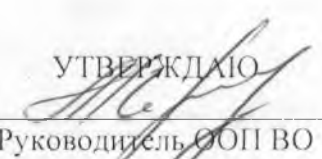


ФЕДЕРАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

«РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

УТВЕРЖДАЮ


Руководитель ООП ВО
по программе ординатуры
31.08.67 Хирургия
д.м.н., профессор Черкасов М.Ф.

«29» 08 2023 г.

**РАБОЧАЯ ПРОГРАММА
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ
ПО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ -
ПРОГРАММЕ ОРДИНАТУРЫ**

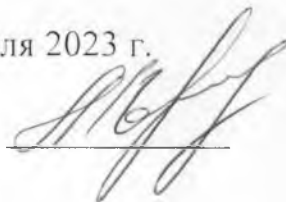
Специальность: 31.08.67 Хирургия
Квалификация выпускника: врач-хирург
Форма обучения: очная
Курс: 2
Семестр: 4

Ростов-на-Дону
2023 г.

Рабочая программа государственной итоговой аттестации «Хирургия» по специальности 31.08.67. Хирургия рассмотрена на заседании кафедры хирургии №4 ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России.

Протокол № 4/2023 от «07» апреля 2023 г.

Председатель заседания



Черкасов М.Ф.

ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВЫПУСКНИКОВ, ОСВОИВШИХ ПРОГРАММУ ОРДИНАТУРЫ

3.1 Область профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, включает охрану здоровья граждан путем обеспечения оказания высококвалифицированной медицинской помощи в соответствии с установленными требованиями и стандартами в сфере здравоохранения.

3.2 Объектами профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, являются:

- ✓ Физические лица (пациенты) в возрасте от 0 до 15 лет, от 15 до 18 лет (далее – подростки) и в возрасте старше 18 лет (далее – взрослые);
- ✓ Население;
- ✓ Совокупность средств и технологий, направленных на создание условий для охраны здоровья граждан.

3.3 Виды профессиональной деятельности, к которым готовятся выпускники, освоившие программу ординатуры:

- ✓ профилактическая;
- ✓ диагностическая;
- ✓ лечебная;
- ✓ реабилитационная;
- ✓ психолого-педагогическая;
- ✓ организационно-управленческая

3.4 Выпускник, освоивший программу ординатуры, готов решать следующие профессиональные задачи:

профилактическая деятельность:

- ✓ предупреждение возникновения заболеваний среди населения путем проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий;
- ✓ проведение профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения;
- ✓ проведение сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья населения различных возрастно-половых групп, характеризующих состояние их здоровья;

диагностическая деятельность:

- ✓ диагностика заболеваний и патологических состояний пациентов на основе владения пропедевтическими, лабораторными, инструментальными и иными методами исследования;
- ✓ диагностика неотложных состояний;
- ✓ диагностика беременности;
- ✓ проведение медицинской экспертизы;

лечебная деятельность:

- ✓ оказание специализированной медицинской помощи;
- ✓ участие в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства;
- ✓ оказание медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участие в медицинской эвакуации;

реабилитационная деятельность:

- ✓ проведение медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения;

психолого-педагогическая деятельность:

- ✓ формирование у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих;

организационно-управленческая деятельность:

- ✓ применение основных принципов организации оказания медицинской помощи в медицинских организациях и их структурных подразделениях;
- ✓ организация и управление деятельностью медицинских организаций, и их структурных подразделений;
- ✓ организация проведения медицинской экспертизы;
- ✓ организация оценки качества оказания медицинской помощи пациентам;
- ✓ ведение учетно-отчетной документации в медицинской организации;
- ✓ создание в медицинских организациях и их структурных подразделениях благоприятных условий для пребывания пациентов и трудовой деятельности медицинского персонала с учетом требований техники безопасности и охраны труда;
- ✓ соблюдение основных требований информационной безопасности.

ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

Универсальные компетенции (УК-):

- готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);
- готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения (УК-3).

Профессиональные компетенции (ПК-):

профилактическая деятельность:

- готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);
- готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2);
- готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);
- готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4);

диагностическая деятельность:

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

лечебная деятельность:

- готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи (ПК-6);
- готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7);

реабилитационная деятельность:

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

психолого-педагогическая деятельность:

- готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);

организационно-управленческая деятельность:

- готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10);
- готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11);
- готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-12).

ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Цель: установление уровня профессиональной подготовки выпускников требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования подготовки кадров высшей квалификации по программе ординатуры 31.08.67. Хирургия.

Задачи: Проверка уровня сформированности компетенций, определённых ФГОС ВО, принятие решения о присвоении квалификации по результатам ГИА и выдаче документа об образовании.

ПРОЦЕДУРА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Государственная итоговая аттестация по основной профессиональной образовательной программе подготовки кадров высшей квалификации по программе ординатуры 31.08.67. Хирургия осуществляется посредством проведения государственного экзамена и должна выявлять теоретическую и

практическую подготовку врача-хирурга в соответствии с содержанием основной образовательной программы и требованиями ФГОС ВО.

Целью ГИА является установление уровня подготовки ординатора к выполнению профессиональных задач и соответствия его подготовки требованиям ФГОС ВО.

Задачи ГИА: проверка уровня сформированности компетенций, определённых ФГОС ВО, принятие решения о присвоении квалификации по результатам ГИА и выдаче документа об образовании.

1. Государственные аттестационные испытания ординаторов по специальности 31.08.67. Хирургия проходят в форме государственного экзамена (оценка умения решать конкретные профессиональные задачи в ходе собеседования).
2. Обучающийся допускается к государственной итоговой аттестации после изучения дисциплин в объеме, предусмотренном учебным планом программы ординатуры 31.08.67. Хирургия.
3. Обучающимся, успешно прошедшим государственную итоговую аттестацию, выдается диплом об окончании ординатуры, подтверждающий получение высшего образования подготовки кадров высшей квалификации по программе ординатуры 31.08.67. Хирургия .
4. Обучающимся, не прошедшим государственную итоговую аттестацию или получившим на государственной итоговой аттестации неудовлетворительные результаты, а также обучающимся, освоившим часть программы ординатуры и (или) отчисленным из университета, выдается справка об обучении или о периоде обучения по образцу, самостоятельной установленному университетом.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА

1. Раздел «Хирургия органов брюшной полости»

1. Язвенная болезнь желудка и ДПК. Показания к хирургическому лечению: клинично - лабораторно - инструментальный объем исследований, необходимый для обоснования абсолютных показаний к операции. Предоперационная подготовка.
2. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки. Объем хирургического лечения в зависимости от локализации язвы, желудочной секреции и степени стенозирования привратника. Методы резекции желудка. Прогноз. Трудоспособность.
3. Виды ваготомий, сравнительная характеристика методов.
4. Пептическая язва анастомоза, клиника, диагностика, методы хирургического лечения.
5. Функциональные расстройства оперированного желудка, демпинг-синдром, нарушение всасывания, синдром «приводящей петли». Клиника, диагностика, лечение.
6. Прободные гастродуоденальные язвы, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика.
7. Виды хирургических операций при перфоративной язве желудка и двенадцатиперстной кишки. Ошибки и опасности при лечении перфоративных язв желудка и 12 -перстной кишки.
8. Язвенные и неязвенные гастродуоденальные кровотечения. Классификация. Дифференциальная диагностика.
9. Язвенные гастродуоденальные кровотечения. Диагностическая программа при гастродуоденальных кровотечениях. Дифференциальная диагностика. Определение кровопотери.
10. Тактика хирурга при язвенных гастродуоденальных кровотечениях. Прогноз рецидива кровотечения. Методы хирургического лечения.
11. Методы консервативной терапии в лечении острых гастродуоденальных кровотечений. Методы эндоскопического гемостаза.
12. Неязвенные гастродуоденальные кровотечения: синдром Мэллори-Вейсса, эрозивный гастродуоденит, кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода, рак желудка. Дифференциальная диагностика. Хирургическая тактика.
13. Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода и кардиального отдела желудка. Этиопатогенез. Консервативное и оперативное лечение
14. Язвенный пилородуоденальный стеноз. Клиника, диагностика, особенности предоперационной подготовки. лечение.
15. Каллезная пенетрирующая язва желудка. Клиника, диагностика, лечение.
16. Острый аппендицит, клиника, диагностика, хирургическая тактика, лечение.
17. Острый аппендицит: классификация, дифференциальная диагностика, лечение. Показания к хирургическому лечению, техника аппендэктомии.
18. Особенности клиники острого аппендицита в детском и пожилом возрасте, у беременных и в атипичном расположении червеобразного отростка.
19. Осложнение острого аппендицита: абсцесс пространства Дугласа, пилефлебит, забрюшинная флегмона. Клиника, методы диагностики и лечения.
20. Тактика хирурга при лечении осложненного аппендицита: аппендикулярного инфильтрата, абсцесса, перитонита. Показания к дренированию брюшной полости и особенности дренирования.
21. Патогенез и классификация острой кишечной непроходимости.
22. Особенности клиники обтурационной, странгуляционной и смешанной форм кишечной непроходимости.
23. Предоперационная подготовка. Основы коррекции биохимических изменений в крови при ОКН.
24. Выбор метода операции при острой кишечной непроходимости, показания к резекции кишки, наложение обходных анастомозов, кишечных свищей.
25. Хирургическое лечение больных с острой кишечной непроходимостью, этапы операций, методы декомпрессии, клиника.
26. Борьба с интоксикацией и послеоперационным парезом кишечника при острой кишечной непроходимости, диагностика и профилактика послеоперационных осложнений.

27. Спаечная болезнь брюшной полости. Показания к операции и техника при спаечной кишечной непроходимости.
28. Острая мезентериальная непроходимость: клиника, диагностика, лечение: хирургическая тактика, объем медикаментозной терапии. Прогноз.
29. Болезнь Крона. НЯК: этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.
30. Дивертикул Меккеля. Дивертикулит. Этиология. Клиника. Диагностика. Лечение.
31. Острый холецистит: клиника, диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Показания к операции, выбор метода. Прогноз.
32. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика различных форм холецистита.
33. Клиника, диагностика осложненных форм холецистита при наличии холедохолитиаза, стеноза большого дуоденального соска. Тактика хирурга.
34. Желтухи: определения понятия. Классификация. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика желтух. Лечение механической (хирургической) желтухи, выбор метода лечения. Прогноз.
35. Показания к холедохотомии, дуоденотомии, папиллотомии, наложению билиодигестивных анастомозов.
36. Особенности ведения послеоперационного периода, сроки удаления дренажей у больных с механической желтухой. Профилактика и лечение печеночной недостаточности.
37. Эхинококки печени. Эпидемиология. Этиология, пат. анатомия. Клиника, диагностика. Профилактика, лечение.
38. Острый панкреатит. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение. Показания к операции, выбор метода и объема хирургического лечения. Прогноз трудоспособности.
39. Острый панкреатит, клинические проявления, периодичность течения, консервативная терапия с применением эндоскопических методов лечения.
40. Острый панкреатит, панкреонекроз. Отсроченные операции. Показания, техника, объем операции. Дренаж сальниковой сумки, забрюшинного пространства, секвестрэктомия и резекция панкреас.
41. Острый панкреатит, панкреонекроз. Показания, методика и этапы ранних операций. Забрюшинная новокаиновая блокада, санация и декомпрессия желчных путей, дренирование сальниковой сумки, регионарная перфузия поджелудочной железы.
42. Хирургическое лечение осложнений острого панкреатита, панкреонекроза: поддиафрагмальных абсцессов, реактивных плевритов, межпетлевых абсцессов.
43. Кисты и свищи поджелудочной железы. Классификация, клиника, диагностика и лечение. Прогноз.
44. Хронический парапроктит: классификация, клиника, диагностика и лечение. Прогноз.
45. Геморрой: определение болезни, классификация. Клиника, диагностика, лечение. Прогноз. Трудоспособность.
46. Геморрой, патогенез, диагностика, дифференциальная диагностика, инструментальные методы исследования, показания к оперативному лечению, техника геморроидэктомии.
47. Доброкачественные опухоли толстой кишки, классификация, клиника, диагностика, лечение.
48. Дивертикулы толстой кишки. Дивертикулиты. Клиника, диагностика, лечение. Осложнения. Диагностика, лечение.
49. Открытая травма живота, клиника, диагностика, хирургическая тактика, методы хирургического лечения.
50. Закрытые травмы живота, клиника, диагностика, хирургическая тактика.
51. Общие принципы операций при ущемленных грыжах.
52. Паховые грыжи: врожденные, приобретенные, прямые, косые. Диагностика и дифференциальная диагностика. Оперативное лечение, ошибки и опасности при выполнении операции.
53. Бедренные грыжи, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, техника операций при бедренных грыжах.
54. Пупочные грыжи, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, оперативное лечение.
55. Послеоперационные грыжи, клиника, диагностика, показания к оперативному лечению, принципы операций.
56. Особенности диагностики пристеночной формы ущемления грыж. Интраоперационная диагностика ретроградного ущемления, ущемления сальника, червеобразного отростка,

<p>дивертикула Меккеля, мочевого пузыря, придатков матки, жировых подвесок.</p> <p>57. Хирургическая тактика у больных с ущемленными грыжами, наиболее частые диагностические и тактические ошибки.</p>
<p>2. Раздел «Заболевания органов грудной клетки»</p>
<ol style="list-style-type: none"> 1. Гемоторакс и гемопневмоторакс. Клиника, диагностика, оказание первой помощи, показания к хирургическому лечению и методика операций. Показания к хирургическому лечению и методика операций. 2. Открытый, закрытый и клапанный пневмоторакс. Экстренная помощь и показания к хирургическому лечению больным с пневмотораксом. Особенности послеоперационного периода. 3. Пневмоторакс и эмпиема плевры. Клиника, диагностика, лечение: показания к хирургическому лечению. Прогноз. 4. Абсцесс и гангрена легкого: этиология, патогенез, пат. Анатомия, клиника, диагностика. Лечебная тактика: консервативное лечение, объем медикаментозной терапии. Показания к хирургическому лечению, обоснование метода операции. Послеоперационное лечение. Прогноз. 5. Ахалазия пищевода: клиника, диагностика и дифференциальная диагностика. 6. Ахалазия пищевода: Методы консервативного и оперативного лечения. Показания к операции, выбор метода хирургического лечения, особенности техники операции. Прогноз. 7. Спорадический зоб. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, показания к хирургическому лечению. 8. Эндемический и спорадический зоб. Классификация, диагностика. Лечение консервативное, показания к оперативному лечению и объем операций. Прогноз. 9. Консервативное лечение больных с тиреотоксическим зобом, показания и противопоказания к операции, предоперационная подготовка больных. 10. Маститы: этиология, патогенез, клиника и диагностика в зависимости от стадий заболевания. Консервативное и хирургическое лечение. Прогноз. 11. Эндемический зоб. Классификация, клиника, диагностика, консервативное лечение, показания к хирургическому лечению 12. Тиреотоксикоз, классификация, клиника диффузного и узлового тиреотоксического зоба, диагноз, дифференциальный диагноз. 13. Ожоги пищевода. Клиника, диагностика и лечение острого периода. 14. Ожоги пищевода. Консервативное и оперативное лечение. 15. Медиастенит. Этиология, клиника. Лечение.
<p>3. Раздел «Заболевания и повреждения сосудов»</p>
<ol style="list-style-type: none"> 1. Варикозное расширение вен нижних конечностей, патогенез, клиника, функциональные пробы определения состояния клапанного аппарата вен нижних конечностей. Лечение. 2. Острый тромбоз поверхностных, глубоких вен нижних конечностей. Клиника, диагностика, лечение. 3. Острый восходящий тромбоз. Патогенетические механизмы, клиника, диагностика, лечение консервативное и хирургическое. 4. Илеофemorальный венозный тромбоз. Клиника, диагностика, лечение. 5. Посттромбозитический синдром. Патофизиология кровообращения. Клинические формы. 6. Посттромбозитический синдром, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, показания к оперативному лечению. 7. Тромбоз легочной артерии. Патогенез. Клиника, диагностика, принципы лечения. Реанимационные мероприятия. Виды оперативных вмешательств. 8. Острая артериальная непроходимость магистральных артерий конечностей: Классификация острой ишемии. Диагностика, 9. Острая артериальная непроходимость магистральных артерий конечностей: принципы лечения, показания к ампутации конечности; обоснование выбора и объема оперативного лечения. 10. Оклюзионные заболевания артерий. Облитерирующий атеросклероз. Синдром Лериша. Облитерирующий эндартериит. Классификация хронической ишемии нижних конечностей.. Дифференциальная диагностика. Методы лечения.

<ol style="list-style-type: none"> 11. Синдром хронической абдоминальной ишемии. Диагностика, клинические проявления, лечение консервативное и хирургическое. 12. Аневризмы аорты. Диагностика, клиника, показания и противопоказания к операции, методы хирургического лечения. 13. Тромбозы системы верхней полой вены. Синдром Педжетта-Шреттера. Клиника, диагностика, показания к оперативному лечению. 14. Тромбозы системы нижней полой вены и глубоких вен нижних конечностей – клиника, диагностика, показания к оперативному лечению, варианты операций. Показания к имплантации кава-фильтра. 15. Портальная гипертензия. Этиопатогенез. Консервативное и оперативное лечение 16. Лимфангоиты и лимфадениты, клиника, диагностика, хирургическое лечение. 17. Травмы сердца. Диагностика, принципы оказания экстренной медицинской помощи. Профилактика тампонады сердца. 18. Травмы магистральных сосудов Диагностика, принципы оказания экстренной медицинской помощи. Хирургическое лечение. 19. Врожденные пороки сердца (открытый артериальный проток, дефекты перегородки сердца, коарктация аорты, синдром Эйзенменгера). Патогенез кровообращения. Клиника. Лечение. 20. Приобретенные пороки сердца. Виды. Клиника, диагностика, принципы и методы хирургического лечения. 21. Эндоваскулярные методы лечения – баллонная ангиопластика и стентирование артерий. Показания, противопоказания, методика, терапия в послеоперационном периоде.
<p>4. Раздел «Раны. Хирургическая инфекция. Термические повреждения»</p>
<ol style="list-style-type: none"> 1. Перитонит. Классификация. Патогенез. Клиника и диагностика с учетом стадии (периодов) заболевания. Предоперационная подготовка, 2. Перитонит. Хирургическое лечение. 3. Перитонит. Послеоперационное ведение больного. Прогноз. 4. Оказание первой помощи при термических поражениях, ведение больного с ожоговой болезнью. 5. Гнойное воспаление кожи и подкожной клетчатки. Патогенез, классификация, тактика хирурга. 6. Гнойные воспаления кожи и подкожной клетчатки. Техника операции. 7. Фурункул и карбункул. Фурункулез. Классификация, патогенез, диагностика, лечение. 8. Септический шок. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. 9. Основные принципы лечения септического шока: коррекция гемодинамических нарушений, нарушений дыхания, гемокоагуляции. иммунная и антибактериальная терапия. 10. Панариций, пандактилит: классификация, клиника, диагностика, хирургическое лечение. Схема разрезов. Особенности послеоперационного лечения. 11. Инвалидность и ее причины. Реабилитация инвалидов. 12. Социальное страхование в российской федерации и его основные принципы, структура органов социального страхования. 13. Правила выдачи листов нетрудоспособности при различных видах утраты трудоспособности. 14. Рожистое воспаление кожи, клиника, диагностика, классификация, стадии лечения. 15. Раны. Лечение ран в различных стадиях раневого процесса.

ПЕРЕЧЕНЬ ЗАДАНИЙ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА

Раздел 1. «Хирургия органов брюшной полости».

Задача № 1.

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° С. Заболевание началось с появления образования в правой паховой области после физической нагрузки

сопровожающееся выраженной болезненностью. Со временем присоединился описанный симптомокомплекс, клиника заболевания прогрессирует.

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 - 100/70. Тоны сердца приглушены. Язык сухой, обложен у корня коричневым налетом. Живот вздут, болезненный при пальпации во всех отделах. Симптомы раздражения брюшины слабоположительные. 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.

@1) Предположите наиболее вероятный диагноз.

Правильный ответ Ущемленная правосторонняя паховая грыжа, флегмона грыжевого мешка. ОКН?

@2) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Правильный ответ: Диагноз ущемленная правосторонняя паховая грыжа, флегмона грыжевого мешка поставлен на основании данных анамнеза заболевания, жалоб больного (появление острой боли и выпячивание в правой паховой области после физической нагрузки, учитывая продолжительность заболевания в течении 3-х суток, выраженный отек и гиперемия тканей в области грыжевого выпячивания, повышение температуры до 38 градусов, выраженный болевой синдром. На основании выше изложенного оставлен диагноз: ущемленная правосторонняя паховая грыжа, флегмона грыжевого мешка. Классическая картина ущемленной грыжи как правило требует дополнительного обследования. Диагноз ОКН определяется по наличию: резкое вздутие живота, многократная рвота, задержка отхождения стула и газов в течении 2-х суток.

@3) План дополнительного обследования.

Правильный ответ: Обзорная рентгенограмма органов брюшной полости на определение уровней (чашки Клейбера) УЗИ брюшной полости для определения свободной жидкости.

@4) План лечения.

Правильный ответ:

1) Экстренная операция: выделение грыжевого мешка, вскрытие грыжевого мешка и фиксация его содержимого, рассечение ущемляющего кольца, определение жизнеспособности ущемленных органов, резекция нежизнеспособных органов, пластика грыжевых ворот.

2) Экстренная операция. Сначала выполняется срединная лапаротомия, резекция кишки в пределах жизнеспособных тканей. Концы ущемленной кишки лигируют и перитонизируют. Вторым этапом вскрывают грыжевой мешок, удаляют гнойный экссудат, ущемленную петлю кишки и грыжевой мешок. Пластику грыжевых ворот не выполняют, рану дренируют.

@5) Рекомендации

Правильный ответ Основное внимание в послеоперационном периоде в случае резекции не жизнеспособного участка кишки уделяют лечению кишечной непроходимости.

Послеоперационную рану ведут как гнойную.

Задача № 2.

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: 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 эпигастриальной области с последующим их перемещением в течение нескольких часов в правую подвздошную область.

Больной занимался самолечением, за медицинской помощью не обращался.

@1) Предположите наиболее вероятный диагноз.

Правильный ответ: Острый деструктивный аппендицит, перитонит (местный???)

@2) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Правильный ответ: 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 слабopоложительных перитонеальных знаков в нижних отделах живота. Данных лабораторных и инструментальных методов исследования можно поставить диагноз.

@3) План дополнительного обследования.

Правильный ответ: С целью дифференциальной диагностики могут быть применены, УЗИ на свободную жидкость, лапароскопия.

@4) План лечения.

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

@5) С какими неотложными состояниями нужно проводить дифференциальный диагноз:

Правильный ответ: Аппендиксита. Мочеточниковая колика.

Задача № 3.

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.

Т тела 37,2, в крови лейкоцитоз (11,8 x 10⁹/л) с умеренным сдвигом лейкоцитарной формулы влево.

@1) Предположите наиболее вероятный диагноз.

Правильный ответ: Острый обтурационный холецистит.

@2) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Правильный ответ: 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. Живот не вздут, при пальпации напряжен и резко болезненный в правом подреберье и эпигастрии. Положительные симптомы Ортнера и Мерфи. Лабораторных и инструментальных методов исследования

@3) План дополнительного обследования.

Правильный ответ: Необходимые лабораторные исследования: 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

@4) План лечения.

Правильный ответ: Экстренное оперативное лечение. Операция: Лапароскопическая холецистэктомия.

@5) Варианты оперативного лечения :

Правильный ответ Наложение холецистомы. Холецистэктомия. Лапароскопическая холецистэктомия, дренирование ОЖП.

Задача № 4.

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 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.

@1) Предположите наиболее вероятный диагноз.

Правильный ответ: Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Стеноз привратника декомпенсированный.

@2) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Правильный ответ: На основании жалоб, данных анамнеза и объективных данных: на чувство тяжести в эпигастральной 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.

@3) План дополнительного обследования.

Правильный ответ: Из дополнительных методов исследования показаны рентгеноскопия желудка и ФГДС. Диагностическая лапароскопия.

@4) План лечения.

Правильный ответ: Предоперационная подготовка должна заключаться в коррекции электролитных и белковых нарушений. Лапаротомия. Резекция желудка при тяжелом состоянии гастроэнтероанастомоза.

@5) Дифференциальный диагноз.

Правильный ответ: Рак головки поджелудочной железы. Стенозирующий рак желудка.

Задача № 5.

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 $4,6 \times 10^9/\text{л}$, Лейкоциты $15,2 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ 18 мм/ч. Диастаза мочи 64 ЕД.

@1) Предположите наиболее вероятный диагноз.

Правильный ответ: Язвенная болезнь желудка осложненной прикрытой перфорацией

@2) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Правильный ответ: На основании жалоб, данных анамнеза, лабораторных и инструментальных методов исследования: заболел внезапно 5 часов назад, когда появились резкие боли в эпигастрии (кинжальная боль), была однократная рвота, Определяется мышечный дефанс и болезненность во всех отделах. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный. Ан. крови: Эритроциты $4,6 \times 10^9/\text{л}$, Лейкоциты $15,2 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ 18 мм/ч. Диастаза мочи 64 ЕД

@3) План дополнительного обследования.

Правильный ответ: Последовательность диагностических мероприятий: обзорная рентгенография брюшной полости, ФГДС, повторная обзорная рентгенография брюшной полости, лапароскопия

@4) План лечения.

Правильный ответ: При подтверждении диагноза - экстренная операция. Способы оперативного лечения: ушивание прободной язвы, резекция желудка. Лапароскопическое ушивание язвы.

@5) Дифференциальная диагностика

Правильный ответ: Панкреонекроз.

Задача № 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.

@1) Предположите наиболее вероятный диагноз.

Правильный ответ: Желчнокаменная болезнь. Холедохолитиаз. Гнойный холангит @2) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Правильный ответ: 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

@3) План дополнительного обследования.

Правильный ответ: Наиболее доступный и информативный метод дополнительного обследования - УЗИ. .

@4) План лечения.

Правильный ответ: Пациенту показано оперативное лечение: эндоскопическая папиллосфинктеротомия с литоэкстракцией. при неэффеkтивности - холедохолитотомия, наружное дренирование холедоха.

@5 Дифференциальный диагноз

Правильный ответ: Стриктура дистального отдела холедоха

Задача № 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.

@1) Предположите наиболее вероятный диагноз.

Правильный ответ: Ущемлённая, правосторонняя паховая грыжа

@2) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Правильный ответ: На основании жалоб на наличие грыжевого выпячивания в правой паховой области, болезненное, Боли появились час назад после физической нагрузки. Данных объективного метода исследования : определяется грыжевое выпячивание размерами 8x12см. образование определяется как стоя, так и в положении лежа, в брюшную полость не вправляется. Кашлевой толчок отрицательный. Консистенция плотноэластическая. Перкуторно – тимпанит

@3) План дополнительного обследования.

Правильный ответ: Обзорная рентгенограмма органов брюшной полости. УЗИ брюшной полости.

@4) План лечения.

Правильный ответ: Экстренная операция: выделение грыжевого мешка, вскрытие грыжевого мешка и фиксация его содержимого, рассечение ущемляющего кольца, определение жизнеспособности ущемленных органов, пластика грыжевых ворот

@5) Дифференциальная диагностика

Правильный ответ: Ущемленной бедренной грыжей

Задача № 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.

@1) Предположите наиболее вероятный диагноз.

Правильный ответ: Острый аппендицит, тазовое расположение

@2) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Правильный ответ: На основании данных анамнеза и жалоб: появились боли в правой подвздошной области с иррадиацией в пах, чувство дискомфорта при мочеиспускании, температура 37,2 болев в течении суток. Объективных методов исследования: перитонеальные симптомы неубедительны. В правой подвздошной области определяется резкая болезненность

@3) План дополнительного обследования.

Правильный ответ: ОАК, ОАМБ, УЗИ почек, мочевого пузыря, на наличие свободной жидкости. Лапароскопия..

@4) План лечения.

Правильный ответ: Оперативное лечение:

- 1) Лапароскопическая аппендэктомия, дренирование брюшной полости.
- 2) Аппендэктомия по Волковичу- Дьяконову

@5) Дифференциальный диагноз

Правильный ответ: Аппоплексия. Внематочная беременность. Гемоперитонеум

Задача № 9.

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 9 x 11 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.

@1) Предположите наиболее вероятный диагноз.

Правильный ответ: Хронический кистозный панкреатит. Дуоденальная непроходимость?

@2) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Правильный ответ: На основании жалоб, данных анамнеза и объективного метода исследования: боли в эпигастриальной области, усиливающиеся после приема пищи, тошноту, временами рвоту, похудание. При пальпации в эпигастрии определяется эластическое неподвижное образование 9 x 11 см, без передаточной пульсации, аускультативно над ним шумов не определяется, желудок не увеличен

@3) План дополнительного обследования.

Правильный ответ: Рентгенография желудка и грудной клетки, ФГДС, УЗИ, пункционная биопсия.

@4) План лечения.

Правильный ответ: Консервативное (основные направления лечения острого панкреатита), коррекция электролитного баланса и инкреторной недостаточности.

Оперативное лечение зависит от степени сформированности кисты и осложнений: малоинвазивная (пункции, дренирование), паллиативные операции (марсупиализация, цистоеюностамиа, цистогастроанастомоз), радикальная (энуклеация, резекция поджелудочной железы с кистой).

@5) Дифференциальный диагноз

Правильный ответ: Поликистоз. Опухоль поджелудочной железы, желудка

Задача № 10.

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.

Объективно: Язык влажный. Пульс 88 в минуту, ритмичный, удовлетворительных качеств. АД-

130/80 мм.рт.ст. Тошноты, рвоты нет.

@1) Предположите наиболее вероятный диагноз.

Правильный ответ: Рецидивная невправимая грыжа белой линии живота. Копростаз?

@2) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Правильный ответ: На основании выше изложенного, данных анамнеза и объективных данных: 20 лет назад оперирован по поводу грыжи белой линии живота, 15 лет назад рецидив грыжи. Грыжевое выпячивание имеет тенденцию к увеличению, грыжевые ворота до 5 - 7 см в диаметре. Ввиду ухудшения погоды и понижения атмосферного давления, появились боли в грыжевом выпячивании. Боли постоянные, усиливаются при движениях. Можно поставить диагноз

@3) План дополнительного обследования.

Правильный ответ: Обзорная рентгенограмма органов брюшной полости УЗИ брюшной полости..

@4) План лечения.

Правильный ответ: Оперативное лечение- Лапароскопическая фундопликация Touret +крупорофия Лапаротомия. Пластика с применением биологических (аллопластика) и синтетических (эксплантация) материалов (onlay, sublay, inlay).

Оперативное лечение выполняют в плановом порядке после предоперационной подготовки, включающей профилактику возможных кардиореспираторных осложнений, связанных с одномоментным повышением внутрибрюшного давления после герниопластики. Грыжесечение дополняют разделением сращений, дефект брюшной стенки замещают различными видами ауто- или аллотрансплантатов. Наиболее часто применяют полипропиленовый сетчатый трансплантат. В зависимости от способа размещения эндопротеза различают методику герниопластики onlay (сетка подшивается на апоневроз) и sublay (трансплантат помещается под апоневроз в предбрюшинное пространство). При больших размерах грыжевых ворот показана ненатяжная пластика, когда дефект в апоневрозе замещается сетчатым трансплантатом в виде "заплаты" (методика inlay). При рецидивных грыжах в послеоперационном периоде назначаются антибактериальные препараты

@5) Тактика послеоперационного ведения

Правильный ответ: Ношение бандажа. Умеренные физические нагрузки. Борьба с запорами

Задача № 11.

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.

@1) Предположите наиболее вероятный диагноз.

Правильный ответ: Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, осложненная кровотечением.

@2) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Правильный ответ: 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

@3) План дополнительного обследования.

Правильный ответ: Из дополнительных методов необходимо определение группы крови и резус-фактора. После промывания желудка показана экстренная ФГДС.

@4) План лечения.

Правильный ответ:Необходимо установить источник кровотечения и его локализацию, оценить степень кровопотери, попытаться остановить кровотечение неоперативными методами гемостаза, оценить риск рецидива кровотечения.

При остановившемся кровотечении или после эндоскопической остановки его проводится консервативное лечение, включающее инфузионную и гемостатическую терапию, противоязвенное лечение

@5) Тактика хирургического лечения

Правильный ответ: Ушивания. Пилоропластика по Феню, Жабулею, Гейнеке-Микуличу

Задача № 12.

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.

@1) Предположите наиболее вероятный диагноз.

Правильный ответ: Спаечная болезнь брюшной полости: рецидивирующая спаечная непроходимость

@2) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Правильный ответ: На основании жалоб: на схваткообразные боли в животе, отсутствие отхождение стула и газов в течении 2-х суток, многократную рвоту. Данных 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

@3) План дополнительного обследования.

Правильный ответ: Целью обследования является оценка степени дисфункции кишечного пассажа, определение локализации «причинной спайки». Для этого может использоваться УЗИ брюшной полости, обзорная рентгенография органов брюшной полости, контроль пассажа бария (проба Шварца), контроль пассажа бариевых меток (проба Шалькова), диагностическая лапароскопия.

@4) План лечения.

Правильный ответ: 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

@5) Рекомендации

Правильный ответ: Профилактика спаечной болезни во время первой операции заключается в тщательном соблюдении принципов оперативной техники, бережном отношении к тканям, раннем восстановлении перистальтики, назначении в послеоперационном периоде ГБО, гидрокортизона, антигистаминных препаратов, физиотерапии и др.

Задача № 13.

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.

@1) Предположите наиболее вероятный диагноз.

Правильный ответ: Острая толстокишечная непроходимость. Обтурация левого фланга или

ректосигмоидного отдела толстой кишки

@2) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Правильный ответ: На основании данных анамнеза и объективных методов исследования: 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. 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, можно поставить диагноз: Острая толстокишечная непроходимость. Обтурация левого фланга или ректосигмоидного отдела толстой кишки

@3) План дополнительного обследования.

Правильный ответ: Обзорная рентгенография органов брюшной полости, УЗИ, проба фон Монтейфеля, экстренная ирригография, колоноскопия.

@4) План лечения.

Правильный ответ: Инфузионно-спазмолитическая терапия, очистительные клизмы, лечебная колоноскопия, дренирование желудка, толстой кишки (попытка консервативной или колоноскопической декомпрессии толстой кишки). В случае неэффективности – не позднее чем через 6 – 12 часов после поступления – экстренная лапаротомия.

В зависимости от интраоперационной находки используют одно- двух- и трехмоментные методы операций. Во всех случаях главным моментом оперативного пособия является ликвидация кишечной непроходимости и сохранение жизни больного. На современном этапе при опухолях правого фланга толстой кишки используется правосторонняя гемиколэктомия с илеотрансверзоанастомозом и, в случае необходимости, – проксимальной разгрузочной илеостомией. При обтурационном раке левого фланга толстой кишки рекомендуется выполнять первичную радикальную резекцию с терминальной колостомией (типа Гартмана). В случае неоперабельности – наложение перманентной колостомы проксимальнее обструкции

@5) Дифференциальную диагностику

Правильный ответ: следует проводить с хроническим атоническим колитом, копростазом, псевдообструкцией толстой кишки, различными формами мегалоколон, заворотом сигмы, неспецифическим язвенным колитом.

Задача № 14.

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, 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.

@1) Предположите наиболее вероятный диагноз.

Правильный ответ: Обострение хронического рецидивирующего панкреатита. Киста поджелудочной железы

@2) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Правильный ответ: На основании жалоб, данных анамнеза и объективного метода исследования: 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. Живот не вздут, мягкий, болезненный в эпигастрии и правом подреберье, где определяется опухолевидное образование 11 x 10 см, плотно-эластической консистенции, болезненное при пальпации, не смещается. Перитонеальных симптомов нет. Можно поставить предварительный диагноз: Обострение хронического рецидивирующего панкреатита. Киста

поджелудочной железы

@3) План дополнительного обследования.

Правильный ответ: ФГДС, УЗИ, компьютерная томография. Общий анализ крови, диастаза мочи.

@4) План лечения.

Правильный ответ Консервативное лечение по основным направлениям ОП:

- борьба с болью, восполнение ОЦК.
- воздействие на местный патологический очаг,
- уменьшение эндоинтоксикации,
- коррекция тромбгеморрагических осложнений,
- иммунокоррекция,
- нутритивная и энергетическая поддержка.

При осложнениях кист – оперативное

@5) Оперативное лечение

Правильный ответ:

- дренирующие операции, цистогастроанастомоз, панкреатоэюноанастомоз.
- резекция ПЖ

Задача № 15.

У больного 52 лет, страдающий желчно-каменной болезнью, после погрешности в диете внезапно возникли боли в верхних отделах живота, иррадиирующие в спину, многократная рвота желчью, гипертермия до 37,6, озноб. После приема но-шпы, боли купировались. Через сутки появилась желтушность кожных покровов, боли в животе оставались.

Объективно: Состояние средней тяжести. Кожа и склеры желтушны. Пульс 92 в минуту. АД 125/85 мм.рт.ст. Язык влажный, обложен. Живот несколько вздут, мягкий, болезненный в эпигастрии. Перитонеальных симптомов нет. Желчный пузырь не пальпируется. Лейкоциты 11,4 x 10⁹/л, билирубин крови 60 мкмоль/л. Диастаза мочи 1024 ЕД.

@1) Предположите наиболее вероятный диагноз.

Правильный ответ: Острый холецистит. Механическая желтуха (холедохолитиаз

@2) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Правильный ответ: Исходя из данных анамнеза: страдающий желчно-каменной болезнью, после погрешности в диете внезапно возникли боли в верхних отделах живота, иррадиирующие в спину, многократная рвота желчью, гипертермия до 37,6, озноб. Объективных данных: Кожа и склеры желтушны. Пульс 92 в минуту. АД 125/85 мм.рт.ст. Язык влажный, обложен. Живот несколько вздут, мягкий, болезненный в эпигастрии. Перитонеальных симптомов нет. Желчный пузырь не пальпируется. Лабораторных показателей: Лейкоциты 11,4 x 10⁹/л, билирубин крови 60 мкмоль/л. Диастаза мочи 1024 ЕД.

@3) План дополнительного обследования.

Правильный ответ: Клинический анализ крови, билирубин, печеночные пробы, фибриноген, ПТИ, амилаза, общий анализ мочи, диастаза мочи. ФГДС, УЗИ.

@4) План лечения.

Правильный ответ: Купирование болевого синдрома (блокада, спазмолитики, в/в капельницы, анальгетики)) при неэффективности операция по срочным показаниям

@5) Оперативное лечение

Правильный ответ: (холецистэктомия, холедохолитотомия, дренирование холедоха – малоинвазивными или обычными технологиями). Лапароскопическая холецистэктомия

Задача № 16.

Больной В. 67 лет доставлен в хирургическое отделение с жалобами на умеренные боли внизу живота схваткообразного характера, иррадиирующие в крестец, вздутие живота, не отхождение газов, отсутствие стула в течение 3-х суток. Заболевание развивалось постепенно, больной страдает запорами в течение многих лет, подобные состояния в последний год были несколько раз, но разрешались после очистительной клизмы.

Общее состояние больной удовлетворительное, температура нормальная, пульс 68 в мин, язык обложен белым налетом, влажный. Живот вздут, при пальпации незначительно болезненный.

Выслушивается "шум плеска", при перкуссии - высокий тимпанит. При ректальном исследовании - ампула прямой кишки пуста, сфинктер расслаблен. При попытке поставить сифонную клизму - жидкость, после введения ее в количестве 350 мл, изливается обратно.

@1) Предположите наиболее вероятный диагноз.

Правильный ответ: Обтурирующая опухоль сигмовидной кишки, кишечная непроходимость

@2) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Правильный ответ: На основании жалоб на умеренные боли внизу живота схваткообразного характера, иррадиирующие в крестец, вздутие живота, не отхождение газов, отсутствие стула в течение 3-х суток. Объективных данных: Живот вздут, при пальпации незначительно болезненный. Выслушивается "шум плеска", при перкуссии - высокий тимпанит. При ректальном исследовании - ампула прямой кишки пуста, сфинктер расслаблен. При попытке поставить сифонную клизму - жидкость, после введения ее в количестве 350 мл, изливается обратно. Можно судить об обтурирующей опухоли сигмовидной кишки, кишечной непроходимости

@3) План дополнительного обследования.

Правильный ответ: Обзорная рентгенография брюшной полости, проба Шварца.

Колоноскопия, биопсия, УЗИ брюшной полости при отсутствии явлений непроходимости.

@4) План лечения.

Правильный ответ: Необходимо учитывать распространенность процесса, тип опухоли, соматическое состояние больной. В условиях кишечной непроходимости в данном случае показана операция Гартмана.

Выведение двухствольной сигмостомы, химиотерапия

@5) Вариант предоперационной подготовки

Правильный ответ: Инфузионная, кардиопатическая терапия, восстановление электролитного баланса

Задача № 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 11 x 7 x 5 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.

@1) Предположите наиболее вероятный диагноз.

Правильный ответ: Невправимая пахово-мошоночная грыжа

@2) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Правильный ответ: На основании жалоб на увеличение в объеме правой половины мошонки.

Заболевание началось 1 год назад с появления опухолевидного образования у корня мошонки.

Локальных данных: правая половина мошонки увеличена в размерах до 11 x 7 x 5 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. Можно поставить диагноз: Невправимая пахово-мошоночная грыжа

@3) План дополнительного обследования.

Правильный ответ: Обзорная рентгенограмма органов брюшной полости УЗИ брюшной полости для определения свободной жидкости.

@4) План лечения.

Правильный ответ: Оперативное лечение в плановом порядке (учитывая трудоспособный возраст)

@5) Варианты оперативного лечения

Правильный ответ: Герниопластика по Постемскому, Пластика с аллотрансплантантом (операции Лихтенштейна), лапароскопическая операция с сетчатым трансплантантом

Задача № 18.

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.

@1) Предположите наиболее вероятный диагноз.

Правильный ответ: Анастомозит

@2) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Правильный ответ: На основании данных анамнеза: 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

@3) План дополнительного обследования.

Правильный ответ: ЭФГДС с прицельной биопсией из области гастроэнтероанастомоза, Рентгеногастроскопия, Проба Шварца (пассаж бария по ЖКТ).

@4) План лечения.

Правильный ответ: Показаниями к оперативному лечению являются: выраженный анастомозит с декомпенсированным сужением просвета гастроэнтероанастомоза, стеноз анастомоза рубцового характера, несостоятельность анастомоза, образование свищей, перфорации стенки желудка в этой области, осложненное течение язв анастомоза. Наложение дополнительного гастроэнтероанастомоза

@5) Варианты лечения

Правильный ответ: Симптоматическая противовоспалительное лечение, эндоскопическое лечение (обкалывание, бужирование), хирургическое лечение

Задача № 19.

Больная 45 лет поступила в хирургическое отделение с клиникой механической желтухи. Последняя появилась 3 дня назад на фоне болевого синдрома после погрешности в диете. В анамнезе желчно-каменная болезнь в течение 8 лет, когда при УЗИ были обнаружены мелкие камни в желчном пузыре. Ранее в стационаре не лечилась, в анамнезе желтухи не было.

Объективно: состояние больной удовлетворительное, хорошего питания, субиктеричность склер и кожи. Со стороны органов грудной клетки без особенностей.

Язык влажный. Живот симметричный, при пальпации болезнен в эпи-гастрии и больше в правом подреберье, особенно в точке желчного пузыря. Положительный симптом Ортнера. Пульсация аорты выше пупка не определяется. Перистальтика отчетливая. Перитонеальных симптомов нет.

Дизурических и диспептических расстройств не отмечает, кал светлее обычного. Лейкоцитоз -10 тыс. Диастаза мочи - 256 ед. При УЗИ - отмечено расширение холедоха до 1,4 см, однако конкрементов в последнем не обнаружено, несколько увеличена головка поджелудочной железы. Желчный пузырь 10 x 4 см, в просвете множество конкрементов от 0,3 до 0,7 см, стенка - 04.

@1) Предположите наиболее вероятный диагноз.

Правильный ответ: Острый панкреатит (отечная форма). ЖКБ, калькулезный холецистит или острый холецистопанкреатит. Холедохолитиаз? Механическая желтуха

@2) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Правильный ответ: На основании: поступила в хирургическое отделение с клиникой механической желтухи. Последняя появилась 3 дня назад на фоне болевого синдрома после погрешности в диете. В анамнезе желчно-каменная болезнь в течение 8 лет, когда при УЗИ были обнаружены мелкие камни в желчном пузыре,; лабораторные данные: Лейкоцитоз -10 тыс. Диастаза мочи - 256 ед. При УЗИ - отмечено расширение холедоха до 1,4 см, однако конкрементов в последнем не обнаружено, несколько увеличена головка поджелудочной железы. Желчный пузырь 10 x 4 см, в просвете множество конкрементов от 0,3 до 0,7 см, стенка - 04

@3) План дополнительного обследования.

Правильный ответ: лейкоцитоз, гемоглобин, гематокрит, фибриноген, амилаза, билирубин, печеночная проба. Диастаза мочи. УЗИ, ФГДС, КТ. РХПЕ.

@4) План лечения.

Правильный ответ: 1/ консервативное лечение ОП,

2/ при наличии конкрементов в холедохе и билиарной гипертензии ПСФТ с последующей холецистэктомией эндоскопической или обычным путем.

3/ после купирования острых явлений –эндоскопическая холецистэктомия в плановом порядке.

@5) Оперативное лечение

Правильный ответ Варианты оперативного пособия (при уточнении диагноза): эндоскопическая папиллосфинктеротомия, микрохолецистостомия, холецистэктомия, холедохолитотомия, наружное дренирование холедоха

Задача № 20.

Больной 38 лет поступил в хирургическое отделение с жалобами на сильные боли в эпигастрии опоясывающего характера, тошноту, рвоту. Заболевание связывает с употреблением алкоголя. В анамнезе гиперацидный гастрит.

Объективно: Состояние средней тяжести, тревожен, отмечены микро-циркуляторные нарушения. Желтухи нет. Число дыханий 18 - 20. В легких хрипов нет. Пульс 100 в 1 минуту, ритмичный, артериальное давление 120/80 мм.рт.ст. Язык обложен, влажный. Живот равномерно вздут, участвует в акте дыхания. При пальпации болезненность в эпигастрии, где определяется рези-стеитность брюшной стенки, распространяющаяся на правое подреберье. Пер-куторно: раздутая поперечно-ободочная кишка. Свободной жидкости в брюшной полости не определяется. Желчный пузырь не пальпируется. Печень выступает из под края реберной дуги. Перистальтика выслушивается, но вялая. Перитонеальных симптомов нет. Лейкоцитоз - 13 тыс. Диастаза мочи - 1024 ед. На обзорной рентгенограмме брюшной полости свободного газа нет. УЗИ -желчной гипертензии нет. Желчный пузырь 8 x 2 см, стенка 0,3 см, конкрементов не содержит. Имеется увеличение поджелудочной железы, особенно в области головки и тела с размытостью контуров. Жидкость в сальниковой сумке в виде щели 2,5 x 8 см. Свободной жидкости в брюшной полости не определяется.

Больному проводилась консервативная терапия с положительной клинической и лабораторной динамикой, однако при контрольном УЗИ через 7 дней отмечено сохранение жидкостного образования в области тела поджелудочной железы 3 x 6 см..

@1) Предположите наиболее вероятный диагноз.

Правильный ответ: Острый панкреатит. Асептический панкреонекроз. Оментобурсит

@2) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Правильный ответ: На основании жалоб, анамнеза; на сильные боли в эпигастрии опоясывающего характера, тошноту, рвоту. Заболевание связывает с употреблением алкоголя. В анамнезе гиперацидный гастрит. данных доп.обследования; Лейкоцитоз - 13 тыс. Диастаза мочи - 1024 ед. На обзорной рентгенограмме брюшной полости свободного газа нет. УЗИ -желчной гипертензии нет. Желчный пузырь 8 x 2 см, стенка 0,3 см, конкрементов не содержит. Имеется увеличение поджелудочной железы, особенно в области головки и тела с размытостью контуров. Жидкость в сальниковой сумке в виде щели 2,5 x 8 см

@3) План дополнительного обследования.

Правильный ответ: Общий анализ крови, билирубин, печеночные пробы, амилаза, липаза, сахар крови, ПТИ, фибриноген. Обзорная рентгенография легких, ФГДС, УЗИ, пункция оментобурсита на инфицированность.

@4) План лечения.

Правильный ответ: Больному показано консервативное лечение панкреатита, однако при прогрессировании клиники, увеличении количества жидкости в сальниковой сумке (УЗИ) или абсцедировании оментобурсита показано пункционное лечение под контролем УЗИ или дренирование сальниковой сумки (по возможности - эндоскопическое).

@5) Рекомендации

Правильный ответ: Борьба с шоком (болью), нормализация объема циркулирующей крови, и нейровегетативных функций; воздействие на местный патологический очаг;

Уменьшение эндоинтоксикации; коррекция тромбгеморрагического синдрома;

иммунокоррекция; нутритивная поддержка; энерготропная терапия; оперативное лечение по показаниям

Задача № 21.

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.

Объективно: Пациент контактен, адекватен. Пульс 86 в минуту. АД 140/90 мм.рт.ст. Язык

обложен, влажный. Живот "перекошен" - резко вздута правая половина его, при пальпации брюшная стенка мягкая, справа определяется эластическое образование, перистальтика над ним не выслушивается, здесь же определяется "шум плеска". При перкуссии - высокий тимпанит. При ректальном исследовании ампула прямой кишки пуста, сфинктер зияет. При попытке поставить сифонную клизму удалось ввести только 300 мл жидкости, после чего появились боли слева внизу живота, жидкость стала вытекать..

@1) Предположите наиболее вероятный диагноз.

Правильный ответ: Обтурационная кишечная непроходимость опухолевого генеза

@2) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Правильный ответ: На основании жалоб, анамнеза 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. При попытке поставить сифонную клизму удалось ввести только 300 мл жидкости, после чего появились боли слева внизу живота, жидкость стала вытекать

@3) План дополнительного обследования.

Правильный ответ: Обзорная рентгенография брюшной полости, контроль пассажа бария.

@4) План лечения.

Правильный ответ: Желудочная декомпрессия, инфузионная терапия, спазмолитики. При отсутствии эффекта, нарастании клиники кишечной непроходимости - экстренная операция

@5) Оперативное лечение

Правильный ответ: При локализации процесса в сигмовидной кишке, о чем свидетельствует положительный симптом Цеге-Мантейфеля, показана резекция сигмовидной кишки по Гартману или операция Цейтлера-Шлоффера; при локализации в нисходящей кишке – левосторонняя гемиколэктомия с выведением одноствольной трансверзостомы, при локализации в поперечноободочной кишке – резекция кишки типа Гартмана, при локализации в области правого фланга – правосторонняя гемиколэктомия. При неоперабельности опухоли (4 стадии заболевания) – наложение двухствольного ануса. при - наложение 2-х ствольной колостомы.

Задача № 22.

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 рт ст, 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..

@1) Предположите наиболее вероятный диагноз.

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

@2) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Правильный ответ: На основании анамнеза; 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. Объективных данных; . 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.

@3) План дополнительного обследования.

Правильный ответ: Рентгеновский снимок груди, живота и таза. Манилапаротомия на операционном столе.

@4) План лечения.

Правильный ответ: Срединная лапаротомия. Сбор крови, фильтрация ее и переливание больному. Отыскание источника кровотечения - селезенка. Удаление селезенки. Ревизия желудка, кишечника - повреждений нет. Отмывание живота. Дренирование левого поддиафрагмального пространства. Зашивание лапаротомной раны. Продолжение инфузионной терапии для восполнения кровопотери

@5) Рекомендации

Правильный ответ При благоприятном течении будет способен к физическому труду через 3-3,5 месяца

Задача № 23.

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. Per rectum - мелена

Дополнительные исследования к задаче

1. Общий анализ крови: эритроцитов $2,4 \cdot 10^{12}/л$, гемоглобин 65 г/л, гематокрит 23%.

2. Общий белок 55 г/л, протромбиновый индекс 70%

3. На ЭКГ - синусовая тахикардия

4. Состояние кислотно-щелочного равновесия:

Показатели больного	Норма
Ph – 7,30	7,35 – 7,45
pCO ₂ – 42 мм.рт.ст.	40 мм.рт.ст.
pO ₂ – 85 мм.рт.ст.	100 мм.рт.ст.
BE – (-7 ммоль/л)	±2,3 ммоль/л

5. Показатели фиброгастродуоденоскопии: Язва луковицы двенадцатиперстной кишки.

Тромбированный сосуд в диаметре около 1,5 мм.

6. Центральное венозное давление – отрицательное

7. Рентгенограмма органов грудной клетки без патологии

8. Билирубин – 12 мкмоль/л, мочевины 6 ммоль/л, глюкоза 5,7 ммоль/л .

@1) Предположите наиболее вероятный диагноз.

Правильный ответ: Желудочно-кишечное кровотечение. Декомпенсированная кровопотеря

@2) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Правильный ответ: На основании жалоб, анамнеза, лабораторных данных; на слабость, однократную потерю сознания, рвоту по типу «кофейной гущи», темный жидкий стул на протяжении последних двух дней. эритроцитов $2,4 \cdot 10^{12}$, гемоглобин 65 г/л, гематокрит 23%.

Показатели фиброгастродуоденоскопии.

Язва луковицы двенадцатиперстной кишки. Тромбированный сосуд в диаметре около 1,5 мм

@3) План дополнительного обследования.

Правильный ответ:

- ФГДС

- Общий анализ крови

- Биохимические исследования – определение КЩС, общий белок, ПТИ, глюкоза крови, мочевины, билирубин, коагулограмма.

@4) План лечения.

Правильный ответ: ФЕДС, эндоскопическая остановка кровотечения, инфузионная и гемостатическая терапия, противоязвенное лечение. При неэффективности эндоскопической

остановки кровотечения - экстренная операция - прошивание кровоточащей язвы

@5) Медикаментозное лечение

Правильный ответ: полиглюкин 600,0

- реополиглюкин 400,0

- альбумин 10%-200,0

- эритроцитарная масса 400,0

- ГЭК 6% -250,0

- физиологический раствор 400,0

- перфторан 400,

- натрия гидрокарбонат 8,4% -160,0 (объём= 0,3×массу тела×(-BE)

- глюкоза 10% - 800,0 + ингибиторы протеаз + кортикостероиды + антифосфоэстеразные средства+калий 7,5%

- эритроцитарная масса 400,0

- гемодез 400,0

- ЭАКК - 200,0

- свежзамороженная плазма 300,0

-реомберин 400,0

Задача № 24.

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 эпигастриальной 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.

@1) Предположите наиболее вероятный диагноз.

Правильный ответ: Хронический гиперпластический (псевдотуморозный) панкреатит

@2) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Правильный ответ: На основании жалоб и анамнеза: 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

@3) План дополнительного обследования.

Правильный ответ: Кровь – общий анализ, билирубин, печеночные пробы, сахар. Исследование экскреторной функции поджелудочной железы (копрограмма, эластаза 1). УЗИ, КТ, ФГДС, РХПГ (ультрасонография, пункционная биопсия)..

@4) План лечения.

Правильный ответ: Ликвидация холестатического синдрома (оперативное лечение – паллиативное и радикальное).

— Лечение синдрома экскреторной недостаточности (консервативная терапия – ферменты

@5) Дифференцировать

Правильный ответ: Дифференцировать с раком ПЖ.

Задача № 25.

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.

@1) Предположите наиболее вероятный диагноз.

Правильный ответ: Острая кишечная непроходимость, вызванная спайкообразованием или ущемленной посттравматической диафрагмальной грыжей.

@2) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Правильный ответ: 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

@3) План дополнительного обследования.

Правильный ответ: Обзорная рентгенография брюшной полости с контролем пассажа бария, ультразвуковое исследование.

@4) План лечения.

Правильный ответ: Комплекс мероприятий, включающий: голод, дренирование желудка, обезболивание, мощную инфузионную терапию, спазмолитики, новокаиновые блокады, ГБО, очистительные клизмы, коррекцию развивающихся полиорганных нарушений

@5) Оперативное лечение

Правильный ответ: 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).

Задача № 26.

Больной 15 лет предъявляет жалобы на неотхождение стула и газов, боли в животе постоянного характера. Из анамнеза установлено, что с раннего детства больной вынужден прибегать к ежедневным очистительным клизмам, чтобы добиться стула. В силу сложившихся обстоятельств (находился в поезде) добиться стула не удавалось в течение 3 суток.

Объективно: Язык влажный. Живот несколько вздут, мягкий, болезненный по ходу ободочной кишки. Перитонеальных симптомов нет. Шум плеска не выслушивается. При ректальном исследовании: Тонус сфинктера повышен, ампула пуста.

@1) Предположите наиболее вероятный диагноз.

Правильный ответ: Болезнь Гиршпрунга, мегалосигма

@2) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Правильный ответ: На основании жалоб и данных анамнеза; на неотхождение стула и газов, боли в животе постоянного характера. Из анамнеза установлено, что с раннего детства больной вынужден прибегать к ежедневным очистительным клизмам, чтобы добиться стула

@3) План дополнительного обследования.

Правильный ответ: Ректальное исследование, очистительные клизмы, механическое опорожнение кишечника (если необходимо - под наркозом). В «холодном» периоде - ирригоскопия, колоноскопия. Показание к экстренной операции: кишечная непроходимость.

@4) План лечения.

Правильный ответ Лечение болезни Гиршпрунга: резекция сигмовидной кишки в плановом порядке

@5) Дифференцировать

Правильный ответ: Дифференциальную диагностику необходимо проводить с обтурационной кишечной непроходимостью, копростазом, инородным телом прямой кишки

Задача № 27.

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.

@1) Предположите наиболее вероятный диагноз.

Правильный ответ: Хронический гиперпластический (псевдотуморозный) панкреатит

@2) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Правильный ответ: На основании жалоб и анамнеза; 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

@3) План дополнительного обследования.

Правильный ответ: Кровь – общий анализ, билирубин, печеночные пробы, сахар. Исследование экскреторной функции поджелудочной железы (копрограмма, эластаза).

УЗИ, КТ, ФГДС, РХПГ (ультрасонография, пункционная биопсия).

@4) План лечения.

Правильный ответ: Ликвидация холестатического синдрома (оперативное лечение – паллиативное и радикальное).

- Лечение синдрома экскреторной недостаточности (консервативная терапия)

– Ферменты

@5) Оперативное лечение

Правильный ответ: Пункционное лечение, наружное и внутреннее дренирование кист, папиллосфинктеротомия, панкреатоюноанастомоз, панкреатодуоденальная резекция

Задача № 28.

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 приеме пищи, богатой углеводами. После операции больной не прибавляет в массе. Дефицит массы тела составляет 8 кг.

@1) Предположите наиболее вероятный диагноз.

Правильный ответ: Демпинг-синдром

@2) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Правильный ответ: 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

@3) План дополнительного обследования.

Правильный ответ: Диагностика основана на оценке клинических данных, результатов провокационной пробы, рентгенологических данных.

@4) План лечения.

Правильный ответ: Оперативное лечение показано при тяжелой степени демпинг-синдрома, отсутствии эффекта от консервативного лечения, прогрессирующей потере веса

@5) Варианты оперативного лечения

Правильный ответ:

Варианты операций: операция Захарова-Генли, редуоденизация (при резекции по Бильрот -2), реконструкция гастроэюноанастомоза по Ру.

Раздел 2. «Заболевания органов грудной клетки».

Задача № 1.

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.

При осмотре: Кожные покровы бледно-розовые, обычной влажности. В легких везикулярное дыхание, значительно ослаблено в нижних отделах левого легкого. Там же нечетко выслушиваются кишечные шумы. ЧДД - 18 в 1 минуту. Пульс - 76 в 1 минуту, ритмичный. АД- 130/80 мм. рт. ст. Тоны сердца приглушены, ритмичные. На передней брюшной стенке рубец от срединной лапаротомии, выполненной, со слов больного, год назад по поводу проникающего в брюшную полость ножевого ранения. Живот не вздут, мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул регулярный, оформлен. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

@1) Предположите наиболее вероятный диагноз.

Правильный ответ: Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы

@2) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Правильный ответ: Для грыж собственно диафрагмы характерны кардиореспираторные (одышка, цианоз, тахикардия) и гастроинтестинальные симптомы (боли в эпигастрии, рвота, задержка стула и газов). Для грыж естественных отверстий диафрагмы характерны симптомы рефлюкс-эзофагита (чувство жжения за грудиной, изжога, усиливающиеся при работе нагнувшись)

@3) План дополнительного обследования.

Правильный ответ: Обзорная и контрастная рентгенография, ФГДС и УЗИ.

@4) План лечения.

Правильный ответ: Оперативное лечение- Лапароскопическая фундопликация Toupet +круорография

@5) Медикаментозное лечение

Правильный ответ: Симптоматическая терапия: анальгетики, спазмолитики, противоязвенная терапия

Задача № 2.

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.

@1) Предположите наиболее вероятный диагноз.

Правильный ответ: Перфорация шейного отдела пищевода инородным телом (рыбья кость).

Глубокая флегмона шеи. Гнойный медиастинит

@2) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Правильный ответ: На основании данных анамнеза, 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

@3) План дополнительного обследования.

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

@4) План лечения.

Правильный ответ: Шейная боковая и трандиафрагмальная медиастинотомия, дренирование средостения, гастростомия, мощная детоксикация, массивная антибактериальная терапия, лечение

полиорганных нарушений, иммунотерапия, исключение питания через рот.

При технических трудностях во время эзофагоскопии, подозрении на флегмону пищевода, перфорацию его инородным телом необходима госпитализация больного, динамическое наблюдение, при необходимости – дополнительное обследование

@5) Оперативное лечение

Правильный ответ: Оперативные доступы к средостению: надгрудный предплевральный по Разумовскому, шейная боковая медиастиномия, внеплевральная задняя медиастиномия по Насилову, парастеральный доступ по Маделунгу, нижняя трансабдоминальная медиастиномия по Савиных, торакотомный чрезплевральный доступ. Наиболее эффективный метод дренирования средостения – проточно-промывная система по Н.Н. Каншину и М.М. Абакумову

Задача № 3.

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.

@1) Предположите наиболее вероятный диагноз.

Правильный ответ: Диффузный токсический зоб. Тиреотоксикоз.

@2) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Правильный ответ: На основании жалоб и анамнеза: 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.

@3) План дополнительного обследования.

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

@4) План лечения.

Правильный ответ: Консервативно лечится тиреотоксикоз легкой и средней тяжести.

Оперативному лечению подлежит тяжелый тиреотоксикоз и рецидив тиреотоксикоза после медикаментозного лечения

@5) Рекомендации

Правильный ответ: Если операция выполнялась по поводу токсического зоба, в послеоперационном периоде эти больные должны находиться на больничном листке по временной нетрудоспособности до 4 месяцев. Больным, у которых в послеоперационном периоде длительное время сохраняются остаточные явления тиреотоксикоза, противопоказан тяжелый физический труд и работа в условиях повышенной температуры. Если в течение шести месяцев остаточные явления тиреотоксикоза не проходят и у больных не восстанавливается трудоспособность, то их направляют на МСЭК для решения вопроса о нетрудоспособности

Задача № 4.

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.

@1) Предположите наиболее вероятный диагноз.

Правильный ответ: Рак молочной железы, узловая форма, T2N1Mx, стадия II б.

@2) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Правильный ответ: На основании жалоб и анамнеза: 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.

@3) План дополнительного обследования.

Правильный ответ: 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.

@4) План лечения.

Правильный ответ: Комплексное комбинированное лечение, включая хирургическое вмешательство, лучевую и химиотерапию. Объем зависит от стадии заболевания

@5) Рекомендации

Правильный ответ: Восстановление общих (гемопоез) и местных лучевых реакций, профилактика и лечение лимфостаза верхней конечности, социальная и психологическая адаптация (пластика молочной железы).

Задача № 5.

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.

@1) Предположите наиболее вероятный диагноз.

Правильный ответ: Абсцесс легкого

@2) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Правильный ответ: На основании анамнеза; 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

@3) План дополнительного обследования.

Правильный ответ: обзорная рентгенография грудной клетки, томография, УЗИ, КТ.

@4) План лечения.

Правильный ответ: Оперативное лечение показано при отсутствии адекватного дренирования через бронх, при диаметре абсцесса более 6 см, при наличии толстой капсулы. Операции: пневмотомия, резекция доли легкого. В последние годы более широко используется пункционный метод лечения под контролем УЗИ

@5) Возможные осложнения

Правильный ответ: Развитие гангрены легкого, сепсиса, гнойного плеврита, пневмоторакса, асфиксии.

Задача № 6.

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.

@1) Предположите наиболее вероятный диагноз.

Правильный ответ: Острый лактационный мастит левой молочной железы в стадии инфильтрации

@2) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Правильный ответ: На основании жалоб и анамнеза: 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.

@3) План дополнительного обследования.

Правильный ответ: ОАК, ОАМ.

— УЗИ молочной железы.

— Пункционная биопсия.

@4) План лечения.

Правильный ответ: В данном случае показана консервативная терапия в сочетании с физиотерапией.

@5) Дифференцировать

Правильный ответ: Мастопатия, рак

Задача № 7.

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.

@1) Предположите наиболее вероятный диагноз.

Правильный ответ: Диффузный токсический зоб. Тиреотоксикоз.

@2) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Правильный ответ: На основании жалоб и анамнеза: 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.

@3) План дополнительного обследования.

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

@4) План лечения.

Правильный ответ: Консервативно лечится тиреотоксикоз легкой и средней тяжести.

Оперативному лечению подлежит тяжелый тиреотоксикоз и рецидив тиреотоксикоза после медикаментозного лечения

@5) Рекомендации

Правильный ответ: Если операция выполнялась по поводу токсического зоба, в послеоперационном периоде эти больные должны находиться на больничном листке по временной нетрудоспособности до 4 месяцев. Больным, у которых в послеоперационном периоде длительное время сохраняются

остаточные явления тиреотоксикоза, противопоказан тяжелый физический труд и работа в условиях повышенной температуры. Если в течение шести месяцев остаточные явления тиреотоксикоза не проходят и у больных не восстанавливается трудоспособность, то их направляют на МСЭК для решения вопроса о нетрудоспособности

Раздел 3. «Заболевания и повреждения сосудов».

Задача № 1.

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 эпигастральной и мезогастральной областях. Перистальтика вялая. Симптом Щеткина - Блюмберга отрицательный. При ректальном исследовании - на перчатке кал обычного цвета. Общий анализ крови: лейкоцитоз до $17,0 \times 10^9/\text{л}$. ЭКГ - без особенностей.

@1) Предположите наиболее вероятный диагноз.

Правильный ответ: Острая мезентериальная ишемия

@2) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Правильный ответ: На основании жалоб, анамнеза; 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 эпигастральной и мезогастральной областях.

Перистальтика вялая.

@3) План дополнительного обследования.

Правильный ответ: (кровь, моча, ЭКГ, обзорная

1. Рентгенография органов брюшной полости), 2. Лапароскопия; 3. Доплеровское исследование сосудов.

@4) План лечения.

Правильный ответ: Лечебная тактика – экстренная лапаротомия; восстановление нарушенного кровотока в брыжеечных сосудах; резекция мертвых петель кишки; санация и дренирование брюшной полости

@5) Дифференциальный диагноз

Правильный ответ: ОКН, Острая артериальная непроходимость мезентериальных сосудов, прикрытая перфорации дивертикула толстой кишки

Задача № 2.

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 - 3×10^{12} .

@1) Предположите наиболее вероятный диагноз.

Правильный ответ: Цирроз печени, портальная гипертензия. Кровотечение из варикозных вен пищевода.

@2) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Правильный ответ: Данных анамнеза; 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 - 3×10^{12}

@3) План дополнительного обследования.

Правильный ответ: Экстренная ФГДС после промывания желудка. По показаниям УЗИ.

@4) План лечения.

Правильный ответ: Необходима инфузионная и гемостатическая терапия, снижение внутрипортального давления, снижение объема желудочной секреции. Показана постановка зонда

Сенгстакена-Блекмора. Может быть использовано эндоскопическое склерозирование или лигирование варикозных вен

@5) Оперативное лечение

Правильный ответ: При неэффективности – показано оперативное лечение – прошивание вен пищевода (операция М.Д.Пациоры), пищеводно-желудочная резекция, операция Таннера.

Задача № 3.

Мужчину 57 лет беспокоят боли в левой икроножной мышце, зябкость стопы, быстрая утомляемость. Боль появляется после прохождения 60 - 70 метров. Длительность заболевания около 6 месяцев. При осмотре дис-талльные отделы левой ноги бледнее чем справа, холодные на ощупь, мышцы при пальпации болезненные. Пульс удаётся определить только на бедренной артерии в паховой области, он ослаблен. Над ней выслушивается систолический шум. Пульсация магистральных артерий правой ноги сохранена на всех уровнях, но несколько ослаблена.

@1) Предположите наиболее вероятный диагноз.

Правильный ответ: Облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей (стеноз бедренно-подколенного сегмента слева), ишемия конечностей 2Б - 3 степени

@2) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Правильный ответ: На основании жалоб и данных анамнеза; боли в левой икроножной мышце, зябкость стопы, быстрая утомляемость. Боль появляется после прохождения 60 - 70 метров. Длительность заболевания около 6 месяцев. При осмотре дис-талльные отделы левой ноги бледнее чем справа, холодные на ощупь, мышцы при пальпации болезненные. Пульс удаётся определить только на бедренной артерии в паховой области, он ослаблен. Над ней выслушивается систолический шум

@3) План дополнительного обследования.

Правильный ответ: Общий анализ крови, общий анализ мочи, кровь на сахар, ПТИ, флюорография, ЭКГ, холестерин, липопротеиды с определением коэффициента атерогенности, УЗ-доплерография, ангиография.

@4) План лечения.

Правильный ответ: При 1-2А степени ишемии конечностей лечение консервативное, при 2Б- 3 степени -оперативное. Метод выбора - в зависимости от типа поражения - реконструктивная операция (шунтирование, протезирование, реже эндартерэктомия). При невозможности выполнить реконструктивную операцию - симпатэкомия, профундопластика, РОТ

@5) Дифференцировать

Правильный ответ: Дифференциальный диагноз следует проводить с облитерирующим эндартериитом, болезнью Бюргера

Задача № 4.

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.

@1) Предположите наиболее вероятный диагноз.

Правильный ответ: Острый тромбофлебит поверхностных вен левой голени и бедра

@2) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Правильный ответ: На основании жалоб и данных анамнеза; 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

@3) План дополнительного обследования.

Правильный ответ: Кровь – общий анализ, билирубин, печеночные пробы, сахар. Исследование экскреторной функции поджелудочной железы (копрограмма, эластаза 1). УЗИ, КТ, ФГДС, РХПГ (ультрасонография, пункционная биопсия).

@4) План лечения.

Правильный ответ: 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

@5) Дифференцировать

Правильный ответ: Дифференцировать заболевание следует с рожистым воспалением, тромбозом глубоких вен, лимфангитом

Задача № 5.

Больной 49 лет поступил с жалобами на слабость, похудение, временами кровь при акте дефекации. Холост, злоупотребляет алкоголем.

Объективно: Пониженного питания, на коже звездчатая пигментация, эритема на ладонях и подошвах, отсутствие волос на груди и в подмышечных впадинах. Живот обычной формы, не увеличен, при пальпации из-под правой реберной дуги выступает на 5 см печень. В левом подреберье умеренно увеличенная селезенка, выступающая из-под края реберной дуги. Перкуторно: притупления в отлогих местах нет. Дизуретических расстройств не отмечается. При осмотре дистального отдела прямой кишки имеются геморроидальные узлы.

@1) Предположите наиболее вероятный диагноз.

Правильный ответ: Цирроз печени, портальная гипертензия II ст

@2) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Правильный ответ: На основании жалоб и объективных данных; на слабость, похудение, временами кровь при акте дефекации. Холост, злоупотребляет алкоголем.

Объективно: Пониженного питания, на коже звездчатая пигментация, эритема на ладонях и подошвах, отсутствие волос на груди и в подмышечных впадинах. Живот обычной формы, не увеличен, при пальпации из-под правой реберной дуги выступает на 5 см печень. В левом подреберье умеренно увеличенная селезенка, выступающая из-под края реберной дуги

@3) План дополнительного обследования.

Правильный ответ: УЗИ печени и селезенки, ФГДС, пункционная биопсия печени, маркеры гепатита, спленопортография.

@4) План лечения.

Правильный ответ: Оперативное лечение направлено на коррекцию портальной гипертензии: (спленэктомия с оментогепатопексией, спленоренальные анастомозы, при кровотечениях - зонд Блэкмора, операция Таннера, перевязка вен пищевода, пересадка печени).

@5) Дифференцировать

Правильный ответ: Внепеченочные формы портальной гипертензии, системные заболевания (болезнь Гоше, лейкозы), гепатит.

Раздел 4. «Раны. Хирургическая инфекция. Термические повреждения».

Задача № 1.

Больная 38 лет обратилась к хирургу спустя 48 часов от начала заболевания, с острыми жалобами на боли в области заднего прохода, усиливающиеся при пальпации а так же в процессе акта дефекации, повышение температуры до 38,5°C. Из анамнеза выявлено, что в течении 3-х лет периодически, кратковременно до 2-3 дней в области анального отверстия появлялись боли ноющего характера .

Объективно: В области ануса на 7 - 12 часах имеется болезненный воспалительный инфильтрат 4 x 6 см. с деформацией наружного анального отверстия и его зиянием. Кожа над инфильтратом резко гиперимирована, отечна, при пальпации резко болезненна, там же определяется зона флюктуации 3x3см.

@1) Предположите наиболее вероятный диагноз.

Правильный ответ: Острый подкожный парапроктит в стадии абсцедирования.

@2) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Правильный ответ: На основании жалоб боли в области заднего прохода, усиливающиеся при пальпации а так же в процессе акта дефекации, повышение температуры до 38,5°C. Из анамнеза выявлено, что в течении 3-х лет периодически, кратковременно до 2-3 дней в области анального отверстия появлялись боли ноющего характера . Объективных методов обследования о наличии в

области ануса на 7 - 12 часах имеется болезненный воспалительный инфильтрат 4 х 6 см. с деформацией наружного анального отверстия и его зиянием. Кожа над инфильтратом резко гиперимирована, отечна, при пальпации резко болезненна, там же определяется зона флюктуации 3х3см.

@3) План дополнительного обследования.

Правильный ответ: Ректальное измерение температуры. Диагностическая пункция полости абсцесса.

@4) План лечения.

Правильный ответ Операция в фазу абсцедирования- вскрытие и дренирование гнойника.

@5) Рекомендации

Правильный ответ Антибиотика терапия, микроклизмы, ректальная диатермия, свечи с анестезином.

Задача № 2.

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.

@1) Предположите наиболее вероятный диагноз.

Правильный ответ: Абсцедирующий аппендикулярный инфильтрат

@2) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Правильный ответ: На основании жалоб, данных анамнеза, объективных методов исследования: 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.

@3) План дополнительного обследования.

Правильный ответ УЗИ на наличие свободной жидкости брюшной полости. Лапароскопия

@4) План лечения.

Правильный ответ: Операция - Лапароскопическая аппендэктомия, санация, дренирование полости инфильтрата

@5) Рекомендации

Правильный ответ: Медикаментозное лечение в послеоперационном периоде

Задача № 3.

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.

@1) Предположите наиболее вероятный диагноз.

Правильный ответ: Тазовый абсцесс. (абсцесс Дугласова пространства).

@2) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Правильный ответ: Учитывая данные анамнеза о том что пациент 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. Объективные данные: 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. Можно судить о тазовом абсцессе. (абсцесс Дугласова пространства).

@3) План дополнительного обследования.

Правильный ответ: Ректальное исследование, УЗИ, КТ малого таза, диагностическая пункция полости абсцесса через переднюю стенку прямой кишки.

@4) План лечения.

Правильный ответ: Возникновение гнойников в малом тазу связано с плохой санацией брюшной

полости и неадекватным дренированием полости малого таза во время операции. Меры профилактики - интраоперационная эффективная санация брюшной полости при местном перитоните путем осушивания марлевыми салфетками, при микробном диффузном перитоните промывание брюшной полости асептическими растворами (фурациллин, 0,3 %, 0,06 % раствор гипохлорита натрия) не менее 6 - 8 литров; адекватное дренирование отлогих мест брюшной полости, обоснованная антибактериальная терапия.

В стадию плотного инфильтрата малого таза тактика консервативная, при абсцедировании – срочное оперативное вмешательство. Вскрытие абсцесса под наркозом внебрюшинным доступом через переднюю стенку прямой кишки после поисковой пункции с последующим промыванием и дренированием полости гнойника трубкой

@5) Рекомендации

Правильный ответ: Бесшлаковая диета, полупостельный режим, антибактериальная терапия с учетом посева экссудата на флору и чувствительность к антибиотикам, противовоспалительная терапия, ежедневные перевязки с промыванием полости абсцесса растворами антисептиков, удаление дренажной трубки на 2-3 сутки.

Задача № 4.

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.

@1) Предположите наиболее вероятный диагноз.

Правильный ответ: Наружный неорганизованный тонкокишечный свищ

@2) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Правильный ответ: На основании жалоб и анамнеза: 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).

@3) План дополнительного обследования.

Правильный ответ: Кровь – общий анализ, билирубин, печеночные пробы, сахар. Исследование экскреторной функции поджелудочной железы (копрограмма, эластаза 1). УЗИ, КТ, ФГДС, РХПГ (ультрасонография, пункционная биопсия)..

@4) План лечения.

Правильный ответ: Показана консервативная терапия, при не эффективности последней – оперативное лечение. Местно: окклюзия свища с помощью различных устройств (обтераторы), тщательный уход за кожей вокруг свища.

— Антибиотикотерапия

— Парентеральное питание, связанное с восстановлением водно-электролитного баланса и компенсацией белковых потерь.

— Применение ганглиоблокаторов.

— Питание с применением энергетических продуктов

@5) Оперативное лечение

Правильный ответ: Ушивание свищевого дефекта, наложение выключającego межкишечного анастомоза, резекция участка кишки

Задача № 5.

Мужчина 36 лет доставлен в приемное отделение ЦРБ через 30 минут после получения травмы с жалобами на боли в области лица, правой руки, передней поверхности груди, переднебоковой

поверхности живота справа, правой ноги, озноб, жажду, тошноту, осиплость голоса.

Обстоятельства травмы: при сварочных работах в гараже произошло воспламенение промасленной одежды. С помощью соседей по гаражам пламя удалось потушить, снять тлеющую одежду и вызвать «Скорую помощь». Первая медицинская помощь не оказывалась. В машине «Скорой помощи» в/в введено 1 мл 2 % раствора омнопона, наложены контурные повязки. Вы - дежурный врач ЦРБ.

При осмотре: больной в сознании, возбужден, эйфоричен. неповрежденные покровы бледно-серые. Выраженный озноб. Пульс 96 в минуту, АД 110/70 мм рт. ст., температура тела 36,2 С, ЧДД 30 в минуту. Мочи нет, в том числе по катетеру. Лицо - на щеках копоть, очаговые пузыри с прозрачным содержимым, участки спущенного эпителия, морщины - белые, волосы в носу опалены, голос осипший, зев гиперемии-ван, во рту и в носовых ходах - следы копоты. В области передней поверхности груди и живота справа определяется гиперемия с большими эпидермальными пузырями с прозрачным и геморрагическим содержимым, частично вскрывшимися и занимающими 1/4 указанных зон. На правом предплечье струп по всей окружности — плотный буро-коричневый струн с просвечивающими кожными сосудами, кисть - выраженный отек, ткани синюшно-бледные, по тылу кисти - единичный большой пузырь с геморрагическим содержимым. Правое плечо - коричневый струп и несколько больших пузырей с кровянистым содержимым - в нижней трети, в средней и верхней - десквамированный эпидермис, эрозивно кровоточащая поверхность - поражена передняя и наружная поверхность. На правом бедре по передненаружной поверхности имеется плотный коричневый струп от верхней до нижней трети поверхности с просвечивающими сосудами, остальная поверхность - чередование слушанного эпидермиса и больших пузырей с геморрагическим и студенистым содержимым. Вся правая голень покрыта плотным циркулярным струпом с коагулированными сосудами. Стопа резко отечна, синюшна, пульсация на артериях стопы не определяется. По тылу стопы - небольшой эпидермальный пузырь с прозрачным содержимым. Ожоговая поверхность на голени, предплечья. передненаружной поверхности бедра справа безболезненна.

Общий анализ крови: эр. - 6.2 x 10¹²; Ив-220 г/л; ц. п. - 1,2; л. - 12,2 x 10⁹; СОЭ-25 мм/час..

@1) Предположите наиболее вероятный диагноз.

Правильный ответ: Термический ожог пламенем лица, правой руки, переднебоковой поверхности груди, живота, правой ноги I - II - III А- Б степени общей площадью 48 % (III Б - 25 %). Ожог верхних дыхательных путей (термо-ингаляционная травма). Тяжелый ожоговый шок (II степени).

@2) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Правильный ответ: На основании жалоб и анамнеза; жалобами на боли в области лица, правой руки, передней поверхности груди, переднебоковой поверхности живота справа, правой ноги, озноб, жажду, тошноту, осиплость голоса. : при сварочных работах в гараже произошло воспламенение промасленной одежды. С помощью соседей по гаражам пламя удалось потушить, снять тлеющую одежду и вызвать «Скорую помощь».

@3) План дополнительного обследования.

Правильный ответ: лейкоцитоз, гемоглобин, гематокрит, фибриноген, амилаза, билирубин, печеночная проба. Диастаза мочи. УЗИ, ФГДС, КТ. РХПЕ.

@4) План лечения.

Правильный ответ: Больной с обширными (48 %), в том числе, глубокими (25 %) ожогами, термо-ингаляционной травмой в состоянии тяжелого ожогового шока нетранспортабелен, задерживается на месте (ЦРБ). Начинается инфузионная терапия в магистральную вену, катетеризуется мочевого пузырь, к носовым ходам подается увлажненный кислород («правило трех катетеров»). После обезболивания выполняется снятие повязок, туалет ожоговой раны -удаление остатков сгоревшей одежды, десквамированного эпидермиса, вскрытие пузырей. Некротомии на правой голени и правом предплечье -продольные разрезы на всю глубину струпа до жизнеспособных тканей, появления кровотечения (фасцию рассечь обязательно). Влажно-высыхающие повязки. Двухсторонняя шейная вагосимпатическая блокада по Вишневскому - ожог лица, термо ингаляционная травма.

Экстренная профилактика столбняка - 3000 МЕ противостолбнячной сыворотки по Безредко, 1,0 мл столбнячного анатоксина. Инфузионная терапия ожогового шока (в первые 8 часов -1/2 объема, остальное - в последующие часы). По принципу «на себя» вызывается врач-комбустиолог из областного ожогового центра (если пострадавший ребенок, то вместе с детским реаниматологом). Они оценивают состояние больного, помогают с катетеризацией магистральных вен, проверяют качество инфузионной терапии, лечебных манипуляций, назначают лечение. По выведении пациента из шока - перевод в ожоговый центр по согласованию с заведующим (больной должен быть обследован). Критерии выхода из ожогового шока: подъем температуры тела до

фебрильной, гектической, нормализация диуреза (до 40-60 мл/час) и гематокрита

@5) Медикаментозное лечение

Правильный ответ: Местно I,II-мазь III-фуррациллин.

Инфузионная терапия:

1 день Объем инфузии (3 мл/кг) x процент ожога

2/3 ввести в первые 12 часов, 1/3 в остальное время.

2 день Объем уменьшить на 1/3

3 день Объем уменьшить на 1/3

Соотношение кристаллоиды/коллоиды=3/1

А так же фуросемид, плазма, антибиотики

Ингаляции с протарголом, эуфиллином

Задача № 6.

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 2x2 мм, покрытая коркой. Движения в пальце ограничены из-за усиливающейся при этом боли..

@1) Предположите наиболее вероятный диагноз.

Правильный ответ: Подкожный или сухожильный панариций 5-го пальца правой кисти

@2) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Правильный ответ: На основании жалоб, данных анамнеза

@3) Какие условия необходимо соблюдать при лечении данной патологии?

Правильный ответ:

Правило пяти O:

— обстановка,

— обезболивание,

— обескровливание,

— отток (операция)

— обездвиживание.

@4) План лечения.

Правильный ответ: Вскрытие и дренирование по Клапу

@5) Развитие каких осложнений возможно при данном заболевании?

Правильный ответ: Костный панариций, пандактилит, гнойный тенобурсит 5-го пальца, перекрестная и Пироговская флегмоны

Задача № 7.

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.

@1) Предположите наиболее вероятный диагноз.

Правильный ответ: Острый аппендицит. Осложнения: абсцедирующий аппендикулярный инфильтрат (периаппендикулярный абсцесс).

@2) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Правильный ответ: Данных анамнеза и объективно; 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

@3) План дополнительного обследования.

Правильный ответ: Кровь – общий анализ, билирубин, печеночные пробы, сахар. копрограмма, эластаза . УЗИ, КТ.

@4) План лечения.

Правильный ответ: Операция - вскрытие абсцесса *внебрюшинным* доступом по Н. И. Пирогову.

Внебрюшинное вскрытие позволяет избежать попадания гноя в свободную брюшную полость.

Червеобразный отросток не удаляется. После санирования гнойника в его полость подводят тампон и дренаж, рану ушивают до дренажей. В случае плотного прилегания абсцесса к передней брюшной стенке может использоваться доступ Волковича – Дьяконова или внебрюшинная пункционная санация и дренирование аппендикулярного абсцесса под контролем УЗИ

@5) Рекомендации

Правильный ответ: Посев экссудата на микрофлору для подбора антибиотиков, полупостельный режим, диета ОВД 1, ежедневные перевязки с промыванием полости абсцесса растворами антисептиков и ферментных препаратов, последующее применение мазевых турунд с целью заживления вторичным натяжением.

Соблюдение диеты, ограничение физических нагрузок до 3х месяцев, госпитализация для плановой аппендэктомии через 6 месяцев.

Задача № 8.

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.

@1) Предположите наиболее вероятный диагноз.

Правильный ответ: Острый парапроктит (подкожный).

@2) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Правильный ответ: На основании жалоб и анамнеза; на боли в области заднего прохода, повышение температуры до 38°C. 5 лет назад было кратковременное воспаление в области ануса с незначительным выделением гноя

@3) План дополнительного обследования.

Правильный ответ: ОАК, ОАМ, пункционная биопсия.

@4) План лечения.

Правильный ответ: В инфильтративную фазу - антибиотики, горячие микроклизмы, ректальная диатермия, свечи с анестезином. В фазу абсцедирования - вскрытие парапроктита

@5) Методы дифференциальной диагностики

Правильный ответ: УЗИ, диагностическая пункция, ректальная термометрия

Задача № 9.

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 положительные. 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.

@1) Предположите наиболее вероятный диагноз.

Правильный ответ: Прогрессирующий перитонит. Динамическая (паралитическая) кишечная непроходимость

@2) Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Правильный ответ: 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 °C

@3) План дополнительного обследования.

Правильный ответ: УЗИ (состояние кишечных петель, жидкость в брюшной полости), контроль пассажа бария.

@4) План лечения.

Правильный ответ: Прозерин, 10%- 40 мл NaCl, клизма гипертоническим раствором, электростимуляция, ГБО

@5) Рекомендации

Правильный ответ Если клиника перитонита прогрессирует - показана релапаротомия, ликвидация источника перитонита, санация брюшной полости, декомпрессия кишечника.

Тесты

1. Раздел «Хирургия органов брюшной полости»

При язвенной болезни, осложненной кровотечением, рвота содержимым желудка цвета "кофейной гущи" может наблюдаться при всех следующих локализациях язвы, кроме

@1) малой кривизны желудка

@2) кардиального отдела желудка

@3) антрального отдела желудка

@4) нижнего отдела пищевода

@5) постбульбарного отдела двенадцатиперстной кишки

Правильный ответ - @5

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

Секретин образуется

@1) в двенадцатиперстной кишке

@2) в печени

@3) в поджелудочной железе

@4) в дистальных отделах тонкой кишки

@5) в гипоталамусе

Правильный ответ - @1

Злокачественную трансформацию наиболее часто претерпевают

@1) язвы луковицы двенадцатиперстной кишки

@2) постбульбарные язвы

@3) язвы малой кривизны желудка

@4) язвы большой кривизны желудка

@5) язвы всех указанных локализаций

Правильный ответ - @3

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

@1) демпинг-синдрома

@2) гипогликемического синдрома

@3) синдрома "малого желудка"

@4) пептической язвы анастомоза

@5) синдрома приводящей петли

Правильный ответ - @4

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

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

Правильный ответ - @5

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

Противопоказанием к оперативному лечению при ущемленной грыже является

- @1)тяжесть состояние больного
- @2)беременность во второй ее половине
- @3)флегмона грыжевого мешка
- @4)недавно перенесенный инфаркт миокарда
- @5)ни один из перечисленных

Правильный ответ - @5

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

Правильный ответ - @2

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

Больной жалуется на наличие грыжи в паховой области, причем, отмечает, что она часто ущемляется. При ущемлении имеют место тянущие боли в надлобковой области, учащенные позывы на мочеиспускание. Наиболее вероятно у больного

- @1)грыжа запирающего отверстия
- @2)прямая паховая грыжа
- @3)бедренная грыжа
- @4)косая паховая грыжа
- @5)скользящая грыжа

Правильный ответ - @5

Для хирургического лечения прямой паховой грыжи целесообразнее всего применять операцию

- @1)Бассини и Постемского
- @2)Мартынова

@3)Жирана - Спасокукоцкого

@4)Лихтенштейна

@5)Ру

Правильный ответ - @4

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

Правильный ответ - @2

Внутренние органы могут составлять часть стенки грыжевого мешка при следующих грыжах

@1)Рихтерской

@2)косой паховой

@3)скользящей

@4)прямой паховой

@5)ни в одной из перечисленных

Правильный ответ - @3

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

Правильный ответ - @2

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

@1)бедренные

@2)косые паховые

@3)пупочные

@4)грыжи белой линии живота

@5)прямые паховые

Правильный ответ - @1

Грыжевой мешок бедренной грыжи граничит с латеральной стороны

@1)с бедренной артерией

@2)с бедренной веной

@3)с куперовской связкой

@4)с бедренным нервом

@5)с пупартовой связкой

Правильный ответ - @2

Острый панкреатит может возникнуть под влиянием всех перечисленных факторов, кроме

@1)лекарственных препаратов (диуретики, АКТГ, аспаргина)

@2)травмы поджелудочной железы

@3)хирургических вмешательств на большом дуоденальном сосочке

@4)хирургических вмешательств на органах брюшной полости

@5)тиреотоксикоза

Правильный ответ - @5

В отдаленном периоде болезни исходом острого панкреатита могут быть все указанные заболевания, кроме

@1)образования ложной кисты

@2)развития хронического панкреатита

@3)появления сахарного диабета

@4)развития кистозного фиброза железы

@5)возникновения инсуломы

Правильный ответ - @5

К симптомам, характерным для обтурационной желтухи, возникшей на почве калькулезного холецистита, относятся все перечисленные, кроме

- @1) приступообразных болей типа печеночной колики
- @2) быстрого развития желтухи после болевого приступа
- @3) желчный пузырь чаще не пальпируется, область его резко болезненна
- @4) похудания, резкой слабости
- @5) неинтенсивного зуда кожи

Правильный ответ - @4

Переменяющуюся желтуху можно объяснить

- @1) камнем пузырного протока
- @2) камнями в желчном пузыре с окклюзией пузырного протока
- @3) вклиненным камнем большого дуоденального соска
- @4) вентильным камнем холедоха
- @5) опухолью внепеченочных желчных протоков

Правильный ответ - @4

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

Правильный ответ - @2

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

Желчные камни чаще всего состоят

- @1) из холестерина
- @2) из цистина
- @3) из оксалатов
- @4) из солей желчных кислот
- @5) из мочевой кислоты

Правильный ответ - @1

Множество мелких абсцессов в печени, как правило, развиваются

- @1) при остром деструктивном холецистите
- @2) при заполнении аскарид во внутривенные желчные ходы
- @3) при нагноении вокруг инородного тела печени
- @4) при нагноении паразитарной кисты печени
- @5) при тяжелом гнойном холангите

Правильный ответ - @5

Для синдрома Бадда - Хиари не являются характерными

- @1) гепатомегалия
- @2) портальная гипертензия
- @3) асцит
- @4) отеки нижних конечностей
- @5) отеки лица

Правильный ответ - @5

Внутрипеченочная форма портальной гипертензии может быть следствием

- @1) цирроза печени
- @2) поддиафрагмального абсцесса
- @3) внутрипеченочного холелитиаза
- @4) глистной инвазии

@5)хронического панкреатита

Правильный ответ - @1

Основным показанием для наложения портокавального анастомоза является

@1)цирроз печени

@2)асцит

@3)кровотечение из вен пищевода

@4)портальная энцефалопатия

@5)рецидивирующая желтуха

Правильный ответ - @3

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

Для симптома Склярова при острой кишечной непроходимости характерным является

@1)асимметричное вздутие боковых отделов живота, "косой живот"

@2)наличие раздутых кишечных петель, определяемых при бимануальном, ректальном и вагинальном исследовании

@3)четко отграниченная растянутая кишечная петля, определяемая при пальпации живота

@4)"пустая" илеоцекальная область

@5)"шум плеска", определяемый на ограниченном участке или по всему животу

Правильный ответ - @5

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

Некробиотические изменения стенки кишечника при странгуляционной кишечной непроходимости начинаются со стороны

@1)серозного покрова

@2)мышечного слоя

@3)подслизистого слоя

@4)слизистого слоя

@5)со стороны всех слоев одновременно

Правильный ответ - @4

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

Правильный ответ - @1

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

Правильный ответ - @2

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

При удалении каких отделов кишечника наблюдается наиболее выраженные нарушения питания?

- @1)терминальный отдел подвздошной кишки
- @2)проксимальный отдел тощей кишки
- @3)илеоцекальная заслонка
- @4)слепая кишка

Правильный ответ - @2

Для остановки кровотечения из варикозно расширенных 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.

Правильный ответ - @2

Какое из перечисленных заболеваний является абсолютным показанием к спленэктомии?

- @1)овалоцитарная анемия
- @2)врожденная сфероцитарная анемия
- @3)ретикулез
- @4)идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура
- @5)циклический агранулоцитоз

Правильный ответ - @2

В течении какого времени после наложения цистодигестивных анастомозов, при внутреннем дренировании кист поджелудочной железы, продолжает функционировать анастомоз ?

- @1)до 1 месяца
- @2)1,5-6 месяцев
- @3)7- 12 месяцев
- @4)до 2-х лет
- @5)функционирует постоянно

Правильный ответ - @2

Что является критерием скользящей грыжи?

- @1)участие в образовании грыжевого мешка экстраперитонеально расположенных органов
- @2)отсутствие грыжевого содержимого
- @3)участие в образовании грыжевого мешка интраперитонеально расположенного органа
- @4)участие в образовании грыжевого мешка мезоперитонеально расположенного органа
- @5)наличие грыжевого содержимого

Правильный ответ - @4

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

- @1)Жирана
- @2)Спасокукотского
- @3)Кимбаровского
- @4)Кукуджанова
- @5)все неверно

Правильный ответ - @4

Какие препараты не используются для снижения давления в портальной системе

- @1) вазопрессин, глипрессин, терлипрессин

- @2) спазмолитики (папаверин, платифиллин, дротоверин, мебеверин)
- @3) венозные вазодилататоры (нитроглицерин, перлинганит, изосорбид5-мононитрат, нанипрусс)
- @4) соматостатин и его аналоги (стиламин, сандостатин, октреотид)

Правильный ответ - @2

При кровотечении из язвы желудка типа Forrest I-A, I-B необходимо лечение надо начать с

- @1 эндоскопического гемостаза
- @2 эндоскопической профилактики рецидива кровотечения
- @3 лапаротомии, хирургической остановки кровотечения
- @4 консервативной терапии, динамического наблюдения

Правильный ответ - @1

Противопоказания к аппендэктомии:

- 1) Аппендикулярный инфильтрат, выявленный до операции
- 2) Плотный неразделимый инфильтрат, выявленный интраоперационно
- 3) Периаппендикулярный абсцесс, выявленный до операции без признаков прорыва в брюшную полость
- 4) Периаппендикулярный абсцесс, выявленный интраоперационно
- 5) Инфекционный шок

Укажите правильные ответы:

- @а) Все вышеуказанное
- @б) Ничего из вышеуказанного
- @в) 2, 4,5
- @г) 1,3,5

Правильный ответ - @1

При продолжающемся кровотечении из язвы (FI-A, FI-B) необходим:

- @а) Эндоскопический гемостаз
- @б) Эндоскопическая профилактика рецидива кровотечения
- @в) Лапароскопия
- @г) Лапаротомия

Правильный ответ - @1

При кровотечении FII-A, FII-B рекомендуется:

- @а) Эндоскопический гемостаз
- @б) Эндоскопическая профилактика рецидива кровотечения
- @в) Лапароскопия
- @г) Лапаротомия

Правильный ответ - @2

Какие препараты не используются для снижения давления в портальной системе

- @а) Соматостатин и его аналоги (стиламин, сандостатин, октреотид)
- @б) Вазопрессин, глипрессин, терлипрессин
- @в) Венозные вазодилататоры (нитроглицерин, перлинганит, изосорбид5-мононитрат, нанипрусс)
- @г) Спазмолитики (папаверин, платифиллин, дротоверин, мебеверин)

Правильный ответ - @4

Какой вид эндоскопического гемостаза не применяются при кровотечении из ВРВ пищевода и желудка?

- @а) Лигирование
- @б) Склеротерапия
- @в) Стентирование пищевода
- @г) Диатермокоагуляция

Правильный ответ - @4

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

2. Раздел «Заболевания органов грудной клетки»

При каком заболевании аускультативно определяются мелкопузырчатые влажные хрипы?

- @1) бронхит,
- @2) фиброз,
- @3) пневмония,
- @4) отек легких.
- @5) туберкулез

Правильный ответ - @4

Оптимальное лечение при тяжелом слипчивом перикардите?

- @1) препараты дигиталиса.
- @2) фенестрация перикарда.
- @3) дренирование перикарда,
- @4) перикардэктомия.
- @5) лечение диуретиками

Правильный ответ - @3

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

- @1) приподнятом изголовье постели,
- @2) приеме антацидных препаратов,
- @3) похудании, при избыточном весе.
- @4) укреплении мышц брюшного пресса,
- @5) приеме церукала

Правильный ответ - @5

Где дренируют плевральную полость при пневмотораксе?

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

Правильный ответ - @2

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

- @1) парастернальной,
- @2) среднеключичной,
- @3) переднеподмышечной.
- @4) среднеподмышечной
- @5) лопаточной

Правильный ответ - @2

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

Для "посттравматического мокрого легкого" характерно:

- @1) жидкость в бронхах и альвеолах,
- @2) жидкость в межклеточном пространстве,
- @3) жидкость в плевральной полости
- @4) это образное сравнение

Правильный ответ - @2

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 говорится

- @1) продолжающееся кровотечение,
- @2) воспалительного процесса нет.
- @3) имеется воспаление,

@4)жидкость не инфицирована

Правильный ответ - @1

У женщин 30 лет ежемесячно, в дни менструаций, появляется кровохаркание. Какая патология наиболее вероятная

@1)туберкулез легких,

@2)болезнь Рандю-ОСЛЕРА

@3)эндометриоз легких,

@4)опухоль легких,

@5)бронхоэктатическая болезнь

Правильный ответ - @3

Наиболее часто эмпиему плевры вызывает:

@1)стрептококк,

@2)стафилококк,

@3)пневмококк,

@4)некlostридиальные микробы,

@5)протей

Правильный ответ - @5

Маммография показана при:

@1)ретракции соска при непальпируемой опухоли,

@2)увеличении подмышечных лимфоузлов при непальпируемой опухоли,

@3)сецернирующей молочной железе.

@4)узловой мастопатии

Правильный ответ - @4

Наиболее частая причина перфорации пищевода?

@1)эндоскопия,

@2)трахеостомия,

@3)инородное тело,

@4)эндотрахеальная интубация,

@5)спонтанные разрывы

Правильный ответ - @3

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

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?

@1)о туберкуломе,

@2)о периферическом раке легкого.

@3)об эхинококке легкого,

@4)о всех перечисленных

Правильный ответ - @3

Наиболее часто бронхоэктоническая болезнь поражает

@1)верхние доли обоих легких

@2)базальные сегменты нижних долей

@3)базальные сегменты нижних долей в сочетании с язычковыми сегментами верхней доли левого легкого или средней доли правого легкого

@4)среднюю долю

@5)отдельные сегменты обоих легких

Правильный ответ - @3

Симптом "барабанных палочек" и "часовых стекол"

@1)является характерным только для бронхоэктатической болезни

@2)может наблюдаться при других нагноительных заболеваниях легких и плевры

@3)более характерен для пороков сердца

@4) характерен для актиномикоза

@5) характерен для туберкулеза

Правильный ответ - @2

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

@1) рак легкого

@2) бронхоэктатическая болезнь

@3) абсцесс легкого

@4) аспирация инородного тела и нагноительный процесс в зоне ателектаза

Правильный ответ - @4

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

@1) гемостатическая терапия

@2) искусственный пневмоторакс

@3) пневмоперитонеум

@4) тампонада дренирующего бронха

@5) радикальное хирургическое лечение в виде резекции легкого

Правильный ответ - @5

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

Правильный ответ - @3

Наиболее частой причиной неспецифического спонтанного пневмоторакса является

@1) разрыв плевральных сращений

@2) прорыв абсцесса легкого

@3) разрыв врожденных воздушных кист легкого

@4) разрыв эмфизематозных пузырей легких как проявление эмфиземы легких

Правильный ответ - @4

Больному 27 лет. Легочные заболевания в прошлом отрицает. Час назад среди полного здоровья появились сильные боли в левой половине грудной клетки, нехватка воздуха. Температура нормальная. Дыхание над левым легким не выслушивается, при перкуссии тимпанит. Средостение смещено вправо. У него необходимо заподозрить

@1) сухой плеврит

@2) инфаркт миокарда

@3) тромбоэмболию ветвей легочной артерии

@4) спонтанный неспецифический пневмоторакс

@5) ущемленную диафрагмальную грыжу

Правильный ответ - @4

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

Лечение больного с пиопневмотораксом начинается

@1) с противовоспалительного лечения

- @2)с ваго-симпатической блокады
- @3)с плевральной пункции
- @4)с дренирования плевральной полости с постоянным промыванием плевральной полости
- @5)с торакотомии

Правильный ответ - @3

Экссудативный плеврит, как правило, является вторичным заболеванием, возникающим как осложнение

- @1)бронхоэктатической болезни
- @2)абсцесса
- @3)туберкулеза
- @4)острой пневмонии
- @5)эхинококкоза

Правильный ответ - @4

Наиболее простым способом эвакуации экссудата из плевральной полости при серозном характере его является

- @1)дренирование плевральной полости
- @2)плевральная пункция и аспирация при помощи электроотсоса
- @3)плевральная пункция и аспирация при помощи обычного шприца и переходником
- @4)широкая торакотомия
- @5)введение дренажа по Сельдингеру

Правильный ответ - @2

Достоверным признаком легочного кровотечения является

- @1)выделение крови изо рта
- @2)кашель с выделением алой пенной крови
- @3)наличие затемнения в легком
- @4)наличие экссудата в плевральной полости
- @5)наличие крови в бронхах при бронхоскопии

Правильный ответ - @5

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

Правильный ответ - @2

При рентгенологическом обследовании перфорации пищевода выявляются все перечисленные признаки, кроме

- @1)газа в плевральных полостях
- @2)расширения тени средостения
- @3)газа в средостении и мягких тканях шеи
- @4)выходения контрастного вещества за пределы пищевода

Правильный ответ - @1

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

Правильный ответ - @1

Для диагностики дивертикула пищевода необходимо выполнить

- @1)эзофагоскопию
- @2)фиброэзофагоскопию и рентгенологическое обследование
- @3)пневмомедианотомиографию
- @4)томографию средостения
- @5)правильно &1) и &4)

Правильный ответ - @2

Наиболее частыми причинами разрыва пищевода могут быть

- @1)эндоскопия

- @2) инородное тело
- @3) трахеостомия
- @4) интубация трахеи при наркозе
- @5) спонтанный разрыв

Правильный ответ - @2

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

При лечении рефлюкс-эзофагита основные рекомендации включают все перечисленное, кроме

- @1) дробного питания
- @2) возвышенного положения туловища во время сна
- @3) нормализации массы тела при ожирении
- @4) диеты с низким содержанием клетчатки
- @5) ношения свободного (не тесного) белья

Правильный ответ - @4

Для немедленного гемостаза при кровотечении из варикозно расширенных вен пищевода следует

- @1) применять массивные гемостатические средства
- @2) применять гипотензивные средства
- @3) вводить малые гемостатические дозы крови
- @4) ввести зонд Блек - Мора
- @5) хирургически прошить кровоточащие сосуды

Правильный ответ - @4

Наиболее обширные повреждения пищевода развиваются при приеме следующих химических агентов

- @1) неорганических кислот
- @2) щелочей
- @3) органических кислот
- @4) лаков
- @5) суррогатов алкоголя

Правильный ответ - @2

Наиболее часто ожоги пищевода вызываются

- @1) кислотами
- @2) щелочами
- @3) суррогатами спирта
- @4) фосфорорганическими веществами
- @5) горячей водой

Правильный ответ - @1

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

По истечении 5-6 часов после химической травмы пищевода

- @1) желудок промывать нельзя
- @2) желудок можно не промывать
- @3) вопрос о промывании желудка решается индивидуально
- @4) желудок необходимо промыть

Правильный ответ - @4

Показаниями для широкой торакотомии при проникающем ранении грудной клетки являются

- @1) пневмоторакс
- @2) гемоторакс

- @3) свернувшийся гемоторакс
- @4) продолжающееся кровотечение в плевральную полость
- @5) сам факт проникающего ранения

Правильный ответ - @4

Оптимальным доступом для ушивания ранений сердца является

- @1) передне-боковая торакотомия на стороне ранения
- @2) передне-боковая торакотомия слева
- @3) стернотомия
- @4) задне-боковая торакотомия слева
- @5) левосторонняя торакотомия независимо от стороны ранения

Правильный ответ - @1

При множественных переломах ребер в первую очередь необходимо

- @1) наложить циркулярную повязку на грудную клетку
- @2) наложить одностороннюю лейкопластырную повязку
- @3) произвести паравerteбральную спирто-новокаиновую блокаду
- @4) выполнить вагосимпатическую блокаду
- @5) выполнить блокаду "трех мест" (места перелома, вагосимпатическую и паравerteбральную)

Правильный ответ - @5

Характерным признаком разрыва легкого является

- @1) кровохаркание
- @2) гемоторакс
- @3) пневмоторакс
- @4) затемнение легкого при рентгенологическом исследовании
- @5) гемо-пневмоторакс

Правильный ответ - @5

Достоверным признаком разрыва купола диафрагмы является

- @1) боль в грудной клетке с иррадиацией в надплечье
- @2) боль в предреберье
- @3) пролабирование органов брюшной полости в грудную, выявляемое при рентгенологическом исследовании
- @4) ослабленное дыхание на стороне травмы
- @5) общее тяжелое состояние больного

Правильный ответ - @3

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. Последовательность и характер лечебных мероприятий включают

- @1) экстраплевральный остеосинтез IV-X ребер
- @2) дренирование левой плевральной полости
- @3) широкую торакотомию, остеосинтез ребер и подшивание хрящей VII и VIII ребер к грудины
- @4) только подшивание хрящей VII-VIII ребер к грудины
- @5) искусственную вентиляцию легких

Правильный ответ - @3

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 парастеральной 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

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. Ваши действия будут заключаться в следующем

- @1) начнете комплекс реанимационных мероприятий
- @2) сделаете плевральную пункцию
- @3) выполните пункцию перикарда
- @4) начнете переливание крови
- @5) произведете немедленную торакотомию с предварительной пункцией перикарда

Правильный ответ - @5

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. Для оказания помощи необходимо выполнить

- @1) дренирование плевральной полости
- @2) немедленную торакотомию
- @3) повторные плевральные пункции
- @4) проводить только интенсивную терапию
- @5) интенсивную терапию в сочетании с дренированием плевральной полости

Правильный ответ - @2

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. Необходимо предпринять

- @1) введение игл в подкожную клетчатку передней поверхности грудной клетки
- @2) насечки на коже грудной клетки и шеи
- @3) дренирование плевральной полости справа
- @4) дренирование обеих плевральных полостей

Правильный ответ - @1

У больного, поступившего в тяжелом состоянии, выявлен перелом ребер (слева 5, справа - 4), выраженная подкожная эмфизема средостения, двусторонний пневмоторакс. Оказание необходимо начать

- @1) с дренирования обеих плевральных полостей
- @2) с введения игл в подкожную клетчатку
- @3) с интубации и искусственной вентиляции легких
- @4) с наложения трахеостомии и искусственной вентиляции
- @5) с двусторонней торакотомии

Правильный ответ - @1

В легком выявлено небольшое периферическое образование, прилегающее к грудной клетке. Для определения характера этого образования следует произвести

- @1) бронхоскопию
- @2) трансторакальную игловую биопсию
- @3) катетеризационную биопсию при бронхоскопии
- @4) повторное исследование мокроты на ВК и опухолевые клетки
- @5) исследование промывных вод при бронхоскопии

Правильный ответ - @2

3. Раздел «Заболевания и повреждения сосудов»

Аускультация сосудов важна

- @1) при болезни Рейно
- @2) при артериальном стенозе
- @3) при варикозном расширении вен
- @4) при посттромбофлебитическом синдроме
- @5) при акроцианозе

Правильный ответ - @3

Антикоагулянтная терапия в лечении тромбоза вен применяется с целью

- @1)растворения фибрина
- @2)приостановления роста тромба
- @3)увеличения количества сгустков
- @4)изменения внутренней оболочки сосудов
- @5)снижения активности ДНК

Правильный ответ - @2

Судить об адекватности удаления части поясничного симпатического столба лучше всего

- @1)по прекращению болей в нижних конечностях
- @2)по повышению температуры тела
- @3)по отсутствию потоотделения
- @4)по прекращению перемежающейся хромоты
- @5)по заживлению гангрены пальцев нижних конечностей

Правильный ответ - @3

К характерным изменениям сосудов при сахарном диабете относится

- @1)склероз артериол
- @2)петлистый артериальный тромбоз
- @3)развитие синдрома Лериша
- @4)тромбоз бедренной артерии
- @5)акроцианоз

Правильный ответ - @1

Хроническая лимфедема характеризуется всем нижеперечисленным, кроме

- @1)при надавливании пальцем ямка не образуется
- @2)плотный "мясистый" отек ткани
- @3)уменьшение отека при создании возвышенного положения пораженной части тела
- @4)пигментные и трофические изменения кожи
- @5)фиброз подкожной клетчатки

Правильный ответ - @3

Причиной тромбоза эмболии легочной артерии наиболее часто является тромбофлебит

- @1)лицевых вен
- @2)глубоких вен нижних конечностей и вен малого таза
- @3)глубоких вен верхних конечностей
- @4)поверхностных вен нижних конечностей
- @5)поверхностных вен верхних конечностей

Правильный ответ - @2

Пилефлебит - это тромбофлебит

- @1)селезеночной вены
- @2)нижней брыжеечной вены
- @3)вен брыжейки чревообразного отростка
- @4)воротной вены
- @5)печеночной вены

Правильный ответ - @1

Для острого тромбофлебита глубоких вен нижних конечностей характерны

- @1)резкий отек нижней конечности
- @2)некроз пальцев стоп
- @3)похолодание стопы
- @4)симптом перемежающейся хромоты
- @5)отек и гиперемия по ходу пораженных вен

Правильный ответ - @1

К основным предрасполагающим к тромбозу факторам относятся все перечисленные, кроме

- @1)замедления тока крови в венах
- @2)нарушения целостности внутренней выстилки вен
- @3)варикозного расширения вен
- @4)повышения фибринолитической активности крови
- @5)мерцательной аритмии

Правильный ответ - @5

Симптом Троянова - Тренделенберга служит для диагностики

- @1) недостаточности остиального клапана при варикозном расширении вен нижних конечностей
- @2) острого тромбоза глубоких вен бедра
- @3) синдрома Лериша
- @4) посттромбофлебитической болезни
- @5) болезни Бюргера

Правильный ответ - @1

Маршевая проба проводится с целью выявления

- @1) несостоятельности коммуникативных вен
- @2) проходимости глубоких вен нижних конечностей
- @3) недостаточности артериального кровообращения в нижних конечностях
- @4) тромбоза подколенной артерии
- @5) острого тромбоза

Правильный ответ - @2

Проба Претта проводится с целью выявления

- @1) проходимости глубоких вен нижних конечностей
- @2) недостаточности артериального кровообращения в нижних конечностях
- @3) несостоятельности коммуникативных вен
- @4) острого тромбоза
- @5) тромбоза подколенной артерии

Правильный ответ - @3

К осложнениям варикозного расширения вен относится все нижеперечисленное, кроме

- @1) трофических язв
- @2) экземы и дерматитов
- @3) хронической венозной недостаточности
- @4) ишемической гангрены
- @5) тромбоза

Правильный ответ - @4

Варикозное расширение вен нижних конечностей может быть обусловлено всем нижеперечисленным, кроме

- @1) беременности
- @2) непроходимости глубоких вен
- @3) врожденного нарушения клапанного аппарата
- @4) посттромбофлебитического синдрома
- @5) ортостатизма

Правильный ответ - @5

Противопоказанием для склеротерапии варикозно расширенных вен является

- @1) рассыпной тип поражения
- @2) мягкие, легко спадающиеся варикозные узлы
- @3) рецидив после оперативного лечения
- @4) непроходимость глубоких вен
- @5) острый тромбоз подкожных вен в анамнезе

Правильный ответ - @4

Наиболее частыми симптомами тромбоза поверхностных вен нижних конечностей являются все нижеперечисленные, кроме

- @1) дистальных отеков
- @2) распирающих болей
- @3) повышения температуры тела
- @4) гиперемии кожи и отека по ходу вен
- @5) резкой болезненности при пальпации

Правильный ответ - @3

Тромбообразованию после полостных операций способствует все перечисленное, кроме

- @1) повышения фибринолитической активности
- @2) ожирения
- @3) гиподинамии
- @4) онкологических заболеваний
- @5) ишемической болезни сердца

Правильный ответ - @1

Симптомами варикозного расширения подкожных вен нижних конечностей являются все нижеперечисленные, кроме

- @1) отеков дистальных отделов конечностей по вечерам
- @2) перемежающейся хромоты
- @3) признаков трофических расстройств кожи голени
- @4) судорог по ночам
- @5) видимого расширения подкожных вен

Правильный ответ - @2

К факторам, способствующим улучшению венозного кровотока в послеоперационном периоде, относятся все нижеперечисленные, кроме

- @1) сокращения икроножных мышц
- @2) возвышенного положения нижних конечностей
- @3) длительного постельного режима
- @4) бинтования ног эластическими бинтами
- @5) раннего вставания

Правильный ответ - @3

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

- @1) Бебкока
- @2) Нарата
- @3) Маделунга
- @4) Троянова - Тренделенберга
- @5) Линтона

Правильный ответ - @5

Послеоперационные флеботромбозы нижних конечностей опасны тем, что

- @1) могут быть причиной тромбоэмболии легочной артерии
- @2) приведут к варикозному расширению подкожных вен
- @3) вызовут гангрену стопы
- @4) могут послужить причиной эмболии сосудов мозга
- @5) могут послужить причиной послеоперационной пневмонии

Правильный ответ - @1

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

Правильный ответ - @1

Операция Нарата заключается

- @1) в удалении подкожных вен из лампасных резервов на бедре и голени
- @2) в удалении подкожных вен методом тоннелирования
- @3) в удалении подкожных вен с помощью зонда
- @4) в чрескожном прошивании варикозных вен кетгутом
- @5) в субфасциальной перевязке коммуникантных вен

Правильный ответ - @2

Операция Маделунга заключается

- @1) в удалении подкожных вен из лампасных резервов на бедре и голени
- @2) в удалении подкожных вен методом тоннелирования
- @3) в удалении подкожных вен с помощью зонда
- @4) в чрескожном прошивании варикозных вен кетгутом
- @5) в надфасциальной перевязке коммуникантных вен

Правильный ответ - @1

Операция Клаппа заключается

- @1) в удалении подкожных вен из лампасных резервов на бедре и голени
- @2) в удалении подкожных вен методом тоннелирования

- @3) в удалении подкожных вен с помощью зонда
- @4) в чрескожном прошивании варикозных вен кетгутом
- @5) в надфасциальной перевязке коммуникантных вен

Правильный ответ - @4

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

Правильный ответ - @4

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

Правильный ответ - @5

К ранним симптомам посттромбофлебитического синдрома относятся все нижеперечисленные, кроме

- @1) расширения мелких кожных и подкожных вен нижней трети голени
- @2) отека в области лодыжек
- @3) болезненного уплотнения кожи в нижней трети голени
- @4) наличия трофической язвы на голени
- @5) значительного подкожного варикозного расширения вен нижней конечности

Правильный ответ - @5

Наиболее характерными признаками, присущими пилефлебиту, являются все нижеперечисленные, кроме

- @1) картины нарастающего септического процесса
- @2) болей в правом подреберье
- @3) увеличения печени и желтухи
- @4) интермиттирующей лихорадки с ознобами
- @5) усиления запоров

Правильный ответ - @5

Антикоагулянты применяют

- @1) при начинающейся гангрене
- @2) при тромбофлебите
- @3) при лимфангите
- @4) при эндартериите
- @5) при облитерирующем атеросклерозе

Правильный ответ - @2

Наиболее частой причиной развития трофических язв является

- @1) расстройство лимфообращения
- @2) расстройства артериального кровообращения
- @3) расстройства венозного кровообращения
- @4) травматические повреждения
- @5) нарушения водно-электролитного обмена

Правильный ответ - @3

Для острого тромбоза глубоких вен конечностей характерно все нижеперечисленное, кроме

- @1) резких болей распирающего характера
- @2) повышения температуры тела
- @3) отека конечности
- @4) цианоза
- @5) гиперемии кожи по ходу больной вены

Правильный ответ - @5

Смысл бинтования голеней эластическими бинтами в послеоперационном периоде состоит

- @1) в необходимости профилактики лимфостаза

- @2)в необходимости воздействия на артериальный кровоток
- @3)в ускорении кровотока по глубоким венам
- @4)в профилактике трофических расстройств
- @5)в необходимости большей концентрации кровообращения

Правильный ответ - @3

Флеботромбозы чаще встречаются у всех нижеперечисленных больных, кроме больных

- @1)с ожирением
- @2)с варикозным расширением вен
- @3)с онкологическими заболеваниями
- @4)с почечной недостаточностью
- @5)с ишемической болезнью сердца

Правильный ответ - @4

Синдром Педжета - Шреттера заключается

- @1)во врожденных множественных артериовенозных фистулах
- @2)в некрозах мышечной оболочки аорты
- @3)в тромбозе подключичной вены
- @4)в одновременной висцеральной и париетальной эмболии
- @5)в остеопорозе, дерматите и артериальном спазме

Правильный ответ - @3

У больного с явлениями мигрирующего флебита можно подозревать

- @1)лейкемию
- @2)злокачественную опухоль, чаще - поджелудочной железы
- @3)тромбоангиитное заращение сосудов
- @4)узловой периартериит
- @5)варикозное расширение вен

Правильный ответ - @3

Оперативное лечение ложных аневризм должно производиться с целью

- @1)предотвратить дальнейшее расширение сосуда
- @2)предотвратить двусторонний подострый эндокардит
- @3)предотвратить сердечную недостаточность
- @4)восстановить нормальное кровообращение прежде, чем произойдет разрыв сосуда
- @5)обратить в норму симптом Тинеля

Правильный ответ - @4

При операции по поводу ложной аневризмы оптимальным является

- @1)удаление всех окаймлений ложного мешка
- @2)лигирование артерии и вены в четырех местах
- @3)широкое рассечение для лигирования коллатералей
- @4)ушивание дефекта сосуда край в край самой аневризмы
- @5)всегда имплантировать участок вены для пересадки аневризмы

Правильный ответ - @4

Прогрессирование варикозного расширения вен нижних конечностей обусловлено

- @1)нарушением клапанного аппарата вен
- @2)нарушением свертывающей системы крови
- @3)нарушением артериального кровотока в конечности
- @4)сердечной слабостью
- @5)нарушением водно-солевого обмена

Правильный ответ - @1

Пальцы рук и ног наиболее чувствительны к гипотермии, так как в них

- @1)отсутствует развитая коллатеральная сеть
- @2)сосуды сильнее спазмируются в результате охлаждения
- @3)имеется особый тип иннервации
- @4)затруднен лимфоотток
- @5)имеется особое строение кожи

Правильный ответ - @2

Фибринолитическую активность крови при кровотечениях проявляют:

1. тромбин
2. трасилол

3. аминокaproновая кислота
4. викасол
5. контрикал

Выберите правильную комбинацию ответов:

- @1)12.3
- @2)2.3.5
- @3)2.3.4
- @4)3.4.5
- @5)все верно

Правильный ответ – @2

В состав гемостатической губки входит:

- @1)тромбопластин
- @2)аскорбиновая кислота
- @3)викасол
- @4)гемодез
- @5)фибрин

Правильный ответ - @5

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?

- @1)о гематоме вследствие повреждения мышц,
- @2)о пульсирующей гематоме вследствие повреждения артерии.
- @3)о наличии ложной аневризмы магистральной артерии,
- @4)с формированием артериовенозного свища,
- @5)о ранении крупной магистральной вены

Правильный ответ - @2

Имеется подозрение на аневризму брюшного отдела аорты. Какие методы исследования могут дать полноценную информацию о характере заболевания:

1. обзорная рентгенография брюшной полости,
2. лапароскопия,
3. ультразвуковое сканирование брюшной аорты.
4. зондирование с измерением градиента давления,
5. аорто-артериография

Выберите правильный ответ

- @1) только 2.
- @2) 1,3,4
- @3) 3,5.
- @4) 3,4
- @5) все правильно

Правильный ответ –@3

При эмболии бедренной артерии и развившейся контактуре конечности в голеностопном и коленном суставах методом выбора является:

- @1)экстренная эмболэктомия
- @2)тромболитическая терапия
- @3)антикоагуляльная терапия
- @4)симптоматическая терапия
- @5)первичная ампутация конечности

Правильный ответ - @5

Синдром верхней полой вены бывает при:

- @1)липоме
- @2)лимфогранулематозе средостения
- @3)загрудинном зобе
- @4)всем вышесказанном

Правильный ответ - @2

Что НЕ является осложнением тромбофлебита поверхностных вен голени?

- @1)восходящий тромбоз большой подкожной вены,
- @2)переход воспаления на глубокую венозную систему.

- @3)тромбоэмболия легочной артерии.
- @4)гнойно-септическое расплавление тромба,
- @5)венозная гангрена

Правильный ответ - @5

Влажная гангрена развивается в результате следующих факторов:

- @1)быстрого нарушения кровообращения
- @2)у больных ожирением
- @3)при присоединении гнилостной инфекции
- @4)при нарушении кровообращения внутренних органов
- @5)у больных облитерирующим артериитом

Правильный ответ - @3

Наиболее частым клиническим проявлением тромбоэмболии легочной артерии является:

- @1) боли в спине
- @2) боли за грудиной
- @3) одышка
- @4)кровохарканье

Правильный ответ - @3

Главный смысл бинтования голени эластическими бинтами в послеоперационном периоде состоит:

- @1) в профилактике тромбоза поверхностных вен нижних конечностей
- @2) в необходимости централизации кровообращения
- @3) в ускорении кровотока по глубоким венам нижних конечностей
- @4) в выполнении рекомендаций и стандартов лечения

Правильный ответ - @3

4. Раздел «Раны. Хирургическая инфекция. Термические повреждения»

Оказание первой помощи пострадавшему от ожогов сводится

- @1)к закрытию раны спиртовой повязкой
- @2)к наложению на обожженную конечность повязки с мазью А.В.Вишневского
- @3)к охлаждению ожоговых ран водой или помещению пострадавшего под душ для охлаждения, а затем наложение асептической повязки
- @4)возможно все перечисленное
- @5)ничего из перечисленного

Правильный ответ - @3

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

Первым клиническим признаком острой ожоговой токсемии является

- @1)анемия
- @2)нормализация диуреза
- @3)повышение температуры тела
- @4)диспротеинемия

Правильный ответ - 3

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

Правильный ответ - @2

Наложение 40% мази салициловой кислоты для некрэктомии одномоментно допустимо на сухой струп площадью

- @1)не более 3% поверхности тела

@2) не более 5% поверхности тела

@3) 10-15% поверхности тела

@4) более 20% поверхности тела

Правильный ответ - @3

При глубоких ожогах кистей в сочетании с циркулярным поражением нижней трети предплечья и лучезапястного сустава целесообразно

@1) первичное иссечение омертвевших тканей и восстановление кожного покрова в первые сутки после травмы

@2) некрэктомия, устраняющая сдавливающее действие струпа в первые 48 часов, с последующей некрэктомией и кожной пластикой

@3) некрэктомия в первые 48 часов, пластика гранулирующих ран после самопроизвольного отторжения некротических тканей

@4) некрэктомия при ожогах в области тыла кисти противопоказана

Правильный ответ - @2

Аутодермопластика на лице при глубоких ожогах производится

@1) перфорированными трансплантатами аутокожи

@2) сплошными трансплантатами аутокожи без насечек и перфораций

@3) полнослойными кожными трансплантатами

@4) кожно-фасциальными аутогоспрансплантатами

Правильный ответ - @2

В Российской Федерации используется классификация ожогов по степеням:

@1. трем

@2. четырем

@3. пяти

Правильный ответ - @2

С какой степени по возрастающей ожоги относятся к глубоким?

@1. IIIБ ст.

@2. IV ст

@3 II - IIIА ст.

@4 IIIА ст.

Правильный ответ - @1

Сколько выделяется степеней тяжести ожогового шока?

@1. три

@2. четыре

@3. пять.

@4 . две

Правильный ответ - @1

Какой почасовой диурез оценивается как олигурия ?

@1. менее 100 мл

@2. менее 80 мл

@3. менее 60 мл

@4. менее 30 мл

Правильный ответ - @4

Чему равен суточный диурез при тяжелом ожоговом шоке?

@1. до 1000 мл

@2. до 600 мл

@3. до 300 мл

Правильный ответ - @2

Сколько периодов выделяют в течение ожоговой болезни?

@1. два

@2. три

@3. четыре

@4. пять

Правильный ответ - @3

Ожоговая болезнь признается и развивается при

@1. поверхностных ожогах более 15 % площади тела

@2. поверхностных ожогах более 20 % площади тела

- @3. при глубоких ожогах площадью более 10 %
- @4. при глубоких ожогах площадью более 15 %
- @5. при поверхностных ожогах площадью более 25 %

Правильный ответ - @3

При карбункуле шеи показано все перечисленное, кроме

- @1)согревающего компресса с мазью Вишневского
- @2)антибиотиков внутримышечно
- @3)сульфаниламидных препаратов внутрь
- @4)витамиотерапии
- @5)ультрафиолетового облучения

Правильный ответ - @1

Возбудителем гидраденита чаще всего является

- @1)стрептококк
- @2)протей
- @3)стафилококк
- @4)синегнойная палочка
- @5)кишечная палочка

Правильный ответ - @3

Опасностью подкожного панариция 2-й фаланги мизинца может быть все перечисленное, кроме

- @1)развития тендовагинита
- @2)некроза сухожилия сгибателя пальца
- @3)развития флегмоны предплечья
- @4)развития флегмоны плеча
- @5)жировой эмболии сосудов легких

Правильный ответ - @5

При лечении фурункула в первой фазе воспаления применяют все перечисленное, кроме

- @1)обкладывания фурункула раствором антибиотика, растворенного на новокаине
- @2)физиолечения токами УВЧ
- @3)вскрытия очага воспаления
- @4)высококалорийного питания
- @5)иммунокорректирующей терапии

Правильный ответ - @3

К осложнениям при оперативном лечении гнойного паротита относится

- @1)формирование свища
- @2)развитие флегмоны шеи
- @3)развитие остеомиелита нижней челюсти
- @4)парез ветвей лицевого нерва
- @5)парез ветвей тройничного нерва

Правильный ответ - @4

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

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

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

Применение стероидных гормонов

@1)способствует развитию госпитальной инфекции

@2)уменьшает развитие госпитальной инфекции

@3)не влияет на развитие госпитальной инфекции

@4)закономерности не отмечается

Правильный ответ - @1

Гнойные осложнения чаще возникают при следующих доступах к органам грудной полости

@1)в 3-м межреберье

@2)в 8-м межреберье

@3)при стернотомии

@4)четкой зависимости не отмечается

Правильный ответ - @3

Наложение вторичных швов на раны у больных сахарным диабетом допустимо с учетом всего перечисленного, кроме

@1)тяжести сахарного диабета

@2)характера грануляций

@3)постельного режима больного

@4)наличия в ране микрофлоры

Правильный ответ - @3

Операцию артротомии при гнойном артрите производят

@1)при обширном разрушении суставных концов костей

@2)при многократных повторных пункциях сустава, не дающих стойкого эффекта

@3)при наличии гноя в полости сустава

@4)при разрушении связочного аппарата сустава

@5)при резко выраженном болевом синдроме

Правильный ответ - @2

К характерным местным симптомам туберкулеза суставов относятся все перечисленные, исключая

@1)боли

@2)нарушения функции сустава

@3)деформацию сустава

@4)выраженную гиперемию кожи

@5)прогрессирующую мышечную атрофию конечностей

Правильный ответ - @4

Основные клинические признаки острой фазы столбняка (верно все, кроме одного)

@1)тяжелое общее состояние больного, связанное с интоксикацией

@2)наличие у больного сардонической улыбки

@3)резкая возбудимость поперечно-полосатой мускулатуры

@4)вялые параличи мышц ниже места поражения в связи с избирательным воздействием столбнячного токсина на нервную ткань

@5)задержка мочи

Правильный ответ - @4

Профилактическое введение противостолбнячной сыворотки необходимо во всех перечисленных случаях, кроме

@1)ушибленной раны головы

@2)термического ожога бедра 2-й степени

@3)острого гангренозного аппендицита

@4)открытого перелома плеча

@5)закрытого перелома голени

Правильный ответ - @5

При остром гнойном остеомиелите возможны все перечисленные виды оперативного вмешательства, кроме

@1)вскрытия флегмоны

@2)рассечения надкостницы

@3)трепанации костно-мозговой полости

- @4) секвестрэктомии
- @5) костно-пластической ампутации

Правильный ответ - @5

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 грудине

Правильный ответ - @3

Важнейшими симптомами острого гематогенного остеомиелита являются (верно все, кроме одного)

- @1) гипертермия до 39°C
- @2) лейкоцитоз
- @3) головная боль
- @4) нарушение функции конечности
- @5) сильная боль в пораженной конечности

Правильный ответ - @3

Первичный очаг воспаления при остром гематогенном остеомиелите чаще локализуется

- @1) в эпифизе
- @2) в метафизе
- @3) в диафизе
- @4) во всех отделах кости

Правильный ответ - @2

Характерными лабораторными изменениями при остром гематогенном остеомиелите являются все перечисленные, за исключением

- @1) анемии
- @2) лейкоцитоза
- @3) ускоренной СОЭ
- @4) замедленной СОЭ
- @5) гипоальбуминемии

Правильный ответ - @4

Ранние рентгенологические признаки в виде линейных просветлений в субэпифизарной зоне при остром гематогенном остеомиелите появляются

- @1) на 5-6 день заболевания
- @2) на 7-10 день заболевания
- @3) на 11-14 день заболевания
- @4) на 15-18 день заболевания
- @5) в более поздние сроки

Правильный ответ - @1

Рентгенологические проявления в виде остеопороза кости при остром гематогенном остеомиелите наблюдаются

- @1) через 5-7 дней от начала заболевания
- @2) через 8-12 дней от начала заболевания
- @3) через 2-3 недели от начала заболевания
- @4) через 4-5 недель от начала заболевания
- @5) через 6-7 недель от начала заболевания

Правильный ответ - @3

При остром гематогенном остеомиелите с формированием подкожной флегмоны показано

- @1) вскрытие флегмоны и дренирование ее
- @2) вскрытие флегмоны, остеотомия, дренирование костной полости и межмышечных пространств
- @3) вскрытие флегмоны, остеотомия, тампонирование раны
- @4) вскрытие флегмоны, остеотомия, дренирование ран, внутрикостное введение антибиотиков

Правильный ответ - @4

Острый гематогенный остеомиелит - это проблема

- @1) детского и подросткового возраста
- @2) взрослого трудоспособного возраста
- @3) пожилого возраста

@4) всех возрастных групп

Правильный ответ - @1

При хирургическом лечении хронического гематогенного остеомиелита предпочтение следует отдать

@1) выскабливанию свищевого хода

@2) остеотомии и дренированию костной полости

@3) остеотомии с удалением секвестра и тампонадой жировой клетчаткой

@4) широкой остеотомии с удалением секвестра, тампонадой полости мышечным лоскутом на ножке и аутоостеопластикой

Правильный ответ - @4

Отличительным критерием септикопиемии от септицемии является

@1) бактериемия

@2) снижение иммунологической реактивности организма

@3) гнойно-резорбтивная лихорадка

@4) токсинемия

@5) наличие метастатических гнойников

Правильный ответ - @5

Окончательный выбор антибактериального препарата для лечения сепсиса определяется видом возбудителя и его чувствительностью к антибиотикам, полученным

@1) в содержимом первичного очага

@2) при посевах крови

@3) при посевах мочи

@4) в гное из метастатических гнойников

@5) при посевах мокроты

Правильный ответ - @2

Антистафилококковый бактериофаг при лечении стафилококкового сепсиса следует применять

@1) внутривенно

@2) ректально

@3) внутримышечно

@4) местно в рану

@5) внутриартериально

Правильный ответ - @4

Активную иммунизацию при стафилококковом сепсисе следует проводить с помощью

@1) антистафилококкового бактериофага

@2) нативного или адсорбированного стафилококкового анатоксина

@3) антистафилококковой плазмы

@4) антистафилококкового иммуноглобулина

@5) всего перечисленного

Правильный ответ - @2

В отношении первичного очага при сепсисе правильной является следующая тактика

@1) вскрытие гнойника следует производить только при неэффективности консервативных мероприятий

@2) пункционное лечение

@3) вскрытие и дренирование гнойника из минимального разреза

@4) широкое вскрытие гнойника с иссечением гнойно-некротических тканей, первичный глухой шов раны с аспирационно-промывным дренированием или ведение раны открытым способом

Правильный ответ - @4

Какое количество жидкости может всосать брюшина человека в течение часа?

@1. 1-2 л

@2. 3-6 л

@3. 7-16 л

@4. до 12 л

@5. более 12 л

Правильный ответ - @3

Выберите оптимальный вариант лечения острого ретромаммарного мастита:

@1. вскрытие гнойника радиарным разрезом

@2. пункция гнойника с промыванием его полости антибиотиками

@3. вскрытие гнойника по инфрамаммарной складке

@4. антибиотикотерапия

@5. ретромаммарные блокады

Правильный ответ - @3

Для флегмоны не характерны:

@1. общее недомогание

@2. повышение температуры тела

@3. локальная болезненность

@4. локальная гиперемия

@5. отграничение процесса капсулой

Правильный ответ - @5

Эризипелоид отличается от рожи

@ 1) локализацией

@ 2) наличием зуда

@ 3) нарушением функции органа

@ 4) отсутствием гипертермии и локальной болезненности

@ 5) правильно б) и г)

Правильный ответ - @5

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

При посевах перитонеального экссудата чаще всего отмечается рост:

@ 1) кишечной палочки

@ 2) протей

@ 3) стафилококка

@ 4) стрептококка

Правильный ответ - @1

Описание показателей и критериев оценивания компетенций на этапах их формирования, описание шкал оценивания

	Уровни сформированности компетенций		
	<i>пороговый</i>	<i>достаточный</i>	<i>повышенный</i>
Критерии	Компетенция сформирована. Демонстрируется достаточный уровень самостоятельности устойчивого практического навыка	Компетенция сформирована. Демонстрируется достаточный уровень самостоятельности устойчивого практического навыка	Компетенция сформирована. Демонстрируется высокий уровень самостоятельности высокая адаптивность практического навыка

Показатели оценивания компетенций и шкалы оценки

Оценка «неудовлетворительно» (не зачтено) или отсутствие сформированности компетенции	Оценка «удовлетворительно» (зачтено) или удовлетворительный уровень освоения компетенции	Оценка «хорошо» (зачтено) или повышенный 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.</p> <p>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 повышенном уровне свидетельствует об устойчиво закрепленном практическом навыке</p>	<p>Обучаемый 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 форм контроля.

Собеседования:

Отметка	Дескрипторы		
	прочность знаний	умение объяснять 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,	умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий,	логичность и последовательность ответа

	отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; свободное владение монологической речью, однако допускается одна - две неточности в ответе	делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; однако допускается одна - две неточности в ответе	
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 вопросов теории, слабые навыки анализа явлений, процессов. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа	неумение давать аргументированные ответы	отсутствие логичности и последовательности ответа

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,	Удовлетворительная способность анализировать ситуацию,	Удовлетворительные навыки решения ситуации	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается более двух неточностей в

	предъявляемых к заданию, выполнены	делать выводы		ответе
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

Навыков:

Отметка	Дескрипторы		
	системность теоретических знаний	знания методики выполнения практических навыков	выполнение практических умений
отлично	системные устойчивые теоретические знания о показаниях и противопоказаниях, возможных осложнениях, нормативах и т.д.	устойчивые знания методики выполнения практических навыков	самостоятельность и правильность выполнения практических навыков и умений
хорошо	системные устойчивые теоретические знания о показаниях и противопоказаниях, возможных осложнениях, нормативах и т.д., допускаются некоторые неточности, которые самостоятельно обнаруживаются и быстро исправляются	устойчивые знания методики выполнения практических навыков; допускаются некоторые неточности, которые самостоятельно обнаруживаются и быстро исправляются	самостоятельность и правильность выполнения практических навыков и умений
удовлетворительно	удовлетворительные теоретические знания о показаниях и противопоказаниях, возможных осложнениях, нормативах и т.д.	знания основных положений методики выполнения практических навыков	самостоятельность выполнения практических навыков и умений, но допускаются некоторые ошибки, которые исправляются с помощью преподавателя
неудовлетворительно	низкий уровень знаний о показаниях и противопоказаниях, возможных осложнениях, нормативах и т.д. и/или не может самостоятельно продемонстрировать практические умения или выполняет их, допуская грубые ошибки	низкий уровень знаний методики выполнения практических навыков	невозможность самостоятельного выполнения навыка или умения

ФОРМА БИЛЕТА ДЛЯ ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА
(СОБЕСЕДОВАНИЕ)

УТВЕРЖДАЮ

РОСТОВСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ

проректор по последипломному
образованию Рост ГМУ, доктор
психологических наук Березина З.И.

Государственная итоговая аттестация по программе
ординатуры 31.08.67 Хирургия

«__»_____20__г.

БИЛЕТ №

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

Руководитель ООП, д.м.н.,
профессор

М.Ф. Черкасов

«__»_____20...г.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ОСНОВНАЯ ЛИТЕРАТУРА:

1. Хирургические болезни : учебник : [ФГБОУ ВО "Первый Моск. гос. мед. ун-т им. И.М. Сеченова"] / под ред. М.И. Кузина. - 4-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 991 с. 51 экз.
2. [Клиническая хирургия \[электронный ресурс\]: национальное рук-во : в 3 т. / Под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. –: Т.2. - 832 с. - Доступ из ЭБС «Консультант врача».](#)
ЭР

6.2. РЕКОМЕНДУЕМАЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ЛИТЕРАТУРА:

1. Хирургические болезни : учеб.-метод. пособие : [рек. ГОУ ВПО "Первый Моск. гос. мед. ун-т им. И.М. Сеченова"] / А.И. Кириенко, А. М. Шулутко, В.И. Семиков, В.В. Андрияшкин. М.:ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 184с.
1 экз.
2. Хирургические болезни и травмы / Б.С. Суковатых, С.А. Сумин, Н.К. Горшунова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 624с.
1 экз.
3. Хирургический шов [электронный ресурс] / Г.М. Семенов, В.Л. Петришин, М.В. Ковшова. - 2-е изд. – СПб: ПИТЕР, 2008. - 249 с.
2 экз.
4. Эндоскопическая абдоминальная хирургия / В.П. Сажин, А.В. Федоров, А.В. Сажин. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 512 с.
1 экз.
5. Военно-полевая хирургия: национальное рук-во [электронный ресурс] / Под ред. И.Ю. Быкова, Н.А. Ефименко, Е.К. Гуманенко. М: ГЭОТАР-Медиа. 2009. - 816 с. Доступ из ЭБС «Консультант врача».
ЭР
6. [Абдоминальная хирургия. Национальное руководство : краткое издание \[электронный ресурс\] / под ред. И.И. Затевахина, А.И. Кириенко, В.А. Кубышкина. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 912 с. Доступ из ЭБС «Консультант врача».](#)
ЭР
7. [Эндокринная хирургия \[электронный ресурс\] / под ред. И. И. Дедова, Н. С. Кузнецова, Г. А. Мельниченко. - М.: Литтерра, 2014. - 344 с. - Доступ из ЭБС «Консультант врача»](#)
ЭР
8. Колопроктология: учеб. пособие / В.И. Никольский, И.Г. Шалдыбин, И.В. Черемисин, Д.И. Шалдыбин; Медицинский ин-т Пензенского гос. ун-та. - Пенза: Изд-во ПГУ, 2010. - 198с.
1 экз.
9. Эндоскопическая хирургия / И.В. Федоров, Е.И. Сигал, Л.Е. Славин. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 540с.
1 экз.
10. Атлас оперативной хирургии / Ф.Шумпелик; - Пер. с англ. Н.Л. Матвеева. – М.: Изд-во Панфилова, 2010. - 616 с. 1 экз.
11. Эндоскопическая абдоминальная хирургия [электронный ресурс]: рук-во / В.П. Сажин, А.В. Федоров, А.В. Сажин. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 512 с. – Доступ из ЭБС «Консультант врача».
ЭР
12. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [электронный ресурс]: учебник: Т.2 / А.В. Николаев - 2-е изд., испр. и доп.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 480 с. – Доступ из ЭБС «Консультант врача».
ЭР
13. Нормативно-правовые документы, регламентирующие деятельность здравоохранения

по предупреждению и ликвидации чрезвычайных ситуаций мирного времени, определяющие работу в период мобилизации и в военное время: информац. - справ. материалы / сост.: Ю.Е. Барачевский, Р.В. Кудасов, С.М. Грошилин. - Ростов-н/Д : РостГМУ, 2014. - 108 с. 10 экз.

14. Барачевский Ю.Е. Основы Мобилизационной подготовки здравоохранения : / Ю.Е. Барачевский, С.М. Грошилин. – Архангельск, 2011.- 96с. 15 экз.
15. Разгулин С.А. Организация обеспечения медицинским имуществом в чрезвычайных ситуациях: учеб. пособие / С.А. Разгулин, А.И. Бельский, Н.В. Нестеренко; под ред. С.А. Разгулина; Нижегород. гос. мед. акад. - 2-е изд. - Нижний Новгород: НижГМА, 2013. – 74с. 1 экз.
16. Каган И.И.Топографическая анатомия и оперативная хирургия: учебник для медицинских вузов /И.И.Каган, С.В.Чемезов. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 672 с. + 1 электрон. опт.диск (CD-ROM). 50 экз.
17. Клиническая, топографическая анатомия и оперативная хирургия. Ч.1: учебное пособие: В 2-х частях / сост.: В.К.Татьянченко, А.В.Овсянников, Ю.В. Хоронько[и др.]; науч. ред. В.К. Татьяначенко. – Ростов н/Д: РостГМУ, 2015. - 359с. : ил. 2 экз.
18. Шумпелик Ф. Атлас оперативной хирургии / Фолькер Шумпелик ; пер. с англ. Н.Л. Матвеева. – М.: Изд-во Панфилова, 2010. - 616 с.: ил. 1 экз.

6.3. Периодические издания (архив библиотеки):

1. Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова
2. Эндоскопическая хирургия
3. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии
4. Вестник хирургии им. И.И. Грекова – Доступ из elibrary.ru
5. Анналы хирургии – – Доступ из elibrary.ru
6. Амбулаторная хирургия. Стационарозамещающие технологии
7. Сердечно-сосудистая хирургия
8. Грудная и седречно- сосудистая хирургия – Доступ из elibrary.ru

6.4. Интернет-ресурсы

	ЭЛЕКТРОННЫЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ РЕСУРСЫ	Доступ к ресурсу
1.	Электронная библиотека РостГМУ [Электронный ресурс]. - Режим доступа: http://80.80.101.225/opacg	Доступ неограничен
2.	Консультант врача. Электронная медицинская библиотека [Электронный ресурс] : ЭБС. – М.: ООО ГК «ГЭОТАР». - Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru	Доступ неограничен
3.	UpToDate [Electronic resource] : БД / Wolters Kluwer Health. – Режим доступа: www.uptodate.com	Доступ неограничен
4.	Справочная правовая система «Консультант Плюс» [Электронный ресурс]. - Режим доступа: http://www.consultant.ru	Доступ с компьютеров университета
5.	Научная электронная библиотека eLIBRARY [Электронный ресурс]. - Режим доступа: http://elibrary.ru	Открытый доступ
6.	Национальная электронная библиотека [Электронный ресурс]. - Режим доступа: http://нэб.рф/	Доступ с компьютеров библиотеки
7.	Scopus [Electronic resource] / Elsevier Inc., Reed Elsevier. – Electronic data. – Philadelphia: Elsevier B.V., PA, 2015. – Режим доступа: http://www.scopus.com/ (Нацпроект)	Доступ ограничен
8.	Web of Science [Электронный ресурс]. Режим доступа: http://apps.webofknowledge.com (Нацпроект)	Доступ неограничен
9.	MEDLINE Complete EBSCO [Электронный ресурс]. - Режим доступа: http://search.ebscohost.com (Нацпроект)	Доступ неограничен
10.	Freedom Collection [Electronic resource] / Elsevier. - Режим доступа: по IP-адресам РостГМУ→удалённо. (Нацпроект)	Доступ неограничен

11.	БД издательства Springer Nature [Electronic resource]. - Режим доступа: по IP-адресам РостГМУ. (Нацпроект)	Доступ неограничен
12.	Единое окно доступа к информационным ресурсам [Электронный ресурс]. - Режим доступа: http://window.edu.ru/ .	Открытый доступ
13.	Российское образование. Федеральный образовательный портал [Электронный ресурс]. - Режим доступа: http://www.edu.ru/index.php .	Открытый доступ
14.	ENVOС.RU English vocabulary [Электронный ресурс]: образовательный сайт для изучающих англ. яз. - Режим доступа: http://envoc.ru .	Открытый доступ
15.	Федеральная электронная медицинская библиотека Минздрава России [Электронный ресурс]. - Режим доступа: http://www.femb.ru/feml/ , http://feml.scsm1.rssi.ru .	Открытый доступ
16.	Medline (PubMed, USA) [Электронный ресурс]. - Режим доступа: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/ .	Открытый доступ
17.	Free Medical Journals [Электронный ресурс]. - Режим доступа: http://freemedicaljournals.com .	Открытый доступ
18.	Free Medical Books [Электронный ресурс]. - Режим доступа: http://www.freebooks4doctors.com/ .	Открытый доступ
19.	Internet Scientific Publication [Электронный ресурс]. - Режим доступа: http://www.ispub.com [7.02.2019].	Открытый доступ
20.	КиберЛенинка [Электронный ресурс]: науч. электрон. биб-ка. - Режим доступа: http://cyberleninka.ru/ .	Открытый доступ
21.	Архив научных журналов [Электронный ресурс] / НЭИКОН. - Режим доступа: http://archive.neicon.ru/xmlui/ .	Открытый доступ
22.	Журналы открытого доступа на русском языке [Электронный ресурс] / платформа EIPub НЭИКОН. - Режим доступа: http://elpub.ru/elpub-journals .	Открытый доступ
23.	Медицинский Вестник Юга России [Электронный ресурс]. - Режим доступа: https://www.medicalherald.ru/jour или с сайта РостГМУ.	Открытый доступ
24.	Всемирная организация здравоохранения [Электронный ресурс]. - Режим доступа: http://who.int/ru/ .	Открытый доступ
25.	Evrika.ru [Электронный ресурс]: информационно-образовательный портал для врачей. - Режим доступа: http://www.evrika.ru/ .	Открытый доступ
26.	Med-Edu.ru [Электронный ресурс]: медицинский видеопортал. - Режим доступа: http://www.med-edu.ru/ .	Открытый доступ
27.	Univadis.ru [Электронный ресурс]: международ. мед. портал. - Режим доступа: http://www.univadis.ru/ .	Открытый доступ
28.	DoctorSPB.ru [Электронный ресурс]: информ.-справ. портал о медицине. - Режим доступа: http://doctorspb.ru/ .	Открытый доступ
29.	Современные проблемы науки и образования [Электронный журнал]. - Режим доступа: http://www.science-education.ru/ru/issue/index .	Открытый доступ
30.	Рубрикатор клинических рекомендаций Минздрава России [Электронный ресурс]. - Режим доступа: http://cr.rosminzdrav.ru/#/ .	Открытый доступ

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПОДГОТОВКЕ И СДАЧЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Государственная итоговая аттестация проводится государственной экзаменационной комиссией в целях определения соответствия результатов освоения обучающимися образовательной программы соответствующим требованиям федерального государственного образовательного стандарта.

Порядок организации и процедура проведения ГИА определены Приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 18 марта 2016 г. № 227 «Об утверждении Порядка проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования - программам подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре), программам ординатуры, программам ассистентуры-стажировки», а также Положением о порядке проведения государственной

итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры № 18-139/10, утвержденного приказом ректора от 12 марта 2018 года № 139.

Перед государственным экзаменом проводится консультирование выпускников в очном или дистанционном формате по вопросам, включенным в программу государственного экзамена.

Результаты государственного экзамена, проводимого в устной форме, объявляются в день его проведения, результаты аттестационного испытания, проводимого в письменной форме, - на следующий рабочий день после дня его проведения.

По результатам государственных аттестационных испытаний обучающийся имеет право на апелляцию. Апелляция подается лично обучающимся в апелляционную комиссию не позднее следующего рабочего дня после объявления результатов государственного аттестационного испытания. Апелляция рассматривается не позднее 2 рабочих дней со дня подачи апелляции на заседании апелляционной комиссии, на которое приглашаются председатель государственной экзаменационной комиссии и обучающийся, подавший апелляцию. Решение апелляционной комиссии доводится до сведения обучающегося, подавшего апелляцию, в течение 3 рабочих дней со дня заседания апелляционной комиссии. Решение апелляционной комиссии является окончательным и пересмотру не подлежит. Апелляция на повторное проведение государственного аттестационного испытания не принимается.