. Дыхание над левым легким резко ослаблено, в задне-нижних отделах имеет место укорочение перкуторного звука. Необходимо предположить

- 1) ранение легкого
- 2) торако-абдоминальное ранение
- 3) ранение сердца
- 4) ранение крупных сосудов средостения
- 5) имеет место плевро-пульмональный шок

Правильный ответ - 3

10. Ожоговый шок (у лиц средней возрастной группы) развивается при глубоких ожогах площадью

- 1) 5% поверхности тела
- 2) 10% поверхности тела
- 3) 15% поверхности тела
- 4) более 20% поверхности тела
- 5) более 30% поверхности тела

Правильный ответ - 3

12. Наиболее опасными осложнениями глубокой флегмоны шеи являются все перечисленные, кроме

- 1) гнойного медиастенита
- 2) гнойного менингита
- 3) сдавления дыхательных путей
- 4) прорыва гноя в пищевод
- 5) сепсиса

Правильный ответ - 3

13. Для карбункула верхней губы характерным осложнением является

- 1) сепсис
- 2) некроз кожи
- 3) тромбоз мозговых синусов
- 4) остеомиелит верхней челюсти
- 5) тромбоз сонной артерии

Правильный ответ - 3

14. Ранней хирургической обработкой раны называется обработка

- 1) в первые 6 часов после травмы
- 2) спустя 12 часов после травмы
- 3) до 18 часов после травмы
- 4) через 24-36 часов после травмы

Правильный ответ - 1

15. Чаще всего гематогенный остеомиелит локализуется

- 1) в плечевой кости
- 2) в костях предплечья
- 3) в бедренной и большеберцовой кости
- 4) в костях черепа
- 5) в груди

Правильный ответ - 3

16. Основным отличием эризипелоида от панариция является

- 1) отсутствие гипертермии
- 2) наличие гиперемии кожи и отека пальца
- 3) отсутствие локальной болезненности
- 4) выраженный зуд в области припухлости
- 5) правильно в) и г)

Правильный ответ - 5

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

- 1)инсулемы поджелудочной железы
- 2)синдрома приводящей петли
- 3)пептической язвы анастомоза
- 4)демпинг-синдрома
- 5)синдрома малого желудка

Правильный ответ - 4

18. Для хронической язвы двенадцатиперстной кишки не является характерным осложнением

- 1)кровотечение
- 2)малигнизация
- 3)перфорация
- 4)пенетрация в поджелудочную железу
- 5)стенозирование выходного отдела желудка

Правильный ответ - 2

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

- 1)вначале рассечь ущемляющее кольцо
- 2)вначале рассечь грыжевой мешок
- 3)можно делать то и другое с последующей пластикой грыжевых ворот
- 4)выполнить резекцию ущемленных образований (кишки, сальник)
- 5)сделать лапаротомию

Правильный ответ - 2

20. При ущемлении грыжи у пожилого больного,недавно перенесшего инфаркт миокарда, тактика предусматривает

- 1)вправление грыжи
- 2)назначение анальгетиков и спазмолитиков
- 3)назначение наркотиков
- 4)немедленную операцию с одновременной кардиальной терапией
- 5)проведение кардиальной терапии, не обращая внимания на ущемление грыжи

Правильный ответ - 4

21. Распознаванию причины механической желтухи более всего способствует

- 1)пероральная холецистография
- 2)внутривенная холецистохолангиография
- 3)ретроградная (восходящая) холангиография
- 4)сцинтиграфия печени
- 5)прямая спленопортография

Правильный ответ - 3

22. Одним из ранних диагностических симптомов острой кишечной недостаточности является симптом Валя, для которого характерны

- 1) "шум плеска", определяемый на ограниченном участке или по всему животу
- 2) дыхательные шумы и сердечные тоны, выслушиваемые через переднюю брюшную стенку
- 3) наличие раздутых кишечных петель, определяемых при бимануальном, ректальном и вагинальном исследовании
- 4) "пустая" илеоцекальная область
- 5) четко отграниченная растянутая кишечная петля, определяемая при пальпации живота

Правильный ответ - 5

23. Какой из перечисленных отделов кишечника чаще всего поражается карциномой?

- 1) червеобразный отросток
- 2) тонкая кишка
- 3) желудок
- 4) толстая кишка
- 5) поджелудочная железа

Правильный ответ - 1

24. Основной причиной возникновения острого воспаления и некробиотических процессов в стенке желчного пузыря является:

- а) Повышение внутрипузырного давления
- б) Проникновение микроорганизмов в стенку через желчь
- в) Проникновение микроорганизмов в стенку через кровь
- г) Тромбоз кровоснабжающих сосудов

Правильный ответ - 1

25. Спонтанный пневмоторакс чаще всего возникает

- 1) при абсцессе легкого
- 2) при эхинококке легкого
- 3) при центральном раке легкого с ателектазом и распадом в зоне ателектаза
- 4) при кавернозном туберкулезе легких
- 5) при буллезной болезни легких

Правильный ответ - 5

Задания открытого типа:

Задание 1

Шок, определение:

Эталон ответа: критическое состояние, которое характеризуется резким снижением перфузии органов, гипоксией и нарушением метаболизма

Задание 2

Иммунодефицитные состояния, виды

Эталон ответа: Состояние, при котором иммунная система в силу разных причин дает сбой, и эти нарушения иммунной защиты имеют долгосрочный патологический характер. Иммунодефициты подразделяют на: первичные (наследственные, на генетическом уровне); вторичные (приобретенные в течение жизни).

Задание 3

Основные возбудители хирургических инфекций;

Эталон ответа: анаэробная (например, клостридии);

аэробная (стафилококки, стрептококки)

гнилостная (протей, кишечная палочка)

специфическая (столбняк, ботулизм, бруцеллез, актиномикоз)

Задание 4

Патогенез хирургических инфекций

Эталон ответа: Нарушение целостности тканей; проникновение возбудителя в ткани; экссудативная фаза; инфильтративная фаза; иммунологическая фаза; пролиферативной (репаративной) фаза

Задание 5

Методы диагностики опухолей толстой кишки

Эталон ответа: Колоноскопия с биопсией; Ирригоскопия (введение контрастного вещества с помощью клизмы и рентгеновский снимок живота с контрастированным кишечником); Компьютерная томография, магнитно-резонансная томография брюшной полости; УЗИ органов брюшной полости, малого таза; Анализ крови на онкомаркеры; Диагностическая лапароскопия/лапаротомия (операции, позволяющие увидеть нюансы онкопроцесса, недоступные для других диагностических методик)

Задание 6

Язвенная болезнь желудка и ДПК. Показания к хирургическому лечению

Эталон ответа: осложненная язва (кровотечение и сужение привратника); образование сквозного отверстия в стенке желудка, попадание его содержимого в брюшную полость; подозрение на злокачественный характер язвы; изъязвления более 3 см в диаметре, не поддающиеся консервативной терапии; рецидивы после ушивания прободной язвы.

Задание 7

Осложнения, связанные с инородными телами пищевода.

Эталон ответа: Основными осложнениями застревания инородного тела в пищеводе являются: Непроходимость; Перфорация

Задание 8

Острый аппендицит: классификация

Эталон ответа: Неосложненные формы: Катаральный аппендицит; Флегмонозный аппендицит; Гангренозный аппендицит; Перфоративный аппендицит; Эмпиема червеобразного отростка. Осложненные формы: Аппендикулярный инфильтрат;

Разлитой перитонит; Абсцессы брюшной полости: тазовый, поддиафрагмальный, межкишечный, правой подвздошной ямки; Забрюшинная флегмона; Пилефлебит (септический тромбофлебит брыжеечных вен)

Задание 9

Классификация неопухолевой острой кишечной непроходимости

Эталон ответа: А. По морфофункциональной природе:

1. Динамическая непроходимость: а) спастическая; б) паралитическая.

2. Механическая непроходимость: а) странгуляционная (заворот, узлообразование, ущемление; б) обтурационная (интраинтестинальная форма, экстраинтестинальная форма); в) смешанная (инвагинация, спаечная непроходимость).

В. По уровню препятствия:

1. Тонкокишечная непроходимость: а) Высокая. б) Низкая.
2. Толстокишечная непроходимость.

Задание 10

Общие принципы операций при ущемленных грыжах

Эталон ответа: устранение грыжевого выпячивания, ревизия содержимого грыжевого мешка с дальнейшим решением об окончательном объеме оперативного вмешательства.

Задание 11

Открытая травма живота методы хирургического лечения.

Эталон ответа: Оперативное лечение при повреждении паренхиматозных органов заключается в ушивании разрывов, резекции или полном удалении органа (спленэктомия). При повреждениях полых органов производят ушивание стенки или резекции части органа. Во всех случаях операции заканчивают тщательной санацией и дренированием брюшной полости.

Задание 12

Перитонит. Хирургическое лечение.

Эталон ответа: Основными этапами оперативного вмешательства являются: устранение источника перитонита; интраоперационная санация и рациональное дренирование брюшной полости; дренирование кишечника, который при распространенных формах перитонита находится в состоянии пареза, применение всех средств ликвидации синдрома динамической кишечной недостаточности; выбор варианта завершения первичной операции и определение дальнейшей тактики ведения больного.

Задание 13

Перитонит. Послеоперационное ведение больного. Прогноз.

Эталон ответа: Эффективное купирование боли. Послеоперационная боль – важнейший фактор, влияющий на длительность послеоперационного пребывания пациента в стационаре; ранняя пероральная гидратация: потребление более 300 мл жидкости после прекращения внутривенной инфузии. Ускоренная мобилизация – ранняя способность передвигаться. Постельный режим усугубляет потерю мышечной массы и слабость, ухудшает лёгочные функции, предрасполагает к венозному застою и тромбоэмболии, а также способствует послеоперационному образованию спаек

Задание 14

Желтухи: определения понятия.

Эталон ответа: желтушное окрашивание кожи и видимых слизистых оболочек, обусловленное повышенным содержанием билирубина в крови, тканях и моче.

Задание 15

Желтухи: Классификация.

Эталон ответа: Гемолитические (надпеченочные) желтухи: желтуха вследствие генетических заболеваний (наследственного микросфероцитоза, наследственного стоматоцитоза и др.); аутоиммунная (приобретенная) гемолитическая анемия.

2. Паренхиматозные (печеночные) желтухи: вызванные инфекционными заболеваниями (вирусными гепатитами А, В, С, D, E; герпетическим гепатитом, цитомегаловирусным гепатитом, желтой лихорадкой, инфекционным мононуклеозом, возвратным тифом, кишечным иерсиниозом, орнитозом, лептоспирозом, сальмонеллезом, псевдотуберкулезом и др.); вызванные неинфекционными заболеваниями (острым алкогольным гепатитом, лекарственным гепатитом, циррозом печени, отравлением

окислителями на основе азотной кислоты, гидразином и его производными, хлорэтаном, этиленгликолем).

3. Конституциональные желтухи (синдром Жильбера, синдром Криглера–Найяра, синдром Дабина–Джонсона, синдром Ротора).

4. Механические (подпеченочные) желтухи возникают на фоне желчнокаменной болезни, холангита, рубцовых стриктур внепеченочных желчных протоков, рака головки поджелудочной железы, большого сосочка двенадцатиперстной кишки, желчного пузыря.

Задание 16

Больная, 68 лет, поступила в хирургическое отделение в экстренном порядке спустя 2 суток от начала заболевания с жалобами: на острые постоянные боли во всех отделах живота, вздутие живота, задержку стула и неотхождение газов, многократную рвоту, на наличие выпячивания в правой паховой области остро болезненное, на подъем t тела до 38°C .

Заболевание началось с появления образования в правой паховой области после физической нагрузки сопровождающееся выраженной болезненностью. Со временем присоединился описанный симптомокомплекс, клиника заболевания прогрессировала.

Объективно состояние больной тяжелое. Кожный покров бледно-розовый. В легких везикулярное дыхание, ослабленное в нижних отделах. Хрипов нет. Пульс 100 в 1 минуту, ритмичный, слабого наполнения. АД -] 10/70. Тоны сердца приглушены. Язык сухой, обложен у корня коричневым налетом. Живот вздут, болезненный при пальпации во всех отделах. Симптомы раздражения брюшины слабopоложительные. Аускультативно выслушиваются единичные кишечные шумы с «металлическим» оттенком. Определяется симптом Валля.

Локально: В правой паховой области определяется плотное эластичное образование до 15см в диаметре. Кожа над ним гиперемирована, отечна. При пальпации образование резко болезненное, симптом кашлевого толчка отсутствует.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Эталон ответа: Ущемленная правосторонняя паховая грыжа, флегмона грыжевого мешка. ОКН?

Задание 17

Больной С, 45 лет, доставлен через двое суток от начала заболевания с жалобами на боли внизу живота, тошноту, рвоту. Состояние средней степени тяжести, в сознании, кожные покровы бледные, T 38,5, ЧДД 24, пульс 118 в минуту, АД 100/60 мм.рт.ст., язык сухой, живот равномерно вздут, напряжен и болезнен больше в нижних отделах, там же определяются слабopоложительные перитонеальные симптомы. Перистальтика вялая, перкуторно - притупление в боковых отделах живота. В анализе крови: Эр.-3,9 x 10⁹/л, гемоглобин - 120 г/л, лейкоциты - 15,5 x 10⁹/л, выражен сдвиг лейкоцитарной формулы влево,

Из анамнеза известно, что заболевание началось с возникновения болей в эпигастральной области с последующим их перемещением в течение нескольких часов в правую подвздошную область. Больной занимался самолечением, за медицинской помощью не обращался.

План лечения.

Эталон ответа: Больному показана экстренная операция; предоперационная подготовка не должна занимать много времени. Операция Лапароскопическая аппендэктомия, санация, дренирование брюшной полости.

Задание 18

Больной Ф., 34 лет поступил в хирургическое отделение через 12 часов после начала заболевания с жалобами на резкие боли в правом подреберье, однократную рвоту желчью. Рвота была 2 часа назад. Из анамнеза известно, что в течение года больного беспокоят

ноющие боли в правом подреберье, усиливающиеся после приема жирной пищи. Не обследовался, за медицинской помощью не обращался, лечился в домашних условиях.

Объективно: общее состояние тяжелое. Кожный покров и склеры слегка иктеричны. Пульс 102 в минуту, ритмичный. АД 100/60 мм.рт.ст. Одышка до 22-23 в минуту.

Язык влажный, обложен белым налетом. Живот не вздут, при пальпации напряжен и резко болезненный в правом подреберье и эпигастрии. Положительные симптомы Ортнера и Мерфи. Перистальтика выслушивается, но ослаблена. Перитонеальных симптомов нет. Желчный пузырь не пальпируется.

T тела 37,2, в крови лейкоцитоз (11,8 x 10⁹/л) с умеренным сдвигом лейкоцитарной формулы влево. **Предположите наиболее вероятный диагноз**

Эталон ответа: Острый обтурационный холецистит.

Задание 19

Пациент 53 лет поступил в хирургическое отделение в плановом порядке с жалобами на чувство тяжести в эпигастральной области, тошноту, отрыжку, рвоту пищей съеденной накануне. В анамнезе в течение 20 лет страдает язвенной болезнью ДПК, по поводу чего неоднократно лечился в условиях стационара. Четыре года назад перенес операцию (ушивание прободной язвы), после чего в течении последних 2 лет стали нарастать указанные жалобы. Похудел на 7 кг., аппетит хороший, но в последнее время принимать пищу боится из-за рвоты.

Объективно: состояние удовлетворительное. Пониженного питания. Кожный покров сухой, тургор снижен. Пульс 82 в минуту, ритмичный, АД 130/80 мм.рт.ст. В легких хрипов нет. Язык влажный. Живот не вздут, при пальпации мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии. Определяется «шум плеска», аускультативно увеличение желудка. Перистальтика отчетливая, склонность к запорам. **С какими патологическими состояниями требуется дифференциальная диагностика**

Эталон ответа: Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Стеноз привратника декомпенсированный. Рак головки поджелудочной железы. Стенозирующий рак желудка.

Задание 20

В приемное отделение хирургического стационара поступил больной 48 лет. Предъявляет жалобы на интенсивные боли в верхних отделах живота с иррадиацией в правое надплечье. Заболел внезапно 5 часов назад, когда появились резкие боли в эпигастрии (кинжальная боль), была однократная рвота. Боли распространились по правому латеральному каналу.

Из анамнеза установлено, что 10 лет назад оперирован по поводу деструктивного аппендицита. Дважды перенес пневмонию. Год назад стали беспокоить боли в эпигастрии, обращался к терапевту. При ФГДС была обнаружена язва тела желудка. После консервативного лечения язва зарубцевалась.

Объективно при осмотре кожный покров бледен. Принимает вынужденное положение, сидит поджав ноги к животу. Пульс 96 в минуту, ритмичный, АД 110/60 мм.рт.ст. Язык суховат, обложен серым налетом. Живот втянут симметричный, в акте дыхания не участвует. Определяется мышечный дефанс и болезненность во всех отделах. При перкуссии печеночная тупость сглажена. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный. Перистальтика не выслушивается. При ректальном исследовании резкая болезненность и нависание в области передней стенки прямой кишки. Ан. крови: Эритроциты 4,6 x 10¹²/л, Лейкоциты 15,2 x 10⁹/л, СОЭ 18 мм/ч. Диастаза мочи 64 ЕД. **План дополнительного обследования**

Эталон ответа: Последовательность диагностических мероприятий: обзорная рентгенография брюшной полости, ФГДС, повторная обзорная рентгенография брюшной полости, лапароскопия

Задание 21

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

Болен в течение трех недель. Заболевание началось с приступа боли в правом подреберье. На следующий день отметил потемнение цвета мочи, «как пиво». Вскоре появились желтушность склер и кожи. За медицинской помощью не обращался. За последние 4 суток состояние ухудшилось, появилась Т тела до 39, сопровождающаяся ознобами.

Объективно: общее состояние средней тяжести. Пульс 98 в минуту, удовлетворительный. Язык сухой, обложен. Живот в акте дыхания участвует, при пальпации отмечается болезненность в правом подреберье, симптом Щеткина - Блюмберга слабоположительный. **Предположите наиболее вероятный диагноз.**

Эталон ответа: Желчнокаменная болезнь. Холедохолетиаз. Гнойный холангит

Задание 22

Мужчина 45 лет, болен в течение суток, когда появились боли в правой подвздошной области с иррадиацией в пах, чувство дискомфорта при мочеиспускании, температура 37,2. При осмотре: Язык влажный. Живот не вздут, участвует в акте дыхания, мягкий, болезненный в правой подвздошной области. Перитонеальные симптомы неубедительны. В правой подвздошной области определяется резкая болезненность. Лейкоцитоз - 12 тыс. **План дополнительного обследования**

Эталон ответа: ОАК, ОАМБ, УЗИ почек, мочевого пузыря, на наличие свободной жидкости. Лапароскопия.

Задание 23

Больной 52 лет, поступил в приемное отделение со схваткообразными болями в животе, отсутствие отхождение стула и газов в течение 2-х суток, многократную рвоту. При поступлении предъявляла жалобы на схваткообразные боли в животе, многократную рвоту, не отхождение стула и газов. Около 2-х лет назад больной выполнены 2 операции по поводу острого аппендицита и спаечной кишечной непроходимости. Подобные болевые приступы возникают в среднем 1 раз в 3-4 месяца.

Объективно: пониженного питания, кожа и склеры обычного цвета, пульс 92 в минуту, удовлетворительных качеств, мягкий. Язык влажный. Живот поддут, бочкообразной формы. Перитонеальных симптомов нет, перистальтика выслушивается вялая, отсутствие отхождения стула и газов. **План лечения.**

Эталон ответа: Лечебная тактика зависит от клиники, степени нарушения кишечного пассажа, результатов обследования. Консервативные мероприятия включают диету, физиопроцедуры, ГБО, курсы гидрокортизона, лидазы и антигистаминных препаратов. К хирургическому методу лечения спаечной болезни относятся открытый или лапароскопический адгезиолизис, интестинопликация

Задание 24

Через 3 месяца после резекции 2/3 желудка по Бильрот II в модификации Гофмейстера - Финстера по поводу язвы желудка больной обратился с жалобами на слабость, возникающую через 15 минут после приема пищи, сопровождающуюся чувством жара в верхней половине туловища, резким потоотделением. Через некоторое время у него начинается головокружение, шум в ушах, учащенное сердцебиение, дрожание конечностей, затем присоединяется чувство усталости, сонливости, жидкий стул, полиурия. Болей в животе нет. Приступы более выражены при приеме пищи, богатой углеводами. После операции больной не прибавляет в массе. Дефицит массы тела составляет 8 кг. **Предположите наиболее вероятный диагноз.**

Эталон ответа: Демпинг-синдром

Задание 25

В отделение хирургии машиной скорой помощи доставлен мужчина 48 лет с жалобами на боль за грудиной, усиливающуюся при глотании и запрокидывании головы назад, дисфагию, жажду, сухость во рту. Из анамнеза известно, что он проглотил мясную кость, которая была с техническими трудностями удалена при эзофагоскопии в амбулаторных условиях. Больной был отпущен домой, где состояние его ухудшилось и он вызвал скорую помощь.

При осмотре состояние больного тяжелое, отмечается бледность кожного покрова с цианотическим оттенком, одышка до 30 в минуту, холодный пот, тахикардия до 120 ударов в минуту, повышение температуры тела до 38 градусов, определяется крепитация в области шеи и верхней половине груди. **План дополнительного обследования.**

Эталон ответа: Ультразвуковое исследование тканей шеи, средостения; рентгенография грудной клетки, эзофагоскопия, компьютерная томография, спиральная КТ, пункция плевры и средостения.

Задание 26

У мужчины 43 лет вскоре после переохлаждения повысилась температура до 38,7 °С, появились боли в левой половине грудной клетки, усиливающиеся при дыхании, стал беспокоить кашель без выделения мокроты. Вызванный на дом участковый терапевт назначил противовоспалительное лечение, но улучшения в состоянии мужчины не наступало. На 8 день заболевания стала отделяться гнойная зловонная мокрота в большом количестве. После этого температура нормализовалась, улучшилось самочувствие. Общее состояние удовлетворительное. Под левой лопаткой сзади определяется укорочение перкуторного тона, ослабленное дыхание. Другой патологии не выявлено. **Предположите наиболее вероятный диагноз.**

Эталон ответа: Абсцесс легкого

Задание 27

Больной 32 лет поступил с жалобами на сильный кашель с небольшим количеством гнойной мокроты и прожилками крови в ней. 1.5 месяца назад ел грецкие орехи и во время смеха появился приступ надсадного кашля. Через 2 дня повысилась температура до 38 °С. При рентгеноскопии грудной клетки изменений обнаружено не было. В последующем беспокоил кашель со скудной мокротой неприятного запаха, а при повторной рентгенографии грудной клетки выявилась правосторонняя нижнедолевая пневмония. При поступлении состояние удовлетворительное, под нижней долей правого легкого укорочение перкуторного звука и ослабление дыхания, на рентгенограммах уменьшение в объеме сегментов нижней доли правого легкого. **Наиболее вероятный диагноз?**

Эталон ответа: Аспирация инородного тела и нагноительный процесс в зоне ателектаза

Задание 28 У больного 26 лет диагностирован гангренозный абсцесс легкого, осложненный профузным легочным кровотечением. **Наиболее эффективным методом лечения у него является?**

Эталон ответа: Радикальное хирургическое лечение в виде резекции легкого.

Задание 29

При продолжающемся кровотечении из язвы (F1-A, F1-B) что необходимо?

Эталон ответа: Эндоскопический гемостаз.

Задание 30

При осмотре больного через 2 недели после ранения мягких тканей тонким колющим предметом по внутренней поверхности здорового бедра хирург обнаружил припухлость в области ранения, легкую пульсацию тканей и систолическое дрожание.

О каком заболевании следует думать?

Эталон ответа: о пульсирующей гематоме вследствие повреждения артерии

Задание 31

Больная 25 лет обратилась на прием с жалобами на раздражительность, плаксивость, быструю утомляемость, головную боль, чувство спазма в области гортани. Работает и учится, мало отдыхает, спит до 6 часов в сутки.

Объективно: Пониженного питания, глаза блестят, легкое дрожание пальцев кистей. Шея обычная, щитовидная железа заметна только при глотании. При пальпации отчетливо определяются только боковые доли, последние равномерно мягкие, аускультативно над ними ничего не выслушивается. Пульс 100 в минуту, с единичными экстрасистолами. Артериальное давление 150/60. При аускультации сердца систолический шум. При пальпации живота без особенностей. **Предположите наиболее вероятный диагноз. Составьте план дополнительного обследования.**

Эталон ответа: Диффузный токсический зоб. Тиреотоксикоз. УЗИ. Определение уровня тиреотропного (ТТГ) и тиреоидных гормонов (тироксин – Т4 и трийодтиронин – Т3), белково-связанного йода. При подозрении на токсическую аденому – радиоизотопное сканирование.

Задание 32

Больной, 40 лет, обратился с жалобами на «тупые» боли в эпигастральной области и за грудиной, возникающие после приема пищи в течении 2-х часов, иногда сопровождающиеся рвотой, изжогой, чувство горечи во рту и чувством нехватки воздуха, усиливающиеся при физической нагрузке. Симптомы появились ½ года назад, имеют тенденцию к прогрессированию. **Предположите наиболее вероятный диагноз. Составьте план дополнительного обследования.**

Эталон ответа: Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Обзорная и контрастная рентгенография, ФГДС и УЗИ.

Задание 33

Больной 50 лет поступил с жалобами на тупые почти постоянные боли в эпигастрии, принимающие опоясывающий характер. Боли усиливаются после приема пищи, особенно жирной. Отмечает слабость, за последние 2 месяца похудел на 4 кг. Стул неустойчивый: часто поносы, обильный, зловонный, жирный. Заболевание связывает с перенесенным 5 лет назад приступом острого панкреатита. Злоупотребляет алкоголем. Последние 2 месяца появилась желтуха, которая постепенно нарастает. **Предположите наиболее вероятный диагноз. Составьте план дополнительного обследования.**

Эталон ответа: Хронический гиперпластический (псевдотуморозный) панкреатит. Кровь – общий анализ, билирубин, печеночные пробы, сахар. Исследование экскреторной функции поджелудочной железы (копрограмма, эластаза 1). УЗИ, КТ, ФГДС, РХПГ (ультрасонография, пункционная биопсия).

Задание 34

Больной 62 лет поступил в стационар с жалобами на постоянные умеренные боли в нижних отделах живота с иррадиацией в крестец. Заболел около суток назад, когда после длительного недоедания принял большое количество пищи. Боли сопровождались двукратной рвотой, не принесшей облегчения. Стула не было, газы не отходят. В течении года больной страдает запорами. В домашних условиях употреблял слабительные

препараты. **Предположите наиболее вероятный диагноз. Составьте план дополнительного обследования.**

Эталон ответа: Обтурационная кишечная непроходимость опухолевого генеза. Обзорная рентгенография брюшной полости, контроль пассажа бария.

Задание 35

Больному 44 года 8 дней назад выполнена резекция 2/3 желудка по поводу язвы тела желудка в модификации Бильрот I. С третьих суток послеоперационного периода появились жалобы на тяжесть в эпигастрии, тошноту, периодически возникающую рвоту, приносящую облегчение. С шестых суток рвоты участились, больной сам опорожняет желудок, искусственно вызывая рвоту. За последние сутки по постоянному желудочному зонду выделилось более 1 литра застойного содержимого. Больной худеет. Объективно: пульс 89 в минуту, артериальное давление 125/80 мм рт ст., температура 36,6 - 37,1 °С, язык влажный, живот не вздут, мягкий, болезненный в области раны, участвует в акте дыхания, перистальтика отчетливая, газы отходят. Стул был дважды. **Предположите наиболее вероятный диагноз. Составьте план дополнительного обследования.**

Эталон ответа: Анастомозит. ЭФГДС с прицельной биопсией из области гастроэнтероанастомоза, Рентгеногастроскопия, Проба Шварца (пассаж бария по ЖКТ).

Задание 36

Больной К., 52 года поступил в приемный отделения с жалобами на боли в эпигастрии с иррадиацией в поясницу, тошноту, многократную рвоту, не приносящую облегчения. Больной длительное время злоупотреблял алкоголем. Ухудшение после очередного запоя. Ранее неоднократно лечился в хирургических отделениях по поводу панкреатита. Объективно: пониженного питания, правильного телосложения. Пульс 98 в минуту. Язык влажный, обложен. Живот не вздут, мягкий, болезненный в эпигастрии и правом подреберье, где определяется опухолевидное образование 11 x 10 см, плотноэластической консистенции, болезненное при пальпации, не смещается. Перитонеальных симптомов нет. В анализе крови: Лейкоциты $15,1 \times 10^9/\text{л}$, диастаза мочи - 647 ЕД. **Предположите наиболее вероятный диагноз. Составьте план дополнительного обследования.**

Эталон ответа: Обострение хронического рецидивирующего панкреатита. Киста поджелудочной железы. ФГДС, УЗИ, компьютерная томография. Общий анализ крови, диастаза мочи.

Задание 37

Больная 41 года обратилась к хирургу поликлиники с жалобами на боли в области заднего прохода, повышение температуры до 38°C. До этого несколько дней находилась на больничном листе, выданным терапевтом по поводу субфебрилитета, общего недомогания. Из анамнеза выяснилось, что 5 лет назад было кратковременное воспаление в области ануса с незначительным выделением гноя.

Объективно: В области ануса на 5 - 8 часах имеется болезненный воспалительный инфильтрат 2 x 3 см. с деформацией наружного анального отверстия и его зиянием. С трудом удерживает газы, из прямой кишки выделяется слизь. **Предположите наиболее вероятный диагноз.**

Эталон ответа: Острый парапроктит (подкожный).

Задание 38

Больной П., 58 лет оперирован в экстренном порядке через 36 часов от начала заболевания по поводу прободной язвы желудка, осложненной разлитым гнойно - фибринозным перитонитом. Выполнено ушивание язвы, дренирование брюшной полости. Течение послеоперационного периода тяжелое. Несмотря на проводимую интенсивную

терапию на четвертые сутки после операции у больного сохраняются боли в животе без четкой локализации, тошнота, температура 37,9 °С.

Объективно: язык сухой, живот вздут, пальпаторно определяется разлитая болезненность. Перитонеальные симптомы слабо положительны. Сохраняется парез желудочно - кишечного тракта, за сутки из желудка эвакуируется 600 - 1000 мл застойного содержимого, не отходят газы и стул. По дренажам из брюшной полости умеренное количество серозно - гнойного отделяемого. Пульс 110 в минуту, лейкоцитоз 13,0 тысяч, Лейкоцитарный индекс интоксикации 6,9. **Предположите наиболее вероятный диагноз. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.**

Эталон ответа: Прогрессирующий перитонит. Динамическая (паралитическая) кишечная непроходимость. На основании жалоб и анамнеза; оперирован в экстренном порядке через 36 часов от начала заболевания по поводу прободной язвы желудка, осложненной разлитым гнойно - фибринозным перитонитом. Выполнено ушивание язвы, дренирование брюшной полости. Течение послеоперационного периода тяжелое. Несмотря на проводимую интенсивную терапию на четвертые сутки после операции у больного сохраняются боли в животе без четкой локализации, тошнота, температура 37,9 °С

Задание 39

Больной С, 45 лет, доставлен через двое суток от начала заболевания с жалобами на боли внизу живота, тошноту, рвоту. Состояние средней степени тяжести, в сознании, кожные покровы бледные, Т 38,5, ЧДД 24, пульс 118 в минуту, АД 100/60 мм.рт.ст., язык сухой, живот равномерно вздут, напряжен и болезнен больше в нижних отделах, там же определяются слабopоложительные перитонеальные симптомы. Перистальтика вялая, перкуторно - притупление в боковых отделах живота. В анализе крови: Эр.-3,9 x 10¹²/л, гемоглобин - 120 г/л, лейкоциты - 15,5 x 10⁹/л, выражен сдвиг лейкоцитарной формулы влево,

Из анамнеза известно, что заболевание началось с возникновения болей в эпигастральной области с последующим их перемещением в течение нескольких часов в правую подвздошную область. Больной занимался самолечением, за медицинской помощью не обращался. **Предположите наиболее вероятный диагноз. План лечения.**

Эталон ответа: Острый деструктивный аппендицит, перитонит. Больному показана экстренная операция; предоперационная подготовка не должна занимать много времени. Операция Лапароскопическая аппендэктомия, санация, дренирование брюшной полости.

Задание 40

Пациент 53 лет поступил в хирургическое отделение в плановом порядке с жалобами на чувство тяжести в эпигастральной области, тошноту, отрыжку, рвоту пищей съеденной накануне. В анамнезе в течение 20 лет страдает язвенной болезнью ДПК, по поводу чего неоднократно лечился в условиях стационара. Четыре года назад перенес операцию (ушивание прободной язвы), после чего в течении последних 2 лет стали нарастать указанные жалобы. Похудел на 7 кг., аппетит хороший, но в последнее время принимать пищу боится из-за рвоты.

Объективно: состояние удовлетворительное. Пониженного питания. Кожный покров сухой, тургор снижен. Пульс 82 в минуту, ритмичный, АД 130/80 мм.рт.ст. В легких хрипов нет. Язык влажный. Живот не вздут, при пальпации мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии. Определяется «шум плеска», аускультативно увеличение желудка. Перистальтика отчетливая, склонность к запорам. **Предположите наиболее вероятный диагноз. План лечения.**

Эталон ответа: Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Стеноз привратника декомпенсированный. Предоперационная подготовка должна заключаться в коррекции электролитных и белковых нарушений. Лапаротомия. Резекция желудка при тяжелом состоянии гастроеюностомия.

Задание 41

Больной 50 лет поступил с жалобами на тупые почти постоянные боли в эпигастрии, принимающие опоясывающий характер. Боли усиливаются после приема пищи, особенно жирной. Отмечает слабость, за последние 2 месяца похудел на 4 кг. Стул неустойчивый: часто поносы, обильный, зловонный, жирный. Заболевание связывает с перенесенным 5 лет назад приступом острого панкреатита. Злоупотребляет алкоголем. Последние 2 месяца появилась желтуха, которая постепенно нарастает.

Объективно: Пониженного питания, склеры желтые. Кожный покров бледный с желтушным оттенком. В легких хрипов нет, одышки не отмечено. Живот не вздут, мягкий, при пальпации незначительная болезненность в эпигастральной области по ходу поджелудочной железы, где отчетливо определяется передаточная пульсация аорты. Аускультативно: шумов нет. Печень не увеличена, желчный пузырь не пальпируется. Лейкоцитоз – 9,6. Со стороны красной крови умеренная анемия. **Предположите наиболее вероятный диагноз. План дополнительного обследования.**

Эталон ответа: Хронический гиперпластический (псевдотуморозный) панкреатит. Кровь – общий анализ, билирубин, печеночные пробы, сахар. Исследование экскреторной функции поджелудочной железы (копрограмма, эластаза 1). УЗИ, КТ, ФГДС, РХПГ (ультрасонография, пункционная биопсия)

Задание 42

Мужчина 37 лет поступил через 16 часов от начала заболевания с жалобами на внезапно возникшие сильные схваткообразные боли в верхних отделах живота, повторные рвоты съеденной пищей, вздутие живота. Из анамнеза известно, что два года назад оперирован по поводу проникающего ранения брюшной полости с повреждением печени и поперечноободочной кишки. В течение послеоперационного периода несколько раз наблюдались подобные приступы, которые эффективно купировались применением спазмолитиков. На этот раз приступ протекает более тяжело, привычные консервативные мероприятия не эффективны.

Объективно: состояние средней степени тяжести, больной беспокоен, меняет положение. Пульс 90 в минуту, артериальное давление 110/70 мм рт. ст. Язык несколько суховат, обложен. Живот равномерно вздут, мягкий, болезненный больше в верхних отделах, перистальтика выслушивается, перитонеальные симптомы не определяются. На передней брюшной стенке гипертрофический рубец после срединной лапаротомии. Сутки назад был нормальный стул. При ректальном исследовании - следы кала обычной окраски. **Предположите наиболее вероятный диагноз. План дополнительного обследования.**

Эталон ответа: Острая кишечная непроходимость, вызванная спайкообразованием или ущемленной посттравматической диафрагмальной грыжей. Обзорная рентгенография брюшной полости с контролем пассажа бария, ультразвуковое исследование.

Задание 43

Больной 43 лет 5 дней назад был оперирован по поводу прободной язвы желудка через 7 часов с момента перфорации. Произведено ушивание прободной язвы. На момент осмотра его беспокоят боли в нижних отделах живота, болезненность в конце акта мочеиспускания, частые позывы на дефекацию. Гипертермия носит гектический характер. Живот принимает участие в акте дыхания, мягкий, болезненный в нижних отделах. Симптомов раздражения брюшины нет. В области раны воспалительной реакции нет. Со стороны легких патологии нет. Лейкоциты - 18 тыс. **Предположите наиболее вероятный диагноз. План дополнительного обследования.**

Эталон ответа: Тазовый абсцесс. (абсцесс Дугласова пространства). Ректальное исследование, УЗИ, КТ малого таза, диагностическая пункция полости абсцесса через переднюю стенку прямой кишки.

Задание 44

Больной 40 лет две недели назад был оперирован по поводу огнестрельного ранения брюшной полости с повреждением тонкой кишки. Было выполнено ушивание многочисленных ранений тонкой кишки, санация и дренирование брюшной полости.

На 8-ые сутки послеоперационного периода по дренажу из правой подвздошной области стало выделяться кишечное содержимое. Количество отделяемого за последние 3 дня стало увеличиваться (до 600 – 800 мл в сутки). Самостоятельный стул.

Объективно: язык суховат, живот не вздут, мягкий, болезненный в области ран. Повязка справа промокла кишечным содержимым. Появилась мацерация кожных покровов. Перитонеальных симптомов нет. За последние дни состояние больного ухудшилось. Усилилась слабость, нарастает жажда, теряет в весе, появилась сухость кожного покрова. Пульс – 94 в мин., ритмичный, удовлетворительных качеств. АД 140/80 мм рт. ст. Нв – 130 г/л. Суточный диурез до 1 литра. **Предположите наиболее вероятный диагноз. Оперативное лечение**

Эталон ответа: Наружный неорганизованный тонкокишечный свищ. Ушивание свищевого дефекта, наложение выключającego межкишечного анастомоза, резекция участка кишки

Задание 45

Больной 40 лет обратился к хирургу с жалобами на распирающую боль в области мизинца правой руки. Трое суток назад уколол палец гвоздем, тогда же рану обработал раствором йода. Постепенно интенсивность боли нарастала, появился выраженный отек тканей всего пальца. Объективно отмечается отечность и болезненность 5 пальца правой кисти, на ладонной его поверхности в области основной фаланги имеется рана 2х2 мм, покрытая коркой. Движения в пальце ограничены из-за усиливающейся при этом боли. **Предположите наиболее вероятный диагноз. План лечения. Эталон ответа:** Подкожный или сухожильный панариций 5-го пальца правой кисти. Вскрытие и дренирование по Клапу.

Задание 46

Больной 30 лет находится в хирургическом отделении по поводу острого аппендицита в стадии аппендикулярного инфильтрата. На 3 сутки после госпитализации и на 7 сутки от начала заболевания боли внизу живота и особенно в правой подвздошной области усилились, температура приняла гектический характер. Объективно: Пульс 96 в минуту. Дыхание не затруднено. Живот правильной формы, резко болезненный при пальпации в правой подвздошной области, где определяется положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Инфильтрат в правой подвздошной области несколько увеличился в размерах. Лейкоцитоз увеличился по сравнению с предыдущим анализом. **Предположите наиболее вероятный диагноз**

Эталон ответа: Острый аппендицит. Осложнения: абсцедирующий аппендикулярный инфильтрат (периаппендикулярный абсцесс).

Задание 47

Больной П., 58 лет оперирован в экстренном порядке через 36 часов от начала заболевания по поводу прободной язвы желудка, осложненной разлитым гнойно - фибринозным перитонитом. Выполнено ушивание язвы, дренирование брюшной полости.

Течение послеоперационного периода тяжелое. Несмотря на проводимую интенсивную терапию на четвертые сутки после операции у больного сохраняются боли в животе без четкой локализации, тошнота, температура 37,9 °С.

Объективно: язык сухой, живот вздут, пальпаторно определяется разлитая болезненность. Перитонеальные симптомы слабо положительны. Сохраняется парез желудочно - кишечного тракта, за сутки из желудка эвакуируется 600 - 1000 мл застойного содержимого, не отходят газы и стул. По дренажам из брюшной полости умеренное количество серозно - гнойного отделяемого. Пульс 110 в минуту, лейкоцитоз 13,0 тысяч, Лейкоцитарный индекс интоксикации 6,9. **Предположите наиболее вероятный диагноз.**

Эталон ответа: Прогрессирующий перитонит. Динамическая (паралитическая) кишечная непроходимость

Задание 48

Кормящую мать 28 лет, в течение двух недель беспокоят боли в левой молочной железе. Объективно: в верхне — наружном квадранте левой молочной железы отчетливо пальпируется плотное образование размером 6 x 8 см, резко болезненное, кожа над ним багрово — синюшной окраски, однако, размягчения или флюктуации нет. Общее состояние больной удовлетворительное, отмечает слабость, повышенную потливость, температура по вечерам достигает 38 °С. На протяжении последних 6 дней лечится амбулаторно у хирурга. Проведен курс антибиотикотерапии (ампициллин). Улучшения нет. Ввиду отсутствия эффекта направлена в стационар. **Предположите наиболее вероятный диагноз.**

Эталон ответа: Острый лактационный мастит левой молочной железы в стадии инфильтрации

Задание 49

Больная 25 лет обратилась на прием с жалобами на раздражительность, плаксивость, быструю утомляемость, головную боль, чувство спазма в области гортани. Работает и учится, мало отдыхает, спит до 6 часов в сутки.

Объективно: Пониженного питания, глаза блестят, легкое дрожание пальцев кистей. Шея обычная, щитовидная железа заметна только при глотании. При пальпации отчетливо определяются только боковые доли, последние равномерно мягкие, аускультативно над ними ничего не выслушивается. Пульс 100 в минуту, с единичными экстрасистолами. Артериальное давление 150/60. При аускультации сердца систолический шум. При пальпации живота без особенностей. **Предположите наиболее вероятный диагноз**

Эталон ответа: Диффузный токсический зоб. Тиреотоксикоз.

Задание 50

Больная 35 лет находится в хирургическом отделении по поводу острого аппендицита в стадии аппендикулярного инфильтрата. На 3 сутки после госпитализации и на 7 сутки от начала заболевания боли внизу живота и особенно в правой подвздошной области усилились. Объективно: Пульс 96 в минуту. Дыхание не затруднено. Живот правильной формы, резко болезненный при пальпации в правой подвздошной области, где определяется положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Инфильтрат в правой подвздошной области несколько увеличился в размерах. Лейкоцитоз увеличился по сравнению с предыдущим анализом. **План дополнительного обследования.**

Эталон ответа: УЗИ на наличие свободной жидкости брюшной полости. Лапароскопия

Задание 51

К факторам риска возникновения мастита относят

Эталон ответа: трещины сосков; нарушение оттока молока в молочных железах; несоблюдение норм личной гигиены; неправильный уход за сосками; инфекционные заболевания кожи молочной железы; силиконовые имплантаты молочной железы; курение.

Задание 52

Признаки повреждения магистрального сосуда:

Эталон ответа: локализация раны в проекции сосуда; наружное кровотечение; появление припухлости в области раны и ушиба (гематомы); пульсация в области припухлости (гематомы); отсутствие пульса дистальнее зоны повреждения; ишемические расстройства в конечности (нарушение чувствительности, расстройства движений, деревянистая плотность мышц); сосудистый шум над гематомой; бледность кожных покровов и снижение кожной температуры.

Задание 53

При термических и химических ожогах клинически различают _____ степени патологических изменений в тканях, обычно охватывающих в первую очередь вышестоящие места глотки: дужки, язычок, язычную миндалину, черпалонадгортанные складки, надгортанник

Эталон ответа: три

Задание 54

Профилактика заболеваний щитовидной железы имеет большое значение, в особенности для регионов с _____ в почве и воде, где людей чаще всего поражает такое заболевание, как токсический зоб.

Эталон ответа: Дефицитом йода

Задание 55

Гнойные осложнения чаще возникают при каком доступе к органам грудной полости?

Эталон ответа: При стернотомии

Задание 56

При эмболии бедренной артерии и развившейся контактуре конечности в голеностопном и коленном суставах, какая операция является методом выбора?

Эталон ответа: первичная ампутация конечности.

Задание 57

Геморрой: определение болезни

Эталон ответа: заболевание, которое характеризуется варикозным расширением вен и появлением венозных (геморроидальных) узлов в нижней части прямой кишки.

Задание 58

Маститы: этиология

Эталон ответа: Причиной мастита стает проникновение патогенов через трещины сосков, эрозии и любые другие повреждения кожного покрова молочных желез (царапины, ссадины и пр.). Попадая в лимфатические сосуды, а затем в соединительную ткань железы, патогены вызывают её воспаление

Задание 59

Аневризмы аорты. Диагностика

Эталон ответа: рентгенографию грудной клетки, брюшной полости, пищевода и желудка; ультразвуковое исследование магистральных сосудов; компьютерную томографию аневризматического мешка.

Задание 60

Больная 36 лет обнаружила опухолевидное образование на передней поверхности шеи. Никаких жалоб не предъявляет. Образование появилось 5 лет назад, когда больная проживала на Урале, и оно постепенно медленно увеличивается. При осмотре больная хорошего питания. Пульс 78'. Тоны сердца чистые. В левой доле щитовидной железы определяется на глаз и при пальпации овальной формы, плотноватой консистенции образование с гладкой поверхностью, размером 10x8 см, безболезненное, подвижное при глотании. Глазные симптомы не выражены. **Диагноз? Тактика лечения?**

Эталон ответа: эндемический узловой зоб 2-3 степени без явлений тиреотоксикоза. Больная подлежит оперативному лечению – энуклеации или резекции левой доли щитовидной железы.

Задание 61

Поступила женщина 60 лет, менопауза более 10 лет, с распадающейся изъязвленной раковой опухолью левой молочной железы, диаметром 11 см. Язва имеет зловонный запах. Подмышечные лимфатические узлы значительных размеров, спаяны с кожей. При рентгенологическом исследовании в лёгких выявлены метастазы. Общее состояние больной

удовлетворительное.

Определите стадию заболевания согласно международной и старой классификации. Какова тактика лечения больной?

Эталон ответа: у больной IV стадия рака молочной железы, стадия заболевания T4N1M1. Биопсия образования и, учитывая хорошее общее состояние больной, можно сделать мастэктомию с лимфаденэктомией с последующей лучевой и химиотерапией.

Задание 62

Больная 25 лет обратилась на прием с жалобами на раздражительность, плаксивость, быструю утомляемость, головную боль, чувство спазма в области гортани. Работает и учиться, мало отдыхает, спит до 6 часов в сутки.

Объективно: Пониженного питания, глаза блестят, легкое дрожание пальцев кистей. Шея обычная, щитовидная железа заметна только при глотании. При пальпации отчетливо определяются только боковые доли, последние равномерно мягкие, аускультативно над ними ничего не выслушивается. Пульс 100 в минуту, с единичными экстрасистолами. Артериальное давление 150/60. При аускультации сердца систолический шум. При пальпации живота без особенностей. **План дополнительного обследования.**

Эталон ответа: УЗИ. Определение уровня тиреотропного (ТТГ) и тиреоидных гормонов (тироксин – Т4 и трийодтиронин – Т3), белково-связанного йода. При подозрении на токсическую аденому – радиоизотопное сканирование.

Задание 63

Кормящую мать 28 лет, в течение двух недель беспокоят боли в левой молочной железе. Объективно: в верхне — наружном квадранте левой молочной железы отчетливо пальпируется плотное образование размером 6 x 8 см, резко болезненное, кожа над ним багрово — синюшной окраски, однако, размягчения или флюктуации нет. Общее состояние больной удовлетворительное, отмечает слабость, повышенную потливость, температура по вечерам достигает 38 °С. На протяжении последних 6 дней лечится амбулаторно у хирурга. Проведен курс антибиотикотерапии (ампициллин). Улучшения

нет. Ввиду отсутствия эффекта направлена в стационар. **План дополнительного обследования.**

Эталон ответа: ОАК, ОАМ.; УЗИ молочной железы. ; Пункционная биопсия.

Задание 64

Больной А., 67 лет, доставлен в приемный покой стационара в экстренном порядке. Заболел внезапно 10-12 часов назад, когда появились боли в левой половине живота, которые усиливались и приняли схваткообразный характер, трижды рвота застойным содержимым, не отходят газы. Ранее подобных болей не было, но в течение последнего года имеется склонность к запорам. Применял слабительные средства. Амбулаторно не обследовался.

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

Эталон ответа: Острая толстокишечная непроходимость. Обтурация левого фланга или ректосигмоидного отдела толстой кишки

Задание 65

Мужчина 42 лет полчаса тому назад избит неизвестными. Пинали ногами в грудь и живот. Самостоятельно дошел до остановки автобуса, откуда скорой помощью доставлен в приемный покой ЦРБ на носилках. В машине скорой помощи АД 100 и 60 мм ртст, пульс 110 в мин. При транспортировке перелито 400 мл полиглюкина, введено морфина 2% - 1 мл, димедрола 1% - 1 мл, кордиамина 2 мл.

В приемном отделении больницы пациент бледный, покрыт холодным потом, в сознании, беспокоен - то пытается сесть, то ложится на правый бок. На теле многочисленные кровоизлияния, в том числе и на боковых поверхностях груди и живота. Резкая боль при пальпации хрящевых порций 7-9 ребер слева. АД 80 и 45 мм рт ст, пульс 120 в мин, слабого наполнения и напряжения. Живот в дыхании не участвует, при пальпации болезненный, больше в левом подреберье, напряжен. Перистальтика вялая. Печеночная тупость отсутствует, в отлогих местах живота притупление перкуторного звука, более отчетливое по левому каналу. Симптомы раздражения брюшины выражены слабо. Моча выведена резиновым катетером, прозрачная, соломенно-желтого цвета, 300 мл. При ректальном исследовании крови на перчатке нет, передняя стенка прямой кишки нависает, безболезненная при пальпации. **Предположите наиболее вероятный диагноз.**

Эталон ответа: Тупая травма живота с повреждением паренхиматозного органа, очевидно, селезенки. Кровотечение в живот. Нельзя исключить и повреждение полого органа

Задание 66

Больной, 43 года (вес 75 кг, рост 180 см) поступил в приемное отделение больницы с жалобами на слабость, однократную потерю сознания, рвоту по типу «кофейной гущи», темный жидкий стул на протяжении последних двух дней.

Из анамнеза известно, что последнюю неделю находился на амбулаторном лечении по поводу ОРЗ. Принимал антибиотики, аспирин, отхаркивающую микстуру. Три дня

назад появилась слабость, мелькание «мушек» перед глазами, темный жидкий стул, холодный липкий пот. Родственники отметили бледность кожных покровов. На протяжении последних пяти лет страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки.

При осмотре: Кожные покровы бледные, пульс слабого наполнения 120 в мин., артериальное давление 80/20 мм.рт.ст. Тоны сердца приглушены, ритмичные. В легких влажные проводные хрипы. Живот умеренно болезненный в эпигастральной области. *Rectum* – мелена. **Предположите наиболее вероятный диагноз. План дополнительного обследования.**

Эталон ответа: Желудочно-кишечное кровотечение. ФГДС. Общий анализ крови. Биохимические исследования: определение КЩС, общий белок, ПТИ, глюкоза крови, мочевины, билирубин, коагулограмма

Задание 67

Мужчина, 46 лет, 20 лет назад оперирован по поводу грыжи белой линии живота, 15 лет назад рецидив грыжи. В настоящее время при вертикальном положении больной, отмечается выпячивание 12 x 9 см, не вправляющееся в брюшную полость. Периодически отмечает запоры. Предполагалась повторная операция, но больной отказывался. Грыжевое выпячивание имеет тенденцию к увеличению, грыжевые ворота до 5 - 7 см в диаметре.

Сегодня, ввиду ухудшения погоды и понижения атмосферного давления, появились боли в грыжевом выпячивании. Боли постоянные, усиливаются при движениях. В прошлом подобные боли имели место, особенно после физической нагрузки. **Предположите наиболее вероятный диагноз. Составьте план дополнительного обследования.**

Эталон ответа: Рецидивная невправимая грыжа белой линии живота. Копростаз? Обзорная рентгенограмма органов брюшной полости УЗИ брюшной полости.

Задание 68

Больной А., 64 лет поступил в приемный покой хирургического отделения с жалобами на боли в правом подреберье, желтушность кожи и склер, потемнение мочи, обесцвеченный стул, повышение *T* тела до 39 градусов, сопровождающееся ознобами. Болен в течение трех недель. Заболевание началось с приступа боли в правом подреберье. На следующий день отметил потемнение цвета мочи, «как пиво». Вскоре появились желтушность склер и кожи. За медицинской помощью не обращался. За последние 4 суток состояние ухудшилось, появилась *T* тела до 39, сопровождающаяся ознобами. Объективно: общее состояние средней тяжести. Пульс 98 в минуту, удовлетворительный. Язык сухой, обложен. Живот в акте дыхания участвует, при пальпации отмечается болезненность в правом подреберье, симптом Щеткина - Блюмберга слабopоложительный. **Предположите наиболее вероятный диагноз. Составьте план дополнительного обследования.**

Эталон ответа: Желчнокаменная болезнь. Холедохолетиаз. Гнойный холангит. Наиболее доступный и информативный метод дополнительного обследования - УЗИ.

Задание 69

Противопоказаниями к назначению ЛФК при подготовке больных к операциям на грудной полости, являются:

Эталон ответа: Легочное кровотечение, сердечно-сосудистая недостаточность (III стадии), инфаркт миокарда или легкого в остром периоде, высокая температура (38-39°C).

Задание 70

Для профилактики варикозной болезни большое значение имеет активный образ жизни больного, ограничение _____, выполнение специальных упражнений для нижних конечностей.

Эталон ответа: физических нагрузок

Задание 71

Больной А., 67 лет, доставлен в приемный покой стационара в экстренном порядке. Заболел внезапно 10-12 часов назад, когда появились боли в левой половине живота, которые усиливались и приняли схваткообразный характер, трижды рвота застойным содержимым, не отходят газы. Ранее подобных болей не было, но в течение последнего года имеется склонность к запорам. Применял слабительные средства. Амбулаторно не обследовался. Объективно: Кожные покровы обычной окраски, язык обложен белым налетом, влажный. Пульс 98 в минуту, ритмичный. В легких дыхание свободное, хрипов нет. Живот равномерно вздут, участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, разлитая болезненность с преимущественной локализацией в нижних отделах. Перкуторно тимпанит по ходу толстого кишечника, перистальтика выслушивается, ослабленная, определяется «шум плеска». Слабо положительные перитонеальные симптомы в левой подвздошной области и над лоном. При пальцевом ректальном исследовании ампула пуста, следы кала обычного цвета. В анализе крови: Лейкоциты - $16,2 \times 10^9/\text{л}$, Эр-3,4 $\times 10^9/\text{л}$, СОЭ 24 мм/ч.

Предположите наиболее вероятный диагноз. Составьте план дополнительного обследования.

Эталон ответа: Острая толстокишечная непроходимость. Обтурация левого фланга или ректосигмоидного отдела толстой кишки. Обзорная рентгенография органов брюшной полости, УЗИ, проба фон Монтейфеля, экстренная ирригография, колоноскопия.

Задание 72

Больная 49 лет фельдшер скорой помощи на селе, замужем, имеет 2-х детей. Год назад обнаружила в левой молочной железе плотное образование, к специалистам не обращалась до настоящего времени. Отмечает некоторое увеличение опухоли в размерах, неприятных ощущений в молочной железе нет. Общее состояние хорошее, Молочные железы правильной формы, видимой деформации нет. В правой железе картина диффузной мастопатии. В левой – на границе наружных квадрантов пальпируется опухоль округлой формы около 4-х см в диаметре, без четких границ, безболезненная, подвижность ее ограничена, кожа над опухолью не изменена. В левой подмышечной области пальпируется одиночный лимфатический узел, подвижный, эластической консистенции, размерами 1,5 x 1 см. На рентгенограммах молочных желез: двухстороннее, инволютивные изменения, на этом фоне в верхнем наружном квадранте левой молочной железы определяется уплотнение 2 x 2 см с нечеткими лучистыми контурами. При цитологическом исследовании пунктата левой молочной железы обнаружены единичные разрушенные клетки с некоторыми признаками атипии. **Предположите наиболее вероятный диагноз. Составьте план дополнительного обследования.**

Эталон ответа: Рак молочной железы, узловатая форма, T2N1Mx, стадия II б. Общее лабораторно-клиническое обследование, УЗИ молочных желез, маммография (обзорная и контрастная), тонкоигольная пункционная биопсия под контролем УЗИ, эксцизионная биопсия опухоли. Эксцизионная биопсия – секторальная резекция молочной железы со срочным гистологическим исследованием.

Задание 73

Больной упал с высоты 5 м, в результате чего произошел перелом VIII-X ребер слева по паравертебральной и лопаточной линии и отрыв хрящей VII и VIII ребер от грудины. Подкожная эмфизема левой половины грудной клетки. Диагностирован левосторонний пневмоторакс с коллапсом легкого на 1/3 его объема. Отмечается парадоксальное движение левой половины грудной клетки спереди. **План лечебных мероприятий?**

Эталон ответа: Широкая торакотомия, остеосинтез ребер и подшивание хрящей VII и VIII ребер к груди

Задание 74

У больного 70 лет, длительно страдающего сахарным диабетом второго типа, на фоне переохлаждения, на задней поверхности шеи появилось резко болезненное уплотнение 3,5 x 5,0 см, с несколькими участками некроза кожи в центре, кожа гиперемирована, напряжена. Лимфатические узлы не пальпируются. Одышки в покое нет. Температура тела 38,1°C. Лейкоцитоз 10,2x10⁹ /л. Артериальное давление 145/80 мм.рт.ст. **Поставить диагноз и определить лечебную тактику?**

Эталон ответа: Фурункулез спины. Общий анализ крови, общий анализ мочи, сахар крови, мочевины, креатинин, общий белок. По показаниям обследования на наличие соматической патологии, в том числе паразитарной.

Задание 75

Больной А., 67 лет, доставлен в приемный покой стационара в экстренном порядке. Заболел внезапно 10-12 часов назад, когда появились боли в левой половине живота, которые усиливались и приняли схваткообразный характер, трижды рвота застойным содержимым, не отходят газы. Ранее подобных болей не было, но в течение последнего года имеется склонность к запорам. Применял слабительные средства. Амбулаторно не обследовался.

- Объективно: Кожные покровы обычной окраски, язык обложен белым налетом, влажный. Пульс 98 в минуту, ритмичный. В легких дыхание свободное, хрипов нет. Живот равномерно вздут, участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, разлитая болезненность с преимущественной локализацией в нижних отделах. Перкуторно тимпанит по ходу толстого кишечника, перистальтика выслушивается, ослабленная, определяется «шум плеска». Слабо положительные перитонеальные симптомы в левой подвздошной области и над лоном. При пальцевом ректальном исследовании ампула пуста, следы кала обычного цвета. В анализе крови: Лейкоциты - 16,2 x 10⁹/л, Эр-3,4 x 10⁹/л, СОЭ 24 мм/ч. **План дополнительного обследования. С какими патологическими состояниями требуется проводить дифференциальную диагностику.**

Эталон ответа: Обзорная рентгенография органов брюшной полости, УЗИ, проба фон Монтейфеля, экстренная ирригография, колоноскопия. Следует проводить с хроническим атоническим колитом, копростазом, псевдообструкцией толстой кишки, различными формами мегалоколон, заворотом сигмы, неспецифическим язвенным колитом.

ПК - 6:

Задания закрытого типа:

Задание 1. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

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

1. в применении щелочей и средств, снижающих перистальтику желудка
2. в периодическом (каждые 4-5 часов. зондировании желудка, внутривенном вливании жидкости и фармакологической блокаде блуждающего нерва
3. в постоянном промывании желудка охлажденным физиологическим раствором
4. в местной гипотермии и внутривенном вливании жидкости
5. в постоянной аспирации содержимого желудка при внутривенном введении жидкостей, назначении антибиотиков

Эталон ответа: 5. в постоянной аспирации содержимого желудка при внутривенном введении жидкостей, назначении антибиотиков

Задание 2. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

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

1. вначале рассечь ущемляющее кольцо
2. вначале рассечь грыжевой мешок
3. можно делать то и другое с последующей пластикой грыжевых ворот
4. выполнить резекцию ущемленных образований (кишки, сальник.
5. сделать лапаротомию

Эталон ответа: 2. вначале рассечь грыжевой мешок

Задание 3. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Противопоказанием к оперативному лечению при ущемленной грыже является:

1. тяжесть состояния больного
2. беременность во второй ее половине
3. флегмона грыжевого мешка
4. недавно перенесенный инфаркт миокарда
5. ни один из перечисленных

Эталон ответа: 5. ни один из перечисленных

Задание 4. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

При самопроизвольном вправлении ущемленной грыжи тактика хирурга предусматривает:

1. лапаротомию с ревизией органов брюшной полости
2. тщательное наблюдение за больным в условиях стационара
3. поставить очистительную клизму
4. возможность отпустить больного домой с повторным осмотром
5. ни одна из рекомендаций не верна

Эталон ответа: 2. тщательное наблюдение за больным в условиях стационара

Задание 5. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

При ущемлении грыжи у пожилого больного, недавно перенесшего инфаркт миокарда, тактика предусматривает:

1. вправление грыжи
2. назначение анальгетиков и спазмолитиков
3. назначение наркотиков
4. немедленную операцию с одновременной кардиальной терапией
5. проведение кардиальной терапии, не обращая внимания на ущемление грыжи

Эталон ответа: 4. немедленную операцию с одновременной кардиальной терапией

Задание 6. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Для хирургического лечения прямой паховой грыжи целесообразнее всего применять операцию:

1. Бассини и Постемского
2. Мартынова
3. Жирара - Спасокукоцкого
4. Лихтенштейна
5. Ру

Эталон ответа: 4. Лихтенштейна

Задание 7. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

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

1. 5-10 см
2. 15-20 см
3. 25-30 см
4. 35-40 см
5. 45-50 см

Эталон ответа: 2. 15-20 см

Задание 8. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

При пупочной грыже после удаления грыжевого мешка грыжевые ворота закрывают кисетным шелковым швом, наложенным вокруг пупочного кольца. Эта методика операции:

1. по Мейо
2. по Лекснеру
3. по Сапежко
4. по Кину
5. по Терье - Черни

Эталон ответа: 2. по Лекснеру

Задание 9. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Во время операции по поводу желчно-каменной болезни обнаружен сморщенный желчный пузырь, набитый камнями и расширенный до 2.5 см общий желчный проток.

Больному следует:

1. произвести холецистэктомию
2. произвести холецистэктомию, затем холангиографию
3. сразу произвести холецистэктомию и ревизию протока
4. наложить холецистостому
5. произвести дуоденотомию с ревизией большого дуоденального сосочка

Эталон ответа: 2. произвести холецистэктомию, затем холангиографию

Задание 10. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Основным показанием для наложения портокавального анастомоза является:

1. цирроз печени
2. асцит
3. кровотечение из вен пищевода
4. портальная энцефалопатия
5. рецидивирующая желтуха

Эталон ответа: 3. кровотечение из вен пищевода

Задание 11. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Операция по поводу заворота сигмовидной кишки может быть закончена любым из следующих оперативных приемов, кроме:

1. деторсии
2. сигмопексии
3. мезосигмопликации
4. резекции сигмовидной кишки
5. выведения некротизированной сигмовидной кишки в рану с наложением анастомоза между приводящим и отводящим коленами

Эталон ответа: 1. деторсии

Задание 12. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

У больного с острой кишечной непроходимостью после резекции тонкой кишки наложен анастомоз "конец - бок", отводящий участок кишки использован для энтеростомы. Какой вид декомпрессии выполнен:

1. по Зауэру
2. по Майдлю
3. по Дедереру
4. по Житникову
5. по Мейо-Робсону

Эталон ответа: 2. по Майдлю

Задание 13. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Для остановки кровотечения из варикознорасширенных вен пищевода 50-летнему больному введен зонд Сенстекена-Блекмора. Как должно быть давление в пищеводном баллоне зонда, чтобы кровотечение остановилось:

1. 20 мм. рт. ст.
2. 40 мм.рт.ст.
3. 60 мм.рт.ст.
4. 100 мм.рт.ст.
5. 120 мм.рт.ст.

Эталон ответа: 2. 40 мм.рт.ст.

Задание 14. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Какой из перечисленных способов применяется для укрепления задней стенки пахового канала:

1. Жирара
2. Спасокукотского
3. Кимбаровского
4. Кукуджанова
5. все неверно

Эталон ответа: 4. Кукуджанова

Задание 15. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Какой видов эндоскопического гемостаза не применяются при кровотечении из ВРВ пищевода и желудка:

1. Лигирование
2. Склеротерапия
3. Стентирование пищевода
4. Диатермокоагуляция

Эталон ответа: 4. Диатермокоагуляция

Задание 16. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Где дренируют плевральную полость при пневмотораксе:

1. I межреберье
2. II межреберье
3. III межреберье
4. IV межреберье

Эталон ответа: 2. II межреберье

Задание 17. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

В проекции какой скелетотопической линии необходимо пунктировать плевральную полость при пневмотораксе:

1. парастернальной
2. среднеключичной
3. переднеподмышечной

4. среднеподмышечной

5. лопаточной

Эталон ответа: 2. среднеключичной

Задание 18. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Абсолютными показаниями для реторакотомии являются:

1. коллапс легкого вследствие множественных легочных свищей

2. первичная несостоятельность культи бронха

3. внутриплевральное кровотечение

4. ателектаз легкого

5. напряженный пневмоторакс

Эталон ответа: 3. внутриплевральное кровотечение

Задание 19. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Операция эзофагокардиомиотомии показана:

1. при карциноме пищевода

2. при ахалазии пищевода и кардиоспазме

3. при диафрагмальной грыже

4. при грыже пищеводного отверстия диафрагмы

5. при всем перечисленном

Эталон ответа: 2. при ахалазии пищевода и кардиоспазме

Задание 20. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Оптимальным методом оказания первой помощи при химическом ожоге пищевода считается:

1. промывание пищевода и желудка с помощью зонда

2. промывание пищевода и желудка "ресторанным" способом

3. внутривенное введение жидкостей и лекарственных средств

4. очистительные клизмы

Эталон ответа: 1. промывание пищевода и желудка с помощью зонда

Задание 21. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

При несостоятельности коммуникативных вен нижних конечностей наиболее целесообразной операцией следует считать операцию:

1. Бебкока

2. Нарата

3. Маделунга

4. Троянова - Тренделенберга

5. Линтона

Эталон ответа: 5. Линтона

Задание 22. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Операция Троянова - Тренделенберга заключается:

1. в перевязке большой подкожной вены в области ее устья со всеми притоками в области сафено-бедренного треугольника

2. в удалении подкожных вен методом тоннелирования

3. в удалении подкожных вен зондом

4. в перевязке коммуникантных вен над фасцией

5. в субфасциальной перевязке коммуникантных вен

Эталон ответа: 1. в перевязке большой подкожной вены в области ее устья со всеми притоками в области сафено-бедренного треугольника

Задание 23. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Операция Кокетта заключается:

1. в удалении подкожных вен методом тоннелирования
2. в удалении подкожных вен с помощью зонда
3. в чрескожном прошивании варикозных вен кетгутом
4. в надфасциальной перевязке коммуникантных вен
5. в субфасциальной перевязке коммуникантных вен

Эталон ответа: 4. в надфасциальной перевязке коммуникантных вен

Задание 24. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Операция Линтона заключается:

1. в удалении подкожных вен методом тоннелирования
2. в удалении подкожных вен с помощью зонда
3. в чрескожном прошивании варикозных вен кетгутом
4. в надфасциальной перевязке коммуникантных вен
5. в субфасциальной перевязке коммуникантных вен

Эталон ответа: 5. в субфасциальной перевязке коммуникантных вен

Задание 25. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Ранняя хирургическая некрэктомия при ожогах кисти показана:

1. при ограниченных глубоких ожогах ладони
2. при распространенных глубоких ожогах тыла кисти
если поражение не проникает глубже собственной фасции
3. при ограниченных глубоких ожогах тыла кисти
4. при распространенных ожогах тыла кисти IV степени

Эталон ответа: 2. при распространенных глубоких ожогах тыла кисти

Задания открытого типа:

Задание 1.

При осмотре больного через 2 недели после ранения мягких тканей тонким колющим предметом по внутренней поверхности здорового бедра хирург обнаружил припухлость в области ранения, легкую пульсацию тканей и систолическое дрожание.

О каком заболевании следует думать?

Эталон ответа: о пульсирующей гематоме вследствие повреждения артерии

Задание 2.

Больная, 68 лет, поступила в хирургическое отделение в экстренном порядке спустя 2 суток от начала заболевания с жалобами: на острые постоянные боли во всех отделах живота, вздутие живота, задержку стула и неотхождение газов, многократную рвоту, на наличие выпячивания в правой паховой области остро болезненное, на подъем t тела до 38°C .

Заболевание началось с появления образования в правой паховой области после физической нагрузки сопровождающееся выраженной болезненностью. Со временем присоединился описанный симптомокомплекс, клиника заболевания прогрессировала.

Объективно состояние больной тяжелое. Кожный покров бледно-розовый. В легких везикулярное дыхание, ослабленное в нижних отделах. Хрипов нет. Пульс 100 в 1 минуту, ритмичный, слабого наполнения. АД - 110/70. Тоны сердца приглушены. Язык сухой, обложен у корня коричневым налетом. Живот вздут, болезненный при пальпации во всех отделах. Симптомы раздражения брюшины слабopоложительные. Аускультативно выслушиваются единичные кишечные шумы с «металлическим» оттенком. Определяется симптом Валля.

Локально:

В правой паховой области определяется плотное эластичное образование до 15 см в диаметре. Кожа над ним гиперемирована, отечна. При пальпации образование резко болезненное, симптом кашлевого толчка отсутствует.

Предположите и обоснуйте предварительный диагноз? Необходимы дополнительные методы обследования? Каков план оперативного лечения?

Эталон ответа: На основании: данных анамнеза заболевания, жалоб больного (появление острой боли и выпячивание в правой паховой области после физической нагрузки, учитывая продолжительность заболевания в течение 3-х суток, выраженный отек и гиперемия тканей в области грыжевого выпячивания, повышение температуры до 38 градусов, выраженный болевой синдром, поставлен диагноз: ущемленная правосторонняя паховая грыжа, флегмона грыжевого мешка. Диагноз ОКН определяется по наличию: резкое вздутие живота, многократная рвота, задержка отхождения стула и газов в течении 2-х суток. Дополнительные обследования: Обзорная рентгенограмма органов брюшной полости на определение уровней (чаши Клейбера) УЗИ брюшной полости для определения свободной жидкости. План лечения: 1) Экстренная операция: выделение грыжевого мешка, вскрытие грыжевого мешка и фиксация его содержимого, определение жизнеспособности ущемленных органов, рассечение ущемляющего кольца, резекция нежизнеспособных органов (при необходимости), пластика грыжевых ворот.

Задание 3.

Больной С, 45 лет, доставлен через двое суток от начала заболевания с жалобами на боли внизу живота, тошноту, рвоту. Состояние средней степени тяжести, в сознании, кожные покровы бледные, Т 38,5, ЧДД 24, пульс 118 в минуту, АД 100/60 мм.рт.ст., язык сухой, живот равномерно вздут, напряжен и болезнен больше в нижних отделах, там же определяются слабоположительные перитонеальные симптомы. Перистальтика вялая, перкуторно - притупление в боковых отделах живота. В анализе крови: эритроциты - $3,9 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 120 г/л, лейкоциты - $15,5 \times 10^9/л$, выражен сдвиг лейкоцитарной формулы влево,

Из анамнеза известно, что заболевание началось с возникновения болей в эпигастриальной области с последующим их перемещением в течение нескольких часов в правую подвздошную область. Больной занимался самолечением, за медицинской помощью не обращался.

Предположите и обоснуйте предварительный диагноз? Необходимы дополнительные методы обследования? Каков план оперативного лечения?

Эталон ответа: на основании жалоб на боли внизу живота, тошноту, рвоту, и данных анамнеза на возникновение боли в эпигастрии с дальнейшим ее смещением в правую подвздошную область (симптом Кохера), с определением слабоположительных перитонеальных знаков в нижних отделах живота, данных лабораторных и инструментальных методов исследования можно поставить предварительный диагноз: Острый деструктивный аппендицит. Местный перитонит. Дополнительные обследования: УЗИ на свободную жидкость, лапароскопия. План лечения: Экстренная операция: Лапароскопическая аппендэктомия, санация, дренирование брюшной полости.

Задание 4.

Больной Ф., 34 лет поступил в хирургическое отделение через 12 часов после начала заболевания с жалобами на резкие боли в правом подреберье, однократную рвоту желчью. Рвота была 2 часа назад. Из анамнеза известно, что в течение года больного беспокоят ноющие боли в правом подреберье, усиливающиеся после приема жирной пищи. Не обследовался, за медицинской помощью не обращался, лечился в домашних условиях.

Объективно: общее состояние тяжелое. Кожный покров и склеры слегка иктеричны. Пульс 102 в минуту, ритмичный. АД 100/60 мм.рт.ст. Одышка до 22-23 в минуту.

Язык влажный, обложен белым налетом. Живот не вздут, при пальпации напряжен и резко болезненный в правом подреберье и эпигастрии. Положительные симптомы

Ортнера и Мерфи. Перистальтика выслушивается, но ослаблена. Перитонеальных симптомов нет. Желчный пузырь не пальпируется.

T тела 37,2, в крови лейкоцитоз ($11,8 \times 10^9 /л$) с умеренным сдвигом лейкоцитарной формулы влево.

Предположите и обоснуйте предварительный диагноз? Необходимы дополнительные методы обследования? Каков план оперативного лечения?

Эталон ответа: На основании: жалоб на резкие боли в правом подреберье, однократную рвоту желчью, данных анамнеза и объективных методов исследования: что в течение года больного беспокоят ноющие боли в правом подреберье, усиливающиеся после приема жирной пищи, объективных данных: живот не вздут, при пальпации напряжен и резко болезненный в правом подреберье и эпигастрии, положительные симптомы Ортнера и Мерфи, лабораторных и инструментальных методов исследования: Острый обтурационный холецистит. Дополнительные обследования: общий анализ крови, общий анализ мочи, сахар, ПТИ, билирубин, электролиты, группа крови и Rh - фактор, ЭКГ, ФЛГ. Из дополнительных методов исследования наиболее информативный и доступный – УЗИ План лечения. Экстренная операция - Лапароскопическая холецистэктомия.

Задание 5.

Пациент 53 лет поступил в хирургическое отделение в плановом порядке с жалобами на чувство тяжести в эпигастриальной области, тошноту, отрыжку, рвоту пищей съеденной накануне. В анамнезе в течение 20 лет страдает язвенной болезнью ДПК, по поводу чего неоднократно лечился в условиях стационара. Четыре года назад перенес операцию (ушивание прободной язвы), после чего в течение последних 2 лет стали нарастать указанные жалобы. Похудел на 7 кг., аппетит хороший, но в последнее время принимать пищу боится из-за рвоты.

Объективно: состояние удовлетворительное. Пониженного питания. Кожный покров сухой, тургор снижен. Пульс 82 в минуту, ритмичный, АД 130/80 мм.рт.ст. В легких хрипов нет. Язык влажный. Живот не вздут, при пальпации мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии. Определяется «шум плеска», аускультативно увеличение желудка. Перистальтика отчетливая, склонность к запорам.

Предположите и обоснуйте предварительный диагноз? Необходимы дополнительные методы обследования? Каков план оперативного лечения?

Эталон ответа: на основании жалоб, данных анамнеза и объективных данных: на чувство тяжести в эпигастриальной области, тошноту, отрыжку, рвоту съеденной пищей, в течение 20 лет страдает язвенной болезнью ДПК, по поводу чего неоднократно лечился в условиях стационара. Четыре года назад перенес операцию (ушивание прободной язвы), после чего в течении последних 2 лет стали нарастать указанные жалобы. Похудел на 7 кг., аппетит хороший, но в последнее время принимать пищу боится из-за рвоты. Предварительный диагноз: Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Стеноз привратника декомпенсированный. Дополнительные обследования: рентгеноскопия желудка и ФГДС. Диагностическая лапароскопия. План лечения: После предоперационной подготовки, операция: Лапаротомия. Резекция желудка при тяжелом состоянии гастроэностомия.

Задание 6.

Больной А., 64 лет поступил в приемный покой хирургического отделения с жалобами на боли в правом подреберье, желтушность кожи и склер, потемнение мочи, обесцвеченный стул, повышение T тела до 39 градусов, сопровождающееся ознобами.

Болен в течение трех недель. Заболевание началось с приступа боли в правом подреберье. На следующий день отметил потемнение цвета мочи, «как пиво». Вскоре появились желтушность склер и кожи. За медицинской помощью не обращался. За

последние 4 суток состояние ухудшилось, появилась Т тела до 39, сопровождающаяся ознобами.

Объективно: общее состояние средней тяжести. Пульс 98 в минуту, удовлетворительный. Язык сухой, обложен. Живот в акте дыхания участвует, при пальпации отмечается болезненность в правом подреберье, симптом Щеткина - Блюмберга слабopоложительный.

Предположите и обоснуйте предварительный диагноз? Необходимы дополнительные методы обследования? Каков план оперативного лечения?

Эталон ответа: на основании жалоб на боли в правом подреберье, желтушность кожи и склер, потемнение мочи, обесцвеченный стул, повышение Т тела до 39 градусов, сопровождающееся ознобами. Данных анамнеза: болен в течение трех недель. Заболевание началось с приступа боли в правом подреберье. На следующий день отметил потемнение цвета мочи, «как пиво». Вскоре появились желтушность склер и кожи. Объективных данных: язык сухой, обложен. Живот в акте дыхания участвует, при пальпации отмечается болезненность в правом подреберье, симптом Щеткина - Блюмберга слабopоложительный. Диагноз: Желчнокаменная болезнь. Холедохолитиаз. Гнойный холангит. Дополнительные обследования: УЗИ. План лечения: Оперативное лечение: эндоскопическая папиллосфинктеротомия с литоэкстракцией. при неэффективности - холедохолитотомия, наружное дренирование холедоха.

Задание 7.

Больной, 38 лет, обратился к врачу с жалобами на наличие болезненного грыжевого выпячивания в правой паховой области. Боли появились 1 час назад после физической нагрузки. С течением времени болевой синдром усиливался, в связи с чем обратился. Общее состояние больного без особенностей. От момента заболевания прошло не более 2-х часов.

В правой паховой области Наружное кольцо пахового канала слева - не расширено, справа - четко не определяется. Семенной канатик не пальпируется.

Предварительный диагноз? План лечения?

Эталон ответа: Предварительный диагноз: Ущемлённая, правосторонняя паховая грыжа. План лечения: Экстренная операция: выделение грыжевого мешка, вскрытие грыжевого мешка и фиксация его содержимого, рассечение ущемляющего кольца, определение жизнеспособности ущемленных органов, пластика грыжевых ворот.

Задание 8.

Мужчина 45 лет, болен в течение суток, когда появились боли в правой подвздошной области с иррадиацией в пах, чувство дискомфорта при мочеиспускании, температура 37,2. При осмотре: Язык влажный. Живот не вздут, участвует в акте дыхания, мягкий, болезненный в правой подвздошной области. Перитонеальные симптомы неубедительны. В правой подвздошной области определяется резкая болезненность. Лейкоцитоз - 12 тыс.

Предварительный диагноз? Дополнительные методы обследования? План лечения?

Эталон ответа: Предварительный диагноз: Острый аппендицит, тазовое расположение. Дополнительные обследования: ОАК, ОАМБ, УЗИ почек, мочевого пузыря, на наличие свободной жидкости. План лечения: Лапароскопическая аппендэктомия, дренирование брюшной полости или аппендэктомия по Волковичу-Дьяконову.

Задание 9.

Молодой человек 32 года, доставлен через сутки после начала заболевания с жалобами на общую слабость, рвоту цвета кофейной гущи.

Больным себя считает с армии, когда стал отмечать периодически возникающие весной и осенью «голодные» боли в эпигастрии. Лечился самостоятельно. Ухудшение

последние две недели, когда появились боли в эпигастрии, которые уменьшились после приема альмагеля. Два дня назад заметил дегтеобразный стул. Объективно общее состояние удовлетворительное. Кожа и слизистые бледно-розового цвета, пульс 96 в минуту, ритмичный, АД 110/70 мм.рт.ст. Живот не вздут, при пальпации незначительно болезнен в эпигастрии и справа. Перистальтика хорошая, стул темного цвета. В крови: Эр 3,5 x 10¹²/л, Нв - 100 г/л.

Предположите и обоснуйте предварительный диагноз? Необходимы дополнительные методы обследования? Каков план оперативного лечения?

Эталон ответа: На основании жалоб, данных анамнеза: считает себя больным когда стал отмечать периодически возникающие весной и осенью «голодные» боли в эпигастрии. Ухудшение последние две недели, когда появились боли в эпигастрии, которые уменьшились после приема альмагеля, рвота кофейной гущей, стул черного цвета, холодный липкий пот. Диагноз: Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, осложненная кровотечением. Дополнительные методы: Определение группы крови и резус-фактора. Промывание желудка. Выполнение ФГДС. План лечения: Ушивания. Пилоропластика по Фенею, Жабулею, Гейнеке-Микуличу.

Задание 10.

Больной 52 лет, поступил в приемное отделение со схваткообразными болями в животе, отсутствие отхождение стула и газов в течении 2-х суток, многократную рвоту. При поступлении предъявляла жалобы на схваткообразные боли в животе, многократную рвоту, не отхождение стула и газов. Около 2-х лет назад больной выполнены 2 операции по поводу острого аппендицита и спаечной кишечной непроходимости. Подобные болевые приступы возникают в среднем 1 раз в 3-4 месяца.

Объективно: пониженного питания, кожа и склеры обычного цвета, пульс 92 в минуту, удовлетворительных качеств, мягкий. Язык влажный. Живот поддут, бочкообразной формы. Перитонеальных симптомов нет, перистальтика выслушивается вялая, отсутствие отхождения стула и газов.

Предположите и обоснуйте предварительный диагноз? Необходимы дополнительные методы обследования? Каков план оперативного лечения?

Эталон ответа: На основании жалоб: на схваткообразные боли в животе, отсутствие отхождение стула и газов в течении 2-х суток, многократную рвоту. Данные анамнеза: Около 2-х лет назад больной выполнены 2 операции по поводу острого аппендицита и спаечной кишечной непроходимости. Подобные болевые приступы возникают в среднем 1 раз в 3-4 месяца. Объективных данных: пониженного питания, кожа и склеры обычного цвета, пульс 92 в минуту, удовлетворительных качеств, мягкий. Язык влажный. Живот поддут, бочкообразной формы. Перитонеальных симптомов нет, перистальтика выслушивается вялая, отсутствие отхождения стула и газов. Можно поставить диагноз: Спаечная болезнь брюшной полости: рецидивирующая спаечная непроходимость. Дополнительные обследования: УЗИ брюшной полости, обзорная рентгенография органов брюшной полости, контроль пассажа бария (проба Шварца), контроль пассажа бариевых меток (проба Шалькова), диагностическая лапароскопия. План лечения: Консервативные мероприятия включают диету, физиопроцедуры, ГБО, курсы гидрокортизона, лидазы и антигистаминных препаратов. К хирургическому методу лечения спаечной болезни относятся открытый или лапароскопический адгезиолизис, интестинопликация.

Задание 11.

Через 3 месяца после резекции 2/3 желудка по Бильрот II в модификации Гофмейстера - Финстерера по поводу язвы желудка больной обратился с жалобами на слабость, возникающую через 15 минут после приема пищи, сопровождающуюся чувством жара в верхней половине туловища, резким потоотделением. Через некоторое время у него начинается головокружение, шум в ушах, учащенное сердцебиение,

дрожание конечностей, затем присоединяется чувство усталости, сонливости, жидкий стул, полиурия. Болей в животе нет. Приступы более выражены при приёме пищи, богатой углеводами. После операции больной не прибавляет в массе. Дефицит массы тела составляет 8 кг.

Какая патология описана в данном случае и почему?

Эталон ответа: Демпинг-синдром. Установлен на основании анамнеза: после резекции 2/3 желудка по Бильрот II в модификации Гофмейстера - Финстерера по поводу язвы желудка больной обратился с жалобами на слабость, возникающую через 15 минут после приема пищи, сопровождающуюся чувством жара в верхней половине туловища, резким потоотделением. Через некоторое время у него начинается головокружение, шум в ушах, учащенное сердцебиение, дрожание конечностей, затем присоединяется чувство усталости, сонливости, жидкий стул, полиурия.

Задание 12.

Больной упал с высоты 5 м, в результате чего произошел перелом VIII-X ребер слева по паравerteбральной и лопаточной линии и отрыв хрящей VII и VIII ребер от грудины. Подкожная эмфизема левой половины грудной клетки. Диагностирован левосторонний пневмоторакс с коллапсом легкого на 1/3 его объема. Отмечается парадоксальное движение левой половины грудной клетки спереди. План лечебных мероприятий?

Эталон ответа: Широкая торакотомия, остеосинтез ребер и подшивание хрящей VII и VIII ребер к грудины

Задание 13.

Больной 3 часа назад получил ножевое ранение левой половины грудной клетки. Состояние тяжелое. Сознание спутанное, кожные покровы бледные, цианоз губ. АД - 80/20 мм рт.ст. Пульс на периферических сосудах не определяется. Рана грудной клетки длиной 2 см, по левой парастернальной линии на уровне III-го межреберья. Тоны сердца глухие. Дыхание над левым легким ослаблено. Заподозрено ранение сердца. План лечебных мероприятий?

Эталон ответа: Немедленная торакотомия с предварительной пункцией перикарда

Задание 14.

Больной 2 часа назад получил проникающее ножевое ранение правой половины грудной клетки. Поступил в тяжелом состоянии. Бледен, АД - 90/60 мм рт. ст., пульс - 112 ударов в минуту, слабого наполнения и напряжения, ритмичный. Дыхание над правым легким резко ослаблено. При рентгенографии грудной клетки определяется широкий уровень жидкости, достигающий нижнего угла лопатки. При контрольной плевральной пункции получена кровь, свернувшаяся в шприце. Что необходимо выполнить?

Эталон ответа: Немедленную торакотомию.

Задание 15.

У больного, поступившего в тяжелом состоянии с двусторонним переломом ребер по лопаточной и задней аксиллярной линии (справа 4 ребра, слева - 3 ребра), имеется выраженная подкожная эмфизема. По клиническим и рентгенологическим данным признаков пневмоторакса и гемоторакса нет. Что необходимо предпринять?

Эталон ответа: Введение игл в подкожную клетчатку передней поверхности грудной клетки.

Задание 16.

У больного, поступившего в тяжелом состоянии, выявлен перелом ребер (слева 5, справа - 4), выраженная подкожная эмфизема средостения, двусторонний пневмоторакс. План оказания помощи?

Эталон ответа: Дренирование обеих плевральных полостей.

Задание 17.

Больной, 42 лет, обратился к врачу с жалобами на увеличение в объеме правой половины мошонки. Заболевание началось 1 год назад с появления опухолевидного образования у корня мошонки. Со временем образование увеличилось, спустилось в мошонку. Стали возникать боли при физической нагрузке. Общее состояние больного без особенностей. Правая половина мошонки увеличена в размерах до 11x7x5 см. Образование определяется как стоя, так и в положении лежа, в брюшную полость не вправляется. Консистенция плотноэластическая. Перкуторно - тимпанит. Наружное кольцо пахового канала слева - не расширено, справа - четко не определяется. Семенной канатик не пальпируется. Кашлевой толчок положительный. Предварительный диагноз? Какие варианты оперативного вмешательства? *Эталон ответа:* Диагноз: Невправимая пахово-мошоночная грыжа. Варианты оперативных вмешательств: Герниопластика по Постемскому, Пластика с аллотрансплантатом (операции Лихтенштейна), лапароскопическая операция с сетчатым трансплантатом.

Задание 18.

У больного 70 лет, длительно страдающего сахарным диабетом второго типа, на фоне переохлаждения, на задней поверхности шеи появилось резко болезненное уплотнение 3,5 x 5,0 см, с несколькими участками некроза кожи в центре, кожа гиперемирована, напряжена. Лимфатические узлы не пальпируются. Одышки в покое нет. Температура тела 38,1°C. Лейкоцитоз 10,2x10⁹ /л. Артериальное давление 145/80 мм.рт.ст. Поставить диагноз и определить лечебную тактику? *Эталон ответа:* Фурункулез спины. Общий анализ крови, общий анализ мочи, сахар крови, мочевины, креатинин, общий белок. По показаниям обследования на наличие соматической патологии, в том числе паразитарной.

Задание 19.

У пациента через шесть суток после ушиба правого бедра появилась гиперемия и отечность кожи, повысилась температура тела до 37,8°C. Пальпаторно определяется флюктуация и местное повышение температуры с выраженной гиперестезией окружающих тканей в проекции травмы. Активные движения в коленном суставе болезненны и ограниченные, пассивные в полном объеме. Поставить диагноз и определить лечебную тактику? *Эталон ответа:* Нагноившаяся гематома правого бедра. Показана госпитализация и операция – вскрытие нагноившейся гематомы.

Задание 20.

Больной, 25 лет, был прооперирован по поводу гангренозного аппендицита. На третьи сутки после операции отмечено просачивание между швами серозной, а затем серозно-гнойной жидкости с пропитыванием подкожно-жировой клетчатки. На пятые сутки выявлена выраженная гиперемия краев раны, плотный отек кожи и подкожной клетчатки до верхней трети правого бедра без четкой демаркационной линии. После снятия швов из раны выделяется буроватого цвета экссудат с резким неприятным запахом. Подкожно-жировая клетчатка в ране, фасции грязно-серого цвета. Поставить диагноз и определить план лечебных мероприятий? *Эталон ответа:* Состояние после аппендэктомии по поводу острого гангренозного аппендицита. Анаэробная флегмона мягких тканей правой подвздошной области и правого бедра. Снять швы, широко открыть рану, обработать окислителями (перекись водорода), осуществить адекватное дренирование. Инфузионная дезинтоксикационная терапия, не менее 2 антибиотиков (широкого спектра действия + действующий на анаэробы). Бактериологическое исследование отделяемого из раны.

Задание 21.

У пациента установлены облитерирующий атеросклероз аорты и магистральных артерий, хроническая артериальная недостаточность нижних конечностей. По результатам ангиографии выявлено наличие атеросклеротической окклюзии на уровне бифуркации аорты.

Эталон ответа: Аортобедренное бифуркационное шунтирование аллопротезом.

Задание 22.

Мужчина 37 лет поступил через 16 часов от начала заболевания с жалобами на внезапно возникшие сильные схваткообразные боли в верхних отделах живота, повторные рвоты съеденной пищей, вздутие живота. Из анамнеза известно, что два года назад оперирован по поводу проникающего ранения брюшной полости с повреждением печени и поперечноободочной кишки. В течение послеоперационного периода несколько раз наблюдались подобные приступы, которые эффективно купировались применением спазмолитиков. На этот раз приступ протекает более тяжело, привычные консервативные мероприятия не эффективны.

Объективно: состояние средней степени тяжести, больной беспокоен, меняет положение. Пульс 90 в минуту, артериальное давление 110/70 мм рт. ст. Язык несколько суховат, обложен. Живот равномерно вздут, мягкий, болезненный больше в верхних отделах, перистальтика выслушивается, перитонеальные симптомы не определяются. На передней брюшной стенке гипертрофический рубец после срединной лапаротомии. Сутки назад был нормальный стул. При ректальном исследовании - следы кала обычной окраски. Предположите и обоснуйте предварительный диагноз? Какие необходимы дополнительные методы обследования? Каков план лечения?

Эталон ответа: на основании жалоб и анамнеза; поступил через 16 часов от начала заболевания с жалобами на внезапно возникшие сильные схваткообразные боли в верхних отделах живота, повторные рвоты съеденной пищей, вздутие живота. Из анамнеза известно, что два года назад оперирован по поводу проникающего ранения брюшной полости с повреждением печени и поперечноободочной кишки. Диагноз: Острая кишечная непроходимость, вызванная спайкообразованием или ущемленной посттравматической диафрагмальной грыжей. Дополнительные обследования: Обзорная рентгенография брюшной полости с контролем пассажа бария, ультразвуковое исследование. План лечения: Комплекс мероприятий, включающий: голод, дренирование желудка, обезболивание, мощную инфузионную терапию, спазмолитики, новокаиновые блокады, ГБО, очистительные клизмы, коррекцию развивающихся полиорганных нарушений. Показанием к операции является отсутствие отчетливой положительной динамики (клинически и по рентгенологическим данным) от консервативного лечения в течение 6 часов, явления перитонита, ущемленная диафрагмальная грыжа. В данном случае возможными вариантами оперативного пособия будут: ликвидация непроходимости, френогерниопластика или рассечение спаек, резекция (при некрозе) участка пострадавшего органа, трансназальная интубация тонкой кишки (по показаниям).

Задание 23.

В отделение хирургии машиной скорой помощи доставлен мужчина 48 лет с жалобами на боль за грудиной, усиливающуюся при глотании и запрокидывании головы назад, дисфагию, жажду, сухость во рту. Из анамнеза известно, что он проглотил мясную кость, которая была с техническими трудностями удалена при эзофагоскопии в амбулаторных условиях. Больной был отпущен домой, где состояние его ухудшилось и он вызвал скорую помощь. При осмотре состояние больного тяжелое, отмечается бледность кожного покрова с цианотическим оттенком, одышка до 30 в минуту, холодный пот, тахикардия до 120 ударов в минуту, повышение температуры тела до 38 градусов, определяется крепитация в области шеи и верхней половине груди.

Установите предварительный диагноз.
Эталон ответа: Перфорация шейного отдела пищевода инородным телом (рыбья кость). Глубокая флегмона шеи. Гнойный медиастинит.

Задание 24.

У мужчины 43 лет вскоре после переохлаждения повысилась температура до 38,7 °С, появились боли в левой половине грудной клетки, усиливающиеся при дыхании, стал беспокоить кашель без выделения мокроты. Вызванный на дом участковый терапевт назначил противовоспалительное лечение, но улучшения в состоянии мужчины не наступало. На 8 день заболевания стала отделяться гнойная зловонная мокрота в большом количестве. После этого температура нормализовалась, улучшилось самочувствие. Общее состояние удовлетворительное. Под левой лопаткой сзади определяется укорочение перкуторного тона, ослабленное дыхание. Другой патологии не выявлено. Установите предварительный диагноз. Какие дополнительные методы обследования? Необходимо ли оперативное лечение?
Эталон ответа: Диагноз: Абсцесс легкого. Дополнительные обследования: Обзорная рентгенография грудной клетки, томография, УЗИ, КТ. Оперативное лечение показано при отсутствии адекватного дренирования через бронх, при диаметре абсцесса более 6 см, при наличии толстой капсулы.

Задание 25.

Больная 25 лет обратилась на прием с жалобами на раздражительность, плаксивость, быструю утомляемость, головную боль, чувство спазма в области гортани. Работает и учится, мало отдыхает, спит до 6 часов в сутки. Объективно: Пониженного питания, глаза блестят, легкое дрожание пальцев кистей. Шея обычная, щитовидная железа заметна только при глотании. При пальпации отчетливо определяются только боковые доли, последние равномерно мягкие, аускультативно над ними ничего не выслушивается. Пульс 100 в минуту, с единичными экстрасистолами. Артериальное давление 150/60. При аускультации сердца систолический шум. При пальпации живота без особенностей. Какой предварительный диагноз?
Эталон ответа: Диагноз: Диффузный токсический зоб. Тиреотоксикоз.

Задание 26.

Больной, 42 лет, поступил в стационар в экстренном порядке. 3 часа назад появилась кровавая рвота. В течение последних 2-х лет кровавая рвота возникает 3-й раз. В анамнезе болезнь Боткина. При осмотре: кожный покров бледный. Пульс 110 - 115 в 1 минуту, слабого наполнения. АД 100/70 мм.рт.ст. Живот несколько вздут, определяется венозная сеть на передней брюшной стенке. Пальпируется селезенка и плотный край печени у реберной дуги. Показатели красной крови : Гемоглобин - 80 г/л, Эритроциты - 3 x 10.

Установите диагноз.

Эталон ответа: Диагноз: Цирроз печени, портальная гипертензия. Кровотечение из варикозных вен пищевода.

Задание 27.

В хирургическое отделение районной больницы поступил пациент, 63 лет, с жалобами на слабость, чувство тяжести в эпигастрии, отсутствие аппетита, отрыжку, иногда рвоту съеденной пищей, потерю веса в течении года до 10 кг. При объективном исследовании пациент пониженного питания, кожные покровы землистого цвета. Живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии. Объемные образования пальпаторно не определяются. Лимфатические узлы не увеличены. Предварительный диагноз и определить план обследования и тактику лечения?

Эталон ответа: Рак тела желудка. Общеклинические исследования, рентгенография органов грудной клетки, УЗИ органов брюшной полости, ФГДС с прицельной биопсией,

рентгенография и рентгеноскопия желудка. Хирургическое лечение в объеме субтотальной резекции желудка с последующей химиотерапией.

Задание 28.

Какой тест является наиболее информативным тестом состояния клапанного аппарата магистральных вен нижних конечностей является?

Эталон ответа: Ретроградная тазовая флебография на высоте пробы Вальсальвы.

Задание 29.

Какой объем оперативного вмешательства при перфорации неудалимой опухоли ректосигмоидного отдела?

Эталон ответа: Ушивание перфорации, двухствольная сигмостома, дренирование брюшной полости.

Задание 30.

Больной, 28 лет. Заболел 3 дня назад. Заболевание началось с болей в эпигастрии, переместившихся позднее в правую подвздошную область, тошнило, однократно была рвота. Никуда не обращался, боли стихли, но сегодня возобновились в правой подвздошной области, поднялась температура до 38 гр., газы стали плохо отходить, стул задержан. Имеется общая слабость, потливость. При осмотре: живот болезненный в правой подвздошной области, где определяется плотное болезненное опухолевидное образование, подвижное, без четких границ. Положителен с-м Щеткина - Блюмберга. Температура 38,6 С.

Какой диагноз? Какова тактика лечения?

Эталон ответа: Диагноз: Аппендикулярный инфильтрат. Тактика лечения: Лапароскопия. консервативное лечение, антибиотикотерапия, физиотерапия, дальнейшее наблюдение после исследование толстой кишки.

Задание 31.

Что является наиболее достоверными клиническими проявлениями перфоративной язвы желудка?

Эталон ответа: Напряжение передней брюшной стенки, отсутствие печеночной тупости.

Задание 32.

Вратарь 22 лет получил сильный удар мячом в эпигастральную область. Через час доставлен в приемный покой в тяжелом состоянии. Жалуется на резчайшие, нарастающие боли в эпигастральной области. Боли постепенно приобрели опоясывающий характер. Появилось затрудненное дыхание. Состояние больного прогрессивно ухудшается. Он бледен. Выражен акроцианоз. Покрыт липким потом, пульс слабого наполнения, АД - 140/40 мм.рт.ст. Живот слегка вздут, имеется напряжение мышц и резкая болезненность в эпигастральной области. Симптом Щеткина-Блюмберга слабо выражен. Печеночная тупость сохранена. Свободная жидкость в брюшной полости не определяется. Эритроцитов в крови 4,5 · 10¹² в 1 мкл, гемоглобин - 140 г/л.

Диагноз? Тактика лечения?

Эталон ответа: Учитывая характер травмы и клинические проявления, есть веские основания предположить у больного травму поджелудочной железы, с явлениями панкреонекроза. Необходимо: Дообследование, УЗИ поджелудочной железы, лапароскопия. При подтверждении диагноза – срочная операция.

Задание 33.

Больной 40 лет обратился к хирургу с жалобами на распирающую боль в области мизинца правой руки. Трое суток назад уколол палец гвоздем, тогда же рану обработал

раствором йода. Постепенно интенсивность болей нарастала, появился выраженный отек тканей всего пальца. Объективно отмечается отечность и болезненность 5 пальца правой кисти, на ладонной его поверхности в области основной фаланги имеется рана 2х2 мм, покрытая коркой. Движения в пальце ограничены из-за усиливающейся при этом боли.

Какой диагноз? Тактика лечения?

Эталон ответа: Подкожный или сухожильный панариций 5-го пальца правой кисти. Тактика лечения: : Вскрытие и дренирование по Клапу.

Задание 34.

Больная 41 года обратилась к хирургу поликлиники с жалобами на боли в области заднего прохода, повышение температуры до 38°C. До этого несколько дней находилась на больничном листе, выданным терапевтом по поводу субфебрилитета, общего недомогания. Из анамнеза выяснилось, что 5 лет назад было кратковременное воспаление в области ануса с незначительным выделением гноя.

Объективно: В области ануса на 5 - 8 часах имеется болезненный воспалительный инфильтрат 2х3 см. с деформацией наружного анального отверстия и его зиянием. С трудом удерживает газы, из прямой кишки выделяется слизь.

Установите диагноз. Какие дополнительные методы обследования? Тактика лечения?

Эталон ответа: Диагноз: Острый парапроктит (подкожный). Дополнительные обследования: ОАК, ОАМ, пункционная биопсия. Тактика лечения: В инфильтративную фазу - антибиотики, горячие микроклизмы, ректальная диатермия, свечи с анестезином. В фазу абсцедирования - вскрытие парапроктита.

Задание 35.

В приемное отделение городской больницы обратилась женщина с жалобами на наличие уплотнения в правой молочной железе, которое появилось у нее около года назад и медленно увеличивалось. При осмотре в верхне-наружном квадранте левой молочной железы пальпаторно определяется округлое образование до 3 см в диаметре, малоболезненное, подвижное, не спаяно с окружающими тканями. Подмышечные лимфоузлы не увеличены. Поставить диагноз и определить тактику лечения.

Эталон ответа: Фиброаденома молочной железы. Общеклинические исследования, маммография, пункционная биопсия, секторальная резекция при отсутствии атипии в пунктате, диспансерное наблюдение в динамике.

Задание 36.

В приемное отделение городской больницы обратилась женщина, 35 лет, жалобами на наличие опухолевидного образования в области правой лопатки. При осмотре образование мягкоэластичной консистенции, не спаяно с кожей, безболезненное. Поставить диагноз и определить тактику лечения?

Эталон ответа: Липома области правой лопатки. Хирургическое лечение, симптоматическая терапия.

Задание 37.

Из отделения абдоминальной хирургии онкодиспансера выписан пациент неоперабельной опухолью желудка после наложения гастростомы. Дайте необходимые рекомендации родственникам по уходу за гастростомой.

Эталон ответа: Поддержание кожи вокруг гастростомы в сухом состоянии, протирание после приема пищи сухими салфетками, обработка пастой Лассара или цинковой пастой, при необходимости обработки бриллиантовым зеленым или метиленовым синим.

Задание 38.

В терапевтическом отделении районной больницы находится пациентка, 53 лет, которой около года назад была сделана операция по поводу ущемленной пупочной грыжи. В послеоперационном периоде в средней трети послеоперационного шва образовался дефект кожных покровов, из которого периодически выделяется гнойное содержимое в умеренном количестве.

Поставить диагноз и определить тактику лечения?

Эталон ответа: Лигатурный свищ передней брюшной стенки. Необходимо сделать фистулографию, после чего под общим обезболиванием удалить лигатуру, наложить вторичные швы, установить дренаж, в послеоперационном периоде – перевязки, санация, симптоматическая терапия.

Задание 39.

Больной 43 лет 5 дней назад был оперирован по поводу прободной язвы желудка через 7 часов с момента перфорации. Произведено ушивание прободной язвы. На момент осмотра его беспокоят боли в нижних отделах живота, болезненность в конце акта мочеиспускания, частые позывы на дефекацию. Гипертермия носит гектический характер. Живот принимает участие в акте дыхания, мягкий, болезненный в нижних отделах. Симптомов раздражения брюшины нет. В области раны воспалительной реакции нет. Со стороны легких патологии нет. Лейкоциты - 18 тыс.

Установите наиболее вероятный диагноз.

Эталон ответа: Тазовый абсцесс. (абсцесс Дугласова пространства).

Задание 40.

Женщина 34 лет пришла на амбулаторный прием к хирургу. Жалуется на боли по медиальной поверхности левой голени в нижней и средней третях бедра. Боли появились 3 дня назад в области голени и впоследствии распространились на бедро. Температура повысилась до 37,5 °С, стала затруднительной ходьба. При осмотре по ходу варикозно измененной левой большой подкожной вены на голени и бедре имеется гиперемия кожного покрова, при пальпации в этой зоне определяется болезненный тяж. Пальпация в паховой области безболезненная. Отека стопы и голени нет.

Предварительный диагноз? Дополнительные обследования? Тактика лечения?

Эталон ответа: Диагноз: Острый тромбоз поверхностных вен левой голени и бедра. Дополнительные обследования: Кровь – общий анализ, билирубин, печеночные пробы, сахар. Исследование экскреторной функции поджелудочной железы (копрограмма, эластаза 1). УЗИ, КТ, ФГДС, РХПГ (ультрасонография, пункционная биопсия). Тактика лечения: Постельный режим, возвышенное положение конечности, антибиотики, антикоагулянты, венотоники (троксевазин), антиагреганты (асирин), местное лечение (НПВС: диклофенак, фастум-гель. Гепарин, гель). При наличии восходящего тромбоза - операция Троянова.

Задание 41.

У мужчины 52 лет, страдающего ИБС с мерцательной аритмией, внезапно появились резкие боли в животе разлитого характера. Вскоре появилась рвота (дважды), не приносящая облегчения. Через 2 часа от начала заболевания пациент доставлен в лечебное учреждение. При осмотре: поведение пациента беспокойное из-за сильных болей в животе. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастриальной и мезогастральной областях. Перистальтика вялая. Симптом Щеткина - Блюмберга отрицательный. При ректальном исследовании - на перчатке кал обычного цвета. Общий анализ крови: лейкоцитоз до 17,0 x 10⁹/л. ЭКГ - без особенностей. Какую патологию можно предположить?

Эталон ответа: Диагноз: Острая мезентериальная ишемия.

Задание 42.

Кормящую мать 28 лет, в течение двух недель беспокоят боли в левой молочной железе. Объективно: в верхне — наружном квадранте левой молочной железы отчетливо пальпируется плотное образование размером 6 x 8 см, резко болезненное, кожа над ним багрово — синюшной окраски, однако, размягчения или флюктуации нет. Общее состояние больной удовлетворительное, отмечает слабость, повышенную потливость, температура по вечерам достигает 38 оС. На протяжении последних 6 дней лечится амбулаторно у хирурга. Проведен курс антибиотикотерапии (ампициллин). Улучшения нет. Ввиду отсутствия эффекта направлена в стационар.

Предварительный диагноз? Дополнительные методы обследований? Тактика лечения?

Эталон ответа: Диагноз: Острый лактационный мастит левой молочной железы в стадии инфильтрации. Дополнительные обследования: УЗИ молочной железы, пункционная биопсия. Тактика лечения: В данном случае показана консервативная терапия в сочетании с физиотерапией.

Задание 43.

Больная 49 лет поступила в клинику по поводу острого панкреатита. Комплекс консервативных мероприятий не дал эффекта. Состояние ухудшилось. Решено было больную оперировать. При ревизии был констатирован отек поджелудочной железы. Общий желчный проток расширен. Желчный пузырь напряжен, с трудом опорожняется, в нем прощупываются камни. В чем заключается оперативное пособие непосредственно на поджелудочной железе? Необходимо ли вмешательство на желчных путях?

Эталон ответа: 1. Необходимо вскрыть сальниковую сумку, затем широкими продольными разрезами листка брюшины обнажить поджелудочную железу; выполнить секвестрэктомия, дренирование сальниковой сумки. 2. Выполнить холецистэктомию; ревизировать желчные протоки – выполнить интраоперационную холангиографию; дренировать желчные пути - холедохостомия.

Задание 44.

Из психиатрической больницы доставлен больной, который сегодня сообщил врачу, что он 2 дня назад проглотил английскую булавку. Больной никаких жалоб не предъявляет, общее состояние остается удовлетворительным, живот мягкий, безболезненный.

При рентгенологическом исследовании большая английская булавка обнаружена в тонком кишечнике, она находится в закрытом положении. Какова тактика лечения?

Эталон ответа: В стационаре больному назначают обволакивающую пищу (полужидкие каши, пюре). Проводится ежедневный рентгенологический контроль за перемещением инородного тела. Операция показана при появлении признаков перфорации кишечника.

Задание 45.

Больная 24 лет поступила с жалобами на раздражительность, потливость, слабость, сердцебиение. Больна 2 года. Щитовидная железа не увеличена. Основной обмен 30 %. При физикальном исследовании никакой патологии не выявлено. При рентгенологическом исследовании в переднем средостении на уровне II ребра справа определяется образование округлой формы размером 5X5 см с четкими границами. Легочная ткань прозрачна. Какой диагноз можно предположить?

Эталон ответа: Загрудинная токсическая аденома щитовидной железы.

Задание 46.

Больной 43 лет болен 3 мес. Появилась дисфагия, которая постепенно нарастает. Отмечает значительную потерю в массе, слабость, недомогание, анемию. Диагрез? Что необходимо для уточнения диагноза?

Эталон ответа: Диагноз: Рак пищевода. Необходимые обследования: Эзофагоскопия с биопсией, рентгенография пищевода с барием.

Задание 47.

Больной 64 лет с механической желтухой оперирован с подозрением на камень общего желчного протока. Во время операции выяснилось, что у больного рак фатерова сосочка с переходом на стенку общего желчного протока. Пузырный проток проходим, желчный пузырь резко растянут и напряжён. Какую операцию можно выполнить в данном случае?

Эталон ответа: Если позволяет состояние больного и квалификация хирурга, то можно выполнить панкреатодуоденальную резекцию. В противном случае следует ограничиться паллиативной операцией билиодигестивного анастомоза. У данного больного, учитывая переход опухоли на общий желчный проток, целесообразно наложить анастомоз между холедохом и тонкой кишкой по Ру.

Задание 48.

В приемное отделение городской больницы по скорой помощи доставлен пациент, 75 лет, с жалобами на интенсивные боли в правой нижней конечности, усиливающиеся при движении, выраженный отек мягких тканей стопы, повышение температуры тела до 38,0С. Из анамнеза выяснено, что в течение 15 лет страдает инсулинозависимым сахарным диабетом II типа. На момент поступления правая нижняя конечность резко отечна до средней трети, кожные покровы синюшно-багрового цвета, пульсация на стопе не определяется, демаркационная линия четко не выражена. Уровень глюкозы сыворотки крови на момент осмотра 25 ммоль/л. Поставить диагноз и определить лечебную тактику.

Эталон ответа: Сахарный диабет II тип, инсулинозависимый, декомпенсация. Диабетическая гангрена правой нижней конечности. Коррекция глюкозы сыворотки крови, инфузионная терапия с целью предоперационной подготовки, срочная операция ампутации правой нижней конечности на уровне средней трети правого бедра.

Задание 49.

У больного перелом ребер, цианоз, боли, одышка, частый пульс. Указать вид новокаиновой блокады.

Эталон ответа: При множественном переломе ребер и наличии клиники плевропульмонального шока необходимо выполнить шейную вагосимпатическую блокаду по методике А.В.Вишневого и блокаду межреберных нервов.

Задание 50.

У больного имеется подкожный панариций 3-го пальца левой кисти. Указать вида местной анестезии и описать технику её проведения.

Эталон ответа: Больному необходимо выполнить проводниковую анестезию пальца 2% раствором новокаина по методике Оберста – Лукашевича.

Задание 51.

Больной прооперирован по поводу спонтанного пневмоторакса. Указать диету, которая показана в данном случае в послеоперационном периоде.

Эталон ответа: Первые сутки – голод, затем на 2-3-и сутки – стол № 1, затем стол № 15.

Задание 52.

Пациенту была сделана операция резекции 2/3 желудка по поводу декомпенсированного стеноза привратника на фоне язвенной болезни. Указать диету, которая показана в данном случае в послеоперационном периоде.

Эталон ответа: В послеоперационном периоде – голод на трое суток, затем – только питье, с 5-6-х суток диета №№ 0, 0-а, 0-б, 0-в, 1-а, 1.

Задание 53.

У больного 65 лет установлен диагноз рака прямой кишки на 7 см от анального канала, занимающего 2/3 окружности. Каков объем оперативного вмешательства?

Эталон ответа: Экстирпация прямой кишки, при неоперабельности – двустольная колостома.

Задание 54.

В хирургическом отделении районной больницы пациенту с язвенной болезнью и субкомпенсированным стенозом привратника назначена операция. Определить объем предоперационной подготовки в данном случае.

Эталон ответа: Голод с 16 часов, очистительная клизма вечером и утром, промывание желудка вечером и утром, гигиеническая ванна, смена нательного и постельного белья, премедикация, бритье волос в день операции.

Задание 55.

Больная 42 лет, поступила в хирургическое отделение с жалобами на боли в эпигастриальной области, усиливающиеся после приема пищи, тошноту, временами рвоту, похудание. В анамнезе: год назад лечился по поводу тупой травмы живота, посттравматического панкреатита.

Объективно: состояние удовлетворительное, пониженного питания, кожный покров и склеры обычного цвета, со стороны органов грудной полости без особенностей. Язык влажный, обложен. Живот не вздут, симметричный, равномерно участвует в акте дыхания. При пальпации в эпигастрии определяется эластическое неподвижное образование 9x11 см, без передаточной пульсации, аускультативно над ним шумов не определяется, желудок не увеличен. Определяется непостоянный шум плеска. Печень и селезенка не увеличены. Стул неустойчив. При фиброгастродуоденоскопии выполненной амбулаторно в желудке умеренное количество жидкости, гастрические изменения слизистой, фиброгастроскоп проходит в 12-перстную кишку, но в антральном отделе отмечается выбухание задней стенки.

Какой диагноз можно предположить? С чем нужно провести дифференциальную диагностику?

Эталон ответа: Диагноз: Хронический кистозный панкреатит. Дифференцировать необходимо с: Поликистозом. Опухолью поджелудочной железы, желудка.

Задание 56.

Больной К., 52 года поступил в приемный отделения с жалобами на боли в эпигастрии с иррадиацией в поясницу, тошноту, многократную рвоту, не приносящую облегчения.

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

Объективно: пониженного питания, правильного телосложения. Пульс 98 в минуту. Язык влажный, обложен. Живот не вздут, мягкий, болезненный в эпигастрии и правом подреберье, где определяется опухолевидное образование 11x10 см, плотно-эластической консистенции, болезненное при пальпации, не смещается. Перитонеальных симптомов нет. В анализе крови: Лейкоциты $15,1 \times 10^9/\text{л}$, диастаза мочи - 647 ЕД. Предварительный диагноз? Необходимые обследования? Тактика лечения?

Эталон ответа: Диагноз: Обострение хронического рецидивирующего панкреатита. Киста поджелудочной железы. Дополнительные обследования: ФГДС, УЗИ, компьютерная томография. Общий анализ крови, диастаза мочи. Тактика лечения: консервативное лечение по основным направлениям ОП: борьба с болью, восполнение ОЦК, воздействие на местный патологический очаг, уменьшение эндоинтоксикации, коррекция тромбогеморрагических осложнений, иммунокоррекция, нутритивная и энергетическая поддержка. При осложнении кисты: дренирующие операции, цистогастроанастомоз, панкреатоэюноанастомоз, резекция ПЖ

Задание 57.

В хирургическое отделение районной больницы госпитализирован пациент с подозрением на перфоративную язву желудка. Определить порядок и объем диагностических мероприятий и объем предоперационной подготовки пациента, если учесть, что за два часа до поступления он принимал пищу.

Эталон ответа: Осмотр, обзорная рентгенография органов брюшной полости на наличие свободного газа в поддиафрагмальном пространстве, осмотр анестезиолога, по показаниям – терапевта, хирургическое вмешательство по неотложным показаниям, интубация трахеи после установки назогастрального зонда, механического удаления содержимого желудка без промывания при положении больного на столе с приподнятым головным концом.

Задание 58.

У больного, прооперированного по поводу проникающего ножевого ранения брюшной полости, повреждения кишечника на вторые сутки после операции появились интенсивные боли в животе, тошнота, рвота, при пальпации – положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Во время перевязки между краями послеоперационной раны выступает петля кишечника. Поставить диагноз и определить вид хирургического вмешательства.

Эталон ответа: имеет место послеоперационная эвентерация кишечника. Показана срочная релапаротомия.

Задание 59.

Какая тактика при обнаружении первичного очага при сепсисе?

Эталон ответа: Широкое вскрытие гнойника с иссечением гнойно-некротических тканей, первичный глухой шов раны с аспирационно-промывным дренированием или ведение раны открытым способом

Задание 60.

Когда производят артротомию при гнойном артрите?

Эталон ответа: при многократных повторных пункциях сустава, не дающих стойкого эффекта.

Задание 61.

Гнойные осложнения чаще возникают при каком доступе к органам грудной полости?

Эталон ответа: При стернотомии.

Задание 62.

Когда показана ранняя хирургическая некрэктомия при ожогах кисти?

Эталон ответа: при распространенных глубоких ожогах тыла кисти, если поражение не проникает глубже собственной фасции.

Задание 63.

При эмболии бедренной артерии и развившейся контактуре конечности в голеностопном и коленном суставах, какая операция является методом выбора?

Эталон ответа: первичная ампутация конечности.

Задание 64.

Смысл бинтования голеней эластическими бинтами в послеоперационном периоде состоит в чем?

Эталон ответа: В ускорении кровотока по глубоким венам.

Задание 65.

Больная 62 лет, около 4 месяцев отмечает субфебрилитет, нарастающую слабость, анорексию, тупые боли в животе ближе к правому подреберью и в правой поясничной области, неустойчивый стул со слизью, иногда с прожилками крови. Похудела на 10 кг. По данным рентгеноскопии желудка патологии нет. При ректороманоскопии в прямой и сигмовидной кишке слизь. Объективно: кожные покровы бледные, пульс 78 ударов в минуту, АД 150/90 мм рт. ст. Живот несколько вздут в мезогастрии. Отмечается дискомфорт при пальпации и умеренная болезненность по правому флангу, печень по краю реберной дуги. Указать предварительный диагноз и дополнительные исследования.

Эталон ответа: У больной подозрение на осложненную злокачественную опухоль правой половины ободочной кишки. Для установления диагноза показано фиброколоноскопия, ирригоскопия, УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства, МРТ, лапароскопия.

Задание 66.

Женщина 72 лет в 2002 году диагностирована аденокарцинома правой молочной железы T2N1M0. В этом же году перенесла радикальную мастэктомию с адьювантной полихимиотерапией по программе CAF (АПХТ CAF). Через 3 года после операции диагностированы множественные двусторонние метастазы в легких. Сформулировать клинический диагноз с обозначением клинической группы.

Эталон ответа: Рак правой молочной железы T2N1M0. Состояние после радикальной мастэктомии, АПХТ CAF. Прогрессирование от 2005 г.; множественные двусторонние метастазы легких. IV клиническая группа.

Задание 67.

Больная 43 лет поступила в клинику с жалобами на раздражительность, дрожание пальцев рук, плаксивость, наличие опухолевидного образования на передней поверхности шеи, значительное похудание за последнее время. Общее состояние удовлетворительное, пониженного питания. Кожные покровы бледно - розового цвета. Пульс 96 в минуту, ритмичный. АД 130/90 мм.рт.ст. Тоны сердца глуховатые, в легких жесткое дыхание, со стороны органов брюшной полости патологии не найдено. На передней поверхности шеи определяется образование, смещаемое при глотании. При пальпации обнаружено, что щитовидная железа диффузно увеличена, безболезненна. Основной обмен +30%. Каков ваш диагноз? Какие исследования необходимы для уточнения диагноза?

талон ответа: Узловой зоб, гипертиреоз. УЗИ щитовидной железы, биопсия узла, определение гормонов крови: ТТГ, Т3, Т4, антитела к тиреоглобулину.

Задание 68.

Поступила женщина 60 лет, менопауза более 10 лет, с распадающейся изъязвленной раковой опухолью левой молочной железы, диаметром 11 см. Язва имеет зловонный запах. Подмышечные лимфатические узлы значительных размеров, спаяны с кожей. При рентгенологическом исследовании в лёгких выявлены метастазы. Общее состояние больной удовлетворительное. Определите стадию заболевания согласно международной и старой классификации. Какова тактика лечения больной?

Эталон ответа: У больной IV стадия рака молочной железы, стадия заболевания T4N1M1. Биопсия образования и, учитывая хорошее общее состояние больной, можно сделать мастэктомию с лимфаденэктомией с последующей лучевой и химиотерапией.

Задание 69.

Больная 36 лет обнаружила опухолевидное образование на передней поверхности шеи. Никаких жалоб не предъявляет. Образование появилось 5 лет назад, когда больная проживала на Урале, и оно постепенно медленно увеличивается. При осмотре больная хорошего питания. Пульс 78'. Тоны сердца чистые. В левой доле щитовидной железы определяется на глаз и при пальпации овальной формы, плотноватой консистенции образование с гладкой поверхностью, размером 10x8 см, безболезненное, подвижное при глотании. Глазные симптомы не выражены. Ваш диагноз? Тактика лечения?

Эталон ответа: У больной имеет место эндемический узловой зоб 2-3 степени без явлений тиреотоксикоза. Больная подлежит оперативному лечению – энуклеации или резекции левой доли щитовидной железы.

Задание 70.

В чем заключается принцип операции Маделунга?

Эталон ответа: в удалении подкожных вен из лампасных резервов на бедре и голени.

Задание 71.

В чем заключается принцип операции Нарата?

Эталон ответа: в удалении подкожных вен методом тоннелирования

Задание 72.

Больной 32 лет поступил с жалобами на сильный кашель с небольшим количеством гнойной мокроты и прожилками крови в ней. 1.5 месяца назад ел грецкие орехи и во время смеха появился приступ надсадного кашля. Через 2 дня повысилась температура до 38°C. При рентгеноскопии грудной клетки изменений обнаружено не было. В последующем беспокоил кашель со скудной мокротой неприятного запаха, а при повторной рентгенографии грудной клетки выявилась правосторонняя нижнедолевая пневмония. При поступлении состояние удовлетворительное, под нижней долей правого легкого укорочение перкуторного звука и ослабление дыхания, на рентгенограммах уменьшение в объеме сегментов нижней доли правого легкого. Наиболее вероятный диагноз?

Эталон ответа: Аспирация инородного тела и нагноительный процесс в зоне ателектаза.

Задание 73.

У больного 26 лет диагностирован гангренозный абсцесс легкого, осложненный профузным легочным кровотечением. Наиболее эффективным методом лечения у него является?

Эталон ответа: Радикальное хирургическое лечение в виде резекции легкого.

Задание 74.

У больной 35 лет, считавшей себя совершенно здоровой, при профилактическом осмотре в верхней доле правого легкого была обнаружена округлой формы гомогенная тень с относительно четкими границами и диаметром около 5 см. О каком заболевании следует думать?

Эталон ответа: Эхинококкоз легкого.

Задание 75.

При продолжающемся кровотечении из язвы (F1-A, F1-B) что необходимо?
 Эталон ответа: Эндоскопический гемостаз.

КРИТЕРИИ оценивания компетенций и шкалы оценки

Оценка «неудовлетворительно» (не зачтено) или отсутствие сформированности компетенции	Оценка «удовлетворительно» (зачтено) или удовлетворительный (пороговый) уровень освоения компетенции	Оценка «хорошо» (зачтено) или достаточный уровень освоения компетенции	Оценка «отлично» (зачтено) или высокий уровень освоения компетенции
<p>Неспособность обучающегося самостоятельно продемонстрировать знания при решении заданий, отсутствие самостоятельности в применении умений. Отсутствие подтверждения наличия сформированности компетенции свидетельствует об отрицательных результатах освоения учебной дисциплины</p>	<p>Обучающийся демонстрирует самостоятельность в применении знаний, умений и навыков к решению учебных заданий в полном соответствии с образцом, данным преподавателем, по заданиям, решение которых было показано преподавателем, следует считать, что компетенция сформирована на удовлетворительном уровне.</p>	<p>Обучающийся демонстрирует самостоятельное применение знаний, умений и навыков при решении заданий, аналогичных образцам, что подтверждает наличие сформированной компетенции на более высоком уровне. Наличие такой компетенции на достаточном уровне свидетельствует об устойчиво закреплённом практическом навыке</p>	<p>Обучающийся демонстрирует способность к полной самостоятельности в выборе способа решения нестандартных заданий в рамках дисциплины с использованием знаний, умений и навыков, полученных как в ходе освоения данной дисциплины, так и смежных дисциплин, следует считать компетенцию сформированной на высоком уровне.</p>

Критерии оценивания тестового контроля:

процент правильных ответов	Отметки
91-100	отлично
81-90	хорошо
70-80	удовлетворительно
Менее 70	неудовлетворительно

При оценивании заданий с выбором нескольких правильных ответов допускается одна ошибка.

Критерии оценивания собеседования:

Отметка	Дескрипторы		
	прочность знаний	умение объяснять (представлять) сущность явлений, процессов, делать выводы	логичность и последовательность ответа
отлично	прочность знаний, знание основных процессов изучаемой предметной области, ответ отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владением терминологическим аппаратом; логичностью и последовательностью ответа	высокое умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры	высокая логичность и последовательность ответа
хорошо	прочные знания основных процессов изучаемой предметной области, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; свободное владение монологической речью, однако допускается одна - две неточности в ответе	умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; однако допускается одна - две неточности в ответе	логичность и последовательность ответа
удовлетворительно	удовлетворительные знания процессов изучаемой предметной области, ответ, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории. Допускается несколько ошибок в содержании ответа	удовлетворительное умение давать аргументированные ответы и приводить примеры; удовлетворительно сформированные навыки анализа явлений, процессов. Допускается несколько ошибок в содержании ответа	удовлетворительная логичность и последовательность ответа
неудовлетворительно	слабое знание изучаемой предметной области, неглубокое раскрытие темы; слабое знание основных	неумение давать аргументированные ответы	отсутствие логичности и последовательности ответа

	вопросов теории, слабые навыки анализа явлений, процессов. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа		
--	---	--	--

Критерии оценивания ситуационных задач:

Отметка	Дескрипторы			
	понимание проблемы	анализ ситуации	навыки решения ситуации	профессиональное мышление
отлично	полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены	высокая способность анализировать ситуацию, делать выводы	высокая способность выбрать метод решения проблемы, уверенные навыки решения ситуации	высокий уровень профессионального мышления
хорошо	полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены	способность анализировать ситуацию, делать выводы	способность выбрать метод решения проблемы уверенные навыки решения ситуации	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается одна-две неточности в ответе
удовлетворительно	частичное понимание проблемы. Большинство требований, предъявляемых к заданию, выполнены	удовлетворительная способность анализировать ситуацию, делать выводы	удовлетворительные навыки решения ситуации, сложности с выбором метода решения задачи	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается более двух неточностей в ответе либо ошибка в последовательности решения
неудовлетворительно	непонимание проблемы. Многие требования, предъявляемые к заданию, не выполнены. Нет ответа. Не было попытки решить задачу	низкая способность анализировать ситуацию	недостаточные навыки решения ситуации	отсутствует