

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Волгоградский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

«УТВЕРЖДАЮ»

Директор института НМФО

_____ И.Н.Шишиморов

« ____ » _____ 2022 г.

Фонд оценочных средств дисциплин ОПОП «Хирургия»

Основная профессиональная образовательная программа подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности: **31.08.67 Хирургия.**

Квалификация (степень) выпускника: **врач-хирург**

Кафедра хирургических болезней № 1 Института непрерывного медицинского и фармацевтического образования.

Форма обучения – очная

Для обучающихся 2020, 2021, 2022 года поступления (актуализированная версия)

Волгоград, 2022г.

Разработчики актуализированной программы:

№	Ф.И.О.	Должность	Ученая степень/ звание	Кафедра (полное название)
1.	<i>Веденин Ю.И.</i>	<i>Зав. кафедрой</i>	<i>д.м.н./доцент</i>	<i>Внутренних болезней Института НМФО</i>
2.	<i>Попова И.С.</i>	<i>профессор</i>	<i>д.м.н./профессор</i>	<i>Внутренних болезней Института НМФО.</i>
3.	<i>Орешкин А.Ю.</i>	<i>доцент</i>	<i>к.м.н</i>	<i>Внутренних болезней Института НМФО</i>
4.	<i>Шаталов А.А.</i>	<i>ассистент</i>	<i>к.м.н.</i>	<i>Внутренних болезней Института НМФО</i>
5.	<i>Назарук А.С.</i>	<i>доцент</i>	<i>к.м.н.</i>	<i>Внутренних болезней Института НМФО</i>

Фонд оценочных средств для итоговой (государственной итоговой) аттестации ОПОП подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.67 Хирургия.

Рецензент: А.В. Землянская – к.м.н., главный внештатный хирург комитета здравоохранения Волгоградской области,

Рабочая программа актуализирована на заседании кафедры протокол № 12 от «14» июня 2022 г.

Заведующий кафедрой хирургических болезней № 1 Института НМФО,
д.м.н., доцент _____ Ю.И. Веденин

Актуализированная рабочая программа согласована с учебно-методической комиссией Института НМФО, протокол № 12 от «29» июня 2022 г.

Председатель УМК _____ О.В. Магницкая

Начальник управления учебно-методического, правового сопровождения и производственной практики _____ О.Ю.Афанасьева

Актуализированная рабочая программа утверждена на заседании Ученого совета Института НМФО,
протокол № 13 от «29» июня 2022 г.

Секретарь
Ученого совета _____ Е.С. Александрина

Оглавление:

1.	ФОС дисциплины «Хирургия»	стр.	4
2.	ФОС дисциплины «Подготовка к первичной специализированной аккредитации специалистов»	стр.	46
3.	ФОС дисциплины «Травматология и ортопедия»	стр.	67
4.	ФОС дисциплины «Сердечно-сосудистая хирургия»	стр.	105
5.	ФОС дисциплины «Эндоскопическая хирургия»	стр.	117
6.	ФОС дисциплины «Нейрохирургия»	стр.	123
7.	ФОС дисциплины «Оперативная хирургия и топографическая анатомия»	стр.	138
8.	ФОС дисциплины «Симуляционный курс ПСА»	стр.	146

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ХИРУРГИЯ»

Перечень вопросов для устного собеседования:

Б 1.Б.6.1 Раздел 1 «Заболевания и травмы органов брюшной полости »	<p>1.Ахалазия кардии. Классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Принципы лечения.</p> <p>2. Химические ожоги и рубцовые сужения пищевода. Патогенез. Клиника острого периода. Первая помощь и принципы лечения в остром периоде. Раннее и позднее бужирование.</p> <p>3. Классификация Джонсона: Заболевание желудка и двенадцатиперстной кишки типы желудочных язв (медиагастральная, сочетанная язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, язвы препилорические и пилорического канала). Этиология и патогенез желудочных язв</p> <p>4 Острая кишечная непроходимость Определение понятия. Классификация (по происхождению, патогенезу, анатомической локализации, клиническому течению). Методы исследования больных.</p> <p>5. Острые нарушения мезентериального кровообращения Виды острых нарушений мезентериального кровообращения (эмболии, тромбоз артерий, неокклюзивные нарушения мезентериального кровообращения, тромбоз вен).</p> <p>.6. Желчно-каменная болезнь. Эпидемиология, частота. Этиология и патогенез камнеобразования. Клиника, диагностика. Дифференциальная диагностика. Консервативное лечение. Показания к операции.</p> <p>7.Осложнения желчнокаменной болезни: холедохолитиаз, рубцовый стеноз большого дуоденального сосочка. Стриктура желчных протоков.</p> <p>8.Открытая травма живота. Клиника, диагностика, хирургическая тактика.</p> <p>9.Синдром позиционного сдавления. Патогенез. Диагностика и дифференциальная диагностика. Основные принципы лечения.</p> <p>10.Внутрибрюшные и внебрюшные разрывы мочевого пузыря: клиника, диагностика, лечение.</p>
Б 1.Б.6.2 Раздел 2 «Заболевания органов грудной клетки »	<p>11.Тромбоэмболия легочной артерии. Этиология, патогенез, классификация. Клиника, диагностика. Консервативное и хирургическое лечение.</p> <p>12.Дисфагия. Этиология и патогенез. Клиника, диагностика, лечение.</p> <p>13.Проникающие (в т.ч. огнестрельные) ранения груди. Клиника, диагностика. Тактика хирурга.</p> <p>14.Ишемическая болезнь сердца. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика. Хирургическое лечение хронической ишемической болезни сердца.</p> <p>15.Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы, классификация. Скользящие и паразофагеальные грыжи. Клиника, диагностика. Осложнения грыж. Показания к оперативному лечению. Принципы лечения.</p> <p>16.Химические ожоги и рубцовые сужения пищевода. Патогенез. Клиника острого периода. Первая помощь и принципы лечения. Клиника рубцового сужения пищевода, локализация и формы сужения. Диагностика. Лечение.</p> <p>17.Спонтанный пневмоторакс. Клиника, диагностика. Тактика,</p>

	<p>выбор метода лечения.</p> <p>18. Абсцессы легкого, причины, диагностика. Лечение.</p>
<p>Б 1.Б.6.3 Раздел 3 «Заболевания и повреждения сосудов»</p> <p>Раздел 4 Хирургические инфекции</p>	<p>19. Гангрена нижних конечностей. Классификация, дифференциальная диагностика. Принципы лечения.</p> <p>20. Синдром диабетической стопы.</p> <p>21. ОСТРЫЙ тромбофлебит поверхностных и глубоких вен нижних конечностей. Этиология и патогенез. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение.</p> <p>22. Возможности современной трансплантологии. Консервирование органов и тканей. Показания к пересадке органов. Виды трансплантации.</p> <p>23. Ампутация. Принцип ампутации и протезирования верхних и нижних конечностей.</p> <p>24. Портальная гипертензия. Этиология и патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Показания к оперативному лечению. Методы хирургического лечения.</p> <p>25. Хирургическая инфекция. Пути профилактики. Особенности лечения. Лечение гнилостной и анаэробной инфекции.</p> <p>26. Острый мастит. Этиология и патогенез. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, профилактика, лечение.</p> <p>27. Гнойно-воспалительные заболевания пальцев и кисти. Этиология и патогенез. Клиника, диагностика. Особенности разрезания и дренирования гнойных полостей.</p> <p>28. Гангрена нижних конечностей. Классификация, дифференциальная диагностика. Принципы лечения.</p> <p>29. Классификация ран, стадии течения, микробиология ран.</p>

Перечень вопросов для письменных контрольных работ:

<p>Б 1.Б.6.1 Раздел 1 «Заболевания и травмы органов брюшной полости»</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ОСТРЫЙ панкреатит. Этиология, патогенез, классификация. Клиника, диагностика. Консервативная терапия. Показания к ранним операциям. Методы операций. 2. Синдром Меллори-Вейса. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Показание к хирургическому вмешательству. Вид операций. 3. Тактика хирурга при лечении осложненных форм острого аппендицита, аппендикулярного инфильтрата, периаппендикулярного абсцесса, перитонита. 4. Открытая травма живота. Клиника, диагностика, хирургическая тактика. 5. Рак желчного пузыря и внепеченочных желчных путей. Факторы, способствующие развитию. Клиника, диагностика, лечение. 6. Механическая желтуха. Этиология и патогенез. Классификация. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Особенности предоперационной подготовки и послеоперационного ведения больных. 7. Прободная язва желудка и 12-перстной кишки. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Понятие о прикрытых перфорациях. Выбор метода операции.
--	---

	<p>8. Грыжи белой линии живота, виды операций. Редкие виды грыж (грыжа спигелевой линии, грыжа запирающего отверстия, грыжа Трейтца). Этиопатогенез. Клиника, диагностика, лечение.</p> <p>9. Травма живота. Диагностика и принципы лечения сочетанной и комбинированной травмы.</p> <p>10. Перитонит, классификация, современные методы лечения</p>
<p>Б 1.Б.6.2 Раздел 2 «Хирургические заболевания легких»</p>	<p>10. Проникающее ранения груди. Клиника. Диагностика. Тактика хирурга.</p> <p>11. Пневмоторакс. Этиология и патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.</p> <p>12. Гемопневмоторакс. Этиология и патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.</p> <p>13. Тиреотоксический зоб. Этиология и патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.</p> <p>14. Рак легкого. Классификация. Клиника. Диагностика. Принципы современного лечения.</p> <p>15. Дисгормональные заболевания молочной железы. Клиника. Диагностика. Консервативное лечение. Показания к хирургическому лечению дисгормональных заболеваний молочной железы.</p> <p>16. Опухоли и кисты средостения. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.</p>
<p>Б 1.Б.6.3 Раздел 3 «Заболевания и повреждения сосудов»</p> <p>Б 1.Б 6. Раздел 4 Хирургические инфекции</p>	<p>17. Виды сосудистого шва.</p> <p>18. Артериальные тромбозы и эмболии нижних конечностей. Этиология и патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы консервативной терапии. Показания к оперативному лечению. Методы операций.</p> <p>19. Острые тромбозы и эмболии верхних конечностей. Этиология и патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.</p> <p>20. Илеофemorальный тромбоз. Этиология и патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.</p> <p>21. Синдром Лериша. Этиология и патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.</p> <p>22. Тромбозы и эмболии мезентериальных сосудов. Современные представления о причинах и механизмах. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Показания к хирургическому лечению. Способы оперативных вмешательств.</p> <p>23. Сепсис- экстракорпоральные методы лечения.</p> <p>24. Гнойные воспалительные заболевания кожи и подкожной клетчатки: фурункул, карбункул, гидраденит, абсцессы, флегмоны). Этиология, патогенез. Клиника, диагностика, лечение.</p> <p>25. Парапроктит. Этиология, классификация, клиника, диагностика, лечение.</p> <p>26. Термические и химические ожоги. Классификация. Этиопатогенез. Клиника, диагностика. Консервативное лечение. Показания к операции и основные принципы хирургического лечения.</p> <p>27. Гематогенный и травматический остеомиелит. Этиология и патогенез. Клиника. Диагностика. Консервативные и хирургические методы лечения.</p> <p>28. Абсцессы брюшной полости, пункционные методы лечения.</p>

Банк тестовых заданий (с ответами) (примеры).

<p>I Раздел 1 «Заболевания и травмы органов брюшной полости»</p>	<p>1. Тампонирование подпеченочного пространства после холецистэктомии наиболее показано</p> <p>: а) При остром деструктивном холецистите; б) При неушитом ложе удаленного желчного пузыря; в) При возможности возникновения кровотечения из ложа желчного пузыря; г) При редких швах ложа удаленного желчного пузыря; д) Тампон не ставят.</p> <p>2. При выборе способа хирургического пособия при перфоративной язве желудка обычно руководствуются:</p> <p>а) Сроком с момента прободения; б) Степенью воспалительных изменений брюшины; в) Величиной перфоративного отверстия; г) Локализацией перфоративного отверстия; д) Возрастом больного.</p> <p>3. Для уточнения диагноза кровоточащей язвы желудка в первую очередь необходимо сделать:</p> <p>а) Анализ кала на скрытую кровь; б) Контрастную рентгеноскопию желудка; в) Анализ желудочного сока на скрытую кровь; г) Фиброгастроскопию; д) Определение гемоглобина и гематокрита.</p> <p>1. При язвенной болезни, осложненной кровотечением, рвота содержимым желудка цвета "кофейной гущи" может наблюдаться при всех следующих локализациях язвы: 1. На малой кривизне желудка; 2. В кардиальном отделе желудка; 3. В антральном отделе желудка; 4. В нижнем отделе пищевода; 5. В постбульбарном отделе двенадцатиперстной кишки. Выберите правильные ответы.</p> <p>5. Жалобы больного после резекции желудка на тяжесть в эпигастрии, слабость - вплоть до обморока после приема сладкой или молочной пищи являются признаками:</p> <p>а) Инсулемы поджелудочной железы; б) Синдрома приводящей петли; в) Пептической язвы анастомоза; г) Демпинг-синдрома; д) Синдрома малого желудка.</p> <p>6. Секретин образуется:</p> <p>а) В двенадцатиперстной кишке; б) В печени; в) В поджелудочной железе; г) В дистальных отделах тонкой кишки;</p> <p>7. К симптомам стенозирующей язвы двенадцатиперстной кишки относятся: 1. Рвота; 2. Шум плеска над проекцией желудка; 3. Наличие чаш Клойбера; 4. Отрыжка; 5. Похудание. Выберите правильный ответ</p> <p>8. Резекция на выключение может быть выполнена:</p> <p>а) При низкой постбульбарной язве; б) При пенетрации язвы в печеночно-дуоденальную связку; в) При плотном воспалительном инфильтрате в области двенадцатиперстной кишки; г) При пенетрации язвы в головку поджелудочной железы; д) При пенетрации язвы в печень.</p> <p>9. При сочетании алкогольной интоксикации с перфорацией гастродуоденальных язв возникают определенные диагностические трудности, обусловленные:</p> <p>а) Снижением болевого синдрома, что приводит к угасанию рефлексов со стороны передней брюшной стенки; б) Поздней обращаемостью; в) Возможностью психозов; г) Возможностью суицидальных попыток; д) Всем перечисленным.</p> <p>10. Наиболее достоверными клиническими проявлениями перфоративной язвы желудка являются:</p> <p>а) Рвота;</p>
---	--

	<p>б) Желудочное кровотечение; в) Напряжение передней брюшной стенки, отсутствие печеночной тупости; г) Частый жидкий стул; д) Икота.</p> <p>11. Для подготовки больного к операции по поводу стеноза желудка язвенного происхождения необходимо: 1. Назначение соляной кислоты с пепсином в большом количестве; 2. Промывание желудка; 3. Введение растворов электролитов; 4. Введение белковых растворов; 5. Коррекция нарушения кислотно-щелочного состояния. Выберите правильный ответ.</p> <p>12. Острое расширение желудка может быть быстро распознано: а) Рентгенографией грудной клетки в вертикальном положении; б) Лапароцентезом; в) Назогастральной интубацией; г) Перкуссией брюшной стенки; д) Исследованием плазмы крови на серотонин.</p> <p>13. Злокачественную трансформацию наиболее часто претерпевают: а) Язвы луковицы двенадцатиперстной кишки; б) Постбульбарные язвы; в) Язвы малой кривизны желудка; г) Язвы большой кривизны желудка; д) Язвы всех указанных локализаций.</p> <p>14. Срочное хирургическое вмешательство требуется при следующих осложнениях язвенной болезни: а) Остановившееся желудочное кровотечение; б) Перфоративная язва; в) Пенетрирующая язва; г) Стеноз выходного отдела желудка; д) Малигнизированная язва.</p> <p>15. Консервативное лечение перфоративной язвы желудка или двенадцатиперстной кишки по Тейлору заключается: а) В применении щелочей и средств, снижающих перистальтику желудка; б) В периодическом (каждые 4-5 часов) зондировании желудка, внутривенном вливании жидкости и фармакологической блокаде блуждающего нерва; в) В постоянном промывании желудка охлажденным физиологическим раствором; г) В местной гипотермии и внутривенном вливании жидкости; д) В постоянной аспирации содержимого желудка, внутривенном введении жидкостей, назначении антибиотиков.</p>
<p>Раздел 2 «Хи- рургические за- болевания лег- ких»»</p>	<p>16. При наличии у больного абсцесса легкого бронхоскопию следует рассматривать как метод: а) Не имеющий никакого значения; б) Имеющий значение для уточнения диагноза; в) Имеющий лечебное значение; г) Имеющий лечебное и диагностическое значение; д) Имеющий ограниченное применение, как вредный и опасный.</p>
	<p>17. Учитывая локализацию межреберного сосудисто-нервного пучка пункцию плевральной полости безопаснее проводить: 1. Во 2-3 межреберных промежутках по средней ключичной линии по нижнему краю ребра; 2. В 7-8 межреберных промежутках по паравerteбральной линии по верхнему краю ребра; 3. В 7-8 межреберных промежутках по средней подмышечной линии по верхнему краю ребра; 4. В любом из указанных мест.</p> <p>18. Рентгенологически определяемый ателектаз сегмента легкого, доли или всего легкого обязывает врача в первую очередь исключить: а) Центральный рак легкого; б) Доброкачественную опухоль (центральную); в) Пневмонию; г) Пневмоторакс; д) Инородное тело.</p> <p>19. . Достоверным признаком разрыва купола диафрагмы является: а) Боль в грудной клетке с иррадиацией в надплечье.</p>

- б) Боль в предреберье.
- в) **Пролабирование органов брюшной полости в грудную, выявляемое при рентгенологическом исследовании.**
- г) **Ослабленное дыхание на стороне травмы.**
- д) **Общее тяжелое состояние больного.**
20. Больной попал в автомобильную катастрофу. Диагностирован левосторонний гемопневмоторакс, подкожная эмфизема левой половины грудной клетки. Рентгенологически обнаружен перелом V, VI, VII ребер слева, причем перелом VI ребра со смещением костных отломков и проникновением одного из них в легочную ткань. Ваши действия включают:
- а) Только дренирование плевральной полости;
- б) Гемостатическую консервативную терапию;
- в) **Торакотомию, остеосинтез ребер и ушивание раны легкого;**
- г) Искусственную вентиляцию легких;
- д) Экстраплевральный остеосинтез.
21. Больной 3 часа назад получил ножевое ранение левой половины грудной клетки. Кожные покровы бледные. Тоны сердца глухие, тахикардия, АД-80/ 20 мм рт. ст. Пульс на лучевых артериях нитевидный. Имеет место укорочение перкуторного звука. Можно предположить:
- а) Ранение легкого;
- б) Торакоабдоминальное ранение;
- в) **Ранение сердца;**
- г) Ранение крупных сосудов средостения;
- д) Плевропульмональный шок.
22. . Больной получил дорожную травму. В процессе обследования выявлен перелом костей таза. Над левой половиной грудной клетки выслушиваются перистальтические шумы. У данного больного можно предположить:
- а) Внутрибрюшное кровотечение;
- б) Разрыв легкого;
- в) Тупую травму сердца;
- г) **Разрыв левого купола диафрагмы с пролабированием органов брюшной полости в грудную;**
- д) **Для решения вопроса о характере сочетанной травмы необходимы дополнительные методы исследования.**
23. У больного, поступившего с двусторонним переломом ребер, имеется выраженная подкожная эмфизема. По клиническим и рентгенологическим данным признаков пневмоторакса и гемоторакса нет. Необходимо предпринять:
- а) Дренирование плевральной полости справа;
- б) Дренирование обеих плевральных полостей;
- в) **Введение игл в подкожную клетчатку передней поверхности грудной клетки;**
- г) **Насечки на коже грудной клетки и шеи;**
- д) **Динамическое наблюдение.**
24. В легком выявлено небольшое периферическое образование, прилегающее к грудной клетке. Для определения характера этого образования следует произвести:
- а) Бронхоскопию;
- б) **Трансторакальную игловую биопсию;**
- в) Катетеризационную биопсию при бронхоскопии;
- г) Повторное исследование мокроты на ВК и опухолевые клетки;
- д) Исследование промывных вод при бронхоскопии
25. Абсолютным показанием для широкой торакотомии при проникающем ранении грудной клетки является:
- а) Пневмоторакс;
- б) Свернувшийся гемоторакс;
- в) **Продолжающееся кровотечение в плевральную полость;**
- г) Проникающее ранение грудной клетки;
- д) Гемопневмоторакс.
26. . Больному 47 лет. Давно и много курит. В течение последних месяцев почти ежедневно кровохарканье. Необходимо заподозрить:
- а) Хронический абсцесс легкого;
- б) Хроническую пневмонию;
- в) **Рак легкого;**
- г) Туберкулез легкого;

- д) Пневмосклероз.
27. Наиболее выгодное место дренирования плевральной полости для устранения пневмоторакса:
- 2-е межреберье по средней ключичной линии;**
 - 4-е межреберье по передней подмышечной линии;
 - 7-е межреберье по передней аксиллярной линии;
 - 8-е межреберье по задней аксиллярной линии;
 - 3-е межреберье по средней ключичной линии.
28. Возбудителем гидраденита чаще всего является:
- Стрептококк;**
 - Протей;
 - Стафилококк;**
 - Синегнойная палочка;
 - Кишечная палочка.
30. Для флегмоны характерно все перечисленное: 1. **Общее недомогание;** 2. **Повышение температуры тела;** 3. **Локальная болезненность;** 4. **Локальная гиперемия кожи;** 5. Полость с гноем, окруженная капсулой. Выберите правильный ответ
31. При фурункуле лица с высокой температурой применяется: 1. Строгий постельный режим; 2. **Широкое раскрытие гнойного очага;** 3. Пища в жидком состоянии; 4. **Инфузионная дезинтоксикационная терапия.** Выберите правильный ответ
32. Наиболее опасными осложнениями глубокой флегмоны шеи являются: 1. **Гнойный медиастенит;** 2. **Гнойный менингит;** 3. **Сдавление дыхательных путей;** 4. **Прорыв гноя в пищевод;** 5. **Сепсис.** Выберите правильный ответ.
33. Операцию артротомии при гнойном артрите производят:
- При обширном разрушении суставных концов костей;
 - При многократных повторных пункциях сустава, не дающих стойкого эффекта;**
 - При наличии гноя в полости сустава;**
 - При разрушении связочного аппарата сустава;
 - При резко выраженном болевом синдроме.
34. Профилактическое введение противостолбнячной сыворотки необходимо при: 1. **Ушибленной ране головы;** 2. **Термическом ожоге бедра 2-й степени;** 3. Остром гангренозном аппендиците; 4. **Открытом переломе плеча;** 5. Закрытом переломе голени. Выберите правильный ответ .
35. Наиболее рациональными путями введения антибиотиков при сепсисе являются:
- Пероральный;
 - Внутримышечный и внутривенный;
 - Внутривенный и эндолимфатический;**
 - Внутрикостный и внутримышечный;
 - Эндолимфатический.
36. Для септикопиемии характерны:
- Общая слабость, истощение организма;**
 - Метастазирование гнойных очагов в различные органы и ткани;**
 - Резкая болезненность и бурное воспаление поверхностных гнойных метастазов;
 - Гектическая температура;**
 - Относительное стихание процесса к концу образования гнойных метастазов.
37. При наличии поддиафрагмального абсцесса показана: а) Срочная операция - вскрытие абсцесса;
- Пункция абсцесса;** в) Наблюдение; г) **Консервативная терапия;** д) Лапароскопия.
38. Флегмона забрюшинного пространства как осложнение острого аппендицита развивается при:
- Переднем подпеченочном расположении червеобразного отростка
 - Местном перитоните в правой подвздошной области
 - Ретроперитонеальном расположении червеобразного отростка**
 - Медиальном расположении червеобразного отростка
 - Расположении червеобразного отростка латерально от слепой кишки.
39. К осложнениям сепсиса относятся: 1. **Септические кровотечения;** 2. **Тромбоэмболия артерий конечностей или внутренних органов;** 3. Асцит, анасарка; 4. **Септический эндокардит;** 5. **Пневмония.** Выберите правильный ответ
40. К мероприятиям, рекомендуемым при сепсисе, относятся: 1. **Вскрытие гнойного очага;** 2. **Ограниченное введение жидкости;** 3. **Внутримышечное введение антибиотиков;** 4. Переливание крови; 5. **Введение витаминов.** Выберите правильный ответ.
41. Возникновение воздушной эмболии сосудов головного мозга после операции на органах шеи

объясняется: 1. незаращением межпредсердной перегородки; 2. незаращением артериального потока; 3. незаращением межжелудочковой перегородки; 4. **плотным срастанием вен шеи с фасциями**; 5. **рассечением фасциально-клеточных пространств шеи**. Выберите правильный ответ.

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

а) Гемостатическая терапия;
б) Искусственный пневмоторакс;
в) Пневмоперитонеум;
г) **Тампонада дренирующего бронха**;
д) **Радикальное хирургическое лечение в виде резекции легкого**.

43. Достоверным признаком легочного кровотечения является:

а) **Выделение крови изо рта**;
б) **Кашель с выделением алой пенной крови**;
в) Наличие затемнения в легком;
г) Наличие экссудата в плевральной полости;
д) **Наличие крови в бронхах при бронхоскопии**.

44. Для немедленного гемостаза при кровотечении из варикозно расширенных вен пищевода следует:

а) Применять массивные гемостатические средства;
б) Применять гипотензивные средства;
в) Вводить малые гемостатические дозы крови;
г) **Ввести зонд Блек - Мора**;

45. Причиной тромбоэмболии легочной артерии наиболее часто является тромбоз:

а) Лицевых вен; б) **Глубоких вен нижних конечностей и вен малого таза**; в) Глубоких вен верхних конечностей; г) Поверхностных вен нижних конечностей; д) Поверхностных вен верхних конечностей.

46. Для острого тромбоза глубоких вен нижних конечностей характерны:

а) **Резкий отек нижней конечности**;
б) Некроз пальцев стоп;
в) Похолодание стопы;
г) Симптом перемежающейся хромоты;
д) Отек и гиперемия по ходу пораженных вен.

47. Тромбообразованию после полостных операций способствует:

1. **Повышение фибринолитической активности**; 2. **Ожирение**; 3. **Гиподинамия**; 4. **Онкологические заболевания**; 5. **Ишемическая болезнь сердца**

48. При несостоятельности коммунантных вен нижних конечностей наиболее целесообразной операцией следует считать операцию:

а) Бебкока;
б) Нарата;
в) Маделунга;
г) Троянова-Тренделенбурга;
д) **Линтона**.

49. При остром тромбозе большой подкожной вены в послеоперационном периоде показано:

а) **Лечение антикоагулянтами прямого и непрямого действия**;
б) **Сафенэктомию по комбинированной методике**;
в) **Перевязку большой подкожной вены у места впадения в бедренную**;
г) Консервативное лечение с использованием масляно-бальзамических повязок;
д) Строгий постельный режим с возвышенным ножным концом кровати, прием дезагрегантов по схеме.

50. При ранении воротной вены выполняется:

а) Перевязка воротной вены;
б) Создание соустья с селезеночной веной;
в) **Наложение сосудистого шва**;
г) Операция Экка;
д) Резекция воротной вены.

Банк ситуационных клинических задач (примеры).

<p><i>Заболевания брюшной полости</i></p>	<p>ЗАДАЧА № 1</p> <p>В приемное отделение доставлена 28-летняя женщина с жалобами на постоянные интенсивные боли в надлобковой и правой подвздошной областях, тошноту, учащенное болезненное мочеиспускание и субфебрильную температуру тела. Из анамнеза заболевания выяснено, что впервые боли появились в эпигастрии 12 часов назад, затем через 4-5 часов локализовались в правой подвздошной и надлобковой областях, сопровождаясь болезненным мочеиспусканием частотой до 6-7 раз в сутки. При ходьбе боли усиливались, иррадиировали в правую ногу и область анального отверстия. Последняя менструация была 8 дней назад, в срок. Воспалительные заболевания половой сферы отрицает. Беременностей и родов не было. При обследовании дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхательных движений - 19 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс - 86 ударов в минуту. Артериальное давление - 100/70 мм. рт.ст. Язык подсыхает, обложен грязно-белым налетом. Живот не участвует в акте дыхания, несколько напряжен. При пальпации болезненный в правой подвздошной и надлобковой областях, где определяется гиперестезия кожи и сомнительный симптом Щеткина-Блюмберга. Положительные симптомы Образцова, Ровзинга и Ситковского. Перкуторно: притупление в нижних отделах живота. Аускультативно: перистальтика ослаблена.</p> <p><u>Вопросы:</u> Ваш предварительный диагноз? С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз? Какие диагностические исследования необходимо назначить больной для верификации диагноза? Лечебная тактика. Расскажите об этиологии и патогенезе данного заболевания? Какова летальность при данной болезни? Какие осложнения встречаются при данном заболевании? Какие осложнения возможны после операции по поводу данной патологии и их профилактика?</p> <p><u>Решение задачи:</u> Диагноз: Острый аппендицит (Тазовое расположение червеобразного отростка). Боли в правой подвздошной и надлобковой областях, учащенное мочеиспускание, тошнота и субфебрилитет возможны при остром аппендиците с тазовым расположением червеобразного отростка (тазовый аппендицит), остром цистите, аднексите, апоплексии яичника, инфекции половых органов, мочекаменной болезни. Для уточнения диагноза следует провести ультразвуковое исследование брюшной полости и малого таза, что позволит исключить тазовый острый аппендицит и выяснить состояние придатков матки. При ректальном исследовании возможно определение болезненности передней стенки прямой кишки справа. При влагалищном исследовании задний свод может выбухать. Общий анализ крови позволяет определить умеренный лейкоцитоз с преобладанием нейтрофилов. СОЭ повышено. Общий анализ мочи позволит исключить патологию мочевыводящих путей и почек. На данный момент наилучшим методом диагностики (в т.ч. и дифференциальной) является лапароскопия. Данный диагноз является показанием к экстренному оперативному вмешательству. В настоящее время применяют открытую и лапароскопическую</p>
---	---

аппендэктомии. При открытой используют косой переменный доступ по Волковичу-Дьяконову, продольный – Ленандера, поперечный – Шпренгеля. Возможно антеградное и ретроградное удаление отростка. Культия обрабатывается погружным или лигатурным способом. В данной ситуации следует удалить червеобразный отросток через нижний срединный лапаротомический доступ, позволяющий провести хорошую ревизию, а при необходимости санировать и адекватно дренировать малый таз. Возможна и лапароскопическая аппендэктомия, но риск недостаточного дренирования с последующим образованием абсцессов выше. Острый аппендицит – это полиэтиологическое заболевание. Единой общепризнанной теории развития острого аппендицита не существует. Бесспорным является полимикробный характер поражения, особенно на фоне обтурации просвета червеобразного отростка (гиперплазия лимфоидных фолликулов, каловые камни) /инфекционная и механическая теории/. Согласно нервно-сосудистой теории, многообразные патологические влияния, нейрогенным путем могут вызывать мышечный и сосудистый спазм червеобразного отростка. По аллергической теории, аллергия в качестве патогенного фактора проявляется первоначально как местная сосудистая реакция, на фоне которой затем возникают дистрофические расстройства. Под влиянием перечисленных факторов начинается серозное воспаление. При этом еще больше нарушается микроциркуляция, развивается некробиоз. На этом фоне усиливается размножение микроорганизмов. Повышается концентрация бактериальных токсинов. В результате серозное воспаление сменяется деструктивными формами и развиваются осложнения. Летальность при остром аппендиците на протяжении последних лет стабильна и составляет 0,11-0,3%. При наличии осложнений эти цифры возрастают. При остром аппендиците возможны следующие осложнения: аппендикулярный инфильтрат, локальные абсцессы брюшной полости (межкишечный, тазовый, поддиафрагмальный), распространенный и местный перитонит, пилефлебит. После аппендэктомии возможны следующие осложнения: перитонит вследствие запущенного острого аппендицита на догоспитальном этапе или возникший в результате несостоятельности швов культи червеобразного отростка; абсцессы и гнойники брюшной полости чаще вследствие перитонита; кишечные свищи; кровотечение, как в зоне операции, так и в брюшную полость; острая послеоперационная кишечная непроходимость; раневые осложнения (нагноение раны, эвентрация, серома, инфильтрат, лигатурный свищ). Соответственно, своевременное выявление патологии и ее диагностика, бережное манипулирование с тканями, адекватная антимикробная терапия способствует уменьшению количества послеоперационных осложнений.

ЗАДАЧА № 2

Больной 41 года был прооперирован по поводу острого флегмонозного аппендицита. Операция прошла без особенностей. Послеоперационная рана ушита наглухо. В первые сутки после операции у больного появилась слабость, головокружение, однократная рвота, не приносящая облегчения. Объективно: общее состояние тяжелое. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, влажные. Пульс - 120 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения. Частота дыхательных движений – 24 в минуту. Артериальное давление - 90/60 мм.рт.ст. Язык влажный, обложен серо-белым налетом. Живот участвует в акте дыхания, вздут, болезненный в области послеоперационной раны. При перкуссии в отлогих местах определяется укорочение перкуторного звука. Аускультативно выслушивается ослабленные кишечные шумы. Положительный симптом Куленкампа. Общий анализ крови: эритроциты - $2,9 \times 10^{12}/л$. Гемоглобин - 72 г/л. Гематокрит – 32%.

Вопросы: Ваш диагноз? Какие методы исследования необходимо провести для уточнения диагноза? Назовите возможные причины возникновения данного осложнения у больного? С какими заболеваниями следует провести

дифференциальную диагностику? Алгоритм лечения данного осложнения? Каковы особенности ведения послеоперационного периода?

Решение задачи: По-видимому, произошло внутрибрюшное кровотечение в раннем послеоперационном периоде. Это подтверждает клиническая и лабораторная картина. Можно провести УЗИ-исследование брюшной полости на предмет наличия свободной жидкости (крови). Причиной кровотечения может быть соскочившая лигатура с брыжейки червеобразного отростка, неадекватный гемостаз, технические погрешности операции (небрежное, травматичное обращение с тканями). Дифференциальную диагностику следует проводить с различными осложнениями раннего послеоперационного периода (гематома со стороны послеоперационной раны, инфильтрат последней, кровотечение из раны брюшной стенки, кровотечения в свободную брюшную полость (не из брыжейки червеобразного отростка)). Следует в экстренном порядке провести релапаротомию. После релапаротомии и ревизии органов брюшной полости, поиск источника кровотечения с дальнейшим адекватным гемостазом и ушиванием раны. В послеоперационном периоде следует проводить динамическое наблюдение за пациентом с коррекцией нарушений функций организма на фоне кровопотери.

ЗАДАЧА № 3

Больной 18-ти лет поступил в хирургическое отделение с травматическим разрывом селезенки. Была выполнена спленэктомия. Проводилась экстренная гемотрансфузия в количестве 500 мл во время операции. Группа крови А (II).

Через 15 часов после экстренной гемотрансфузии стал жаловаться на чувство стеснения в груди, сердцебиение, озноб, жар, интенсивную боль в поясничной области. При осмотре больной возбужден. Кожные покровы и склеры иктеричные, влажные, холодные на ощупь. Отмечается гиперемия лица и шеи. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Артериальное давление - 80/50 мм рт. ст. Частота сердечных сокращений - 130 ударов в минуту. Пульс ритмичный, слабого наполнения и напряжения. Дыхание жесткое. Аускультативно выслушиваются разнокалиберные хрипы в легких. Частота дыхательных движений - 20 в 1 минуту. Живот правильной формы, мягкий, участвует в акте дыхания. При исследовании печени пальпируется её болезненный нижний край на 2 поперечных пальца ниже реберной дуги. Отмечается болезненность в поясничных областях; симптом Пастернацкого положителен с обеих сторон. За сутки выделилось 100 мл мочи цвета «мясных помоев». Кал светло-коричневого цвета.

Вопросы: Ваш диагноз? Что необходимо предпринять для подтверждения и уточнения Вашего диагноза? Почему возникла данное заболевание? Объясните патогенез данного состояния? Какой симптом данного осложнения является патогномичным? Алгоритм неотложной помощи при данном состоянии? Что следует предпринять при неэффективности консервативного лечения? Назовите меры профилактики данного осложнения?

Решение задачи: В данном случае мы, скорее всего, имеем дело с гемотрансфузионной реакцией, связанной с переливанием несовместимой крови. Как показывает практика, наиболее частой причиной посттрансфузионных осложнений (около 90%) является переливание крови, несовместимой по системе АВО и Rh-фактору. Эти ошибки совершаются главным образом в хирургических и акушерско-гинекологических отделениях. Для абсолютной диагностики данного вида осложнения остаток донорской крови, образец крови и мочи реципиента

отправляют в лабораторию для повторного типирования и перекрестного теста. Данное осложнение, вероятнее всего, возникло в связи с тем, что переливание несовместимой крови проводилось пациенту под наркозом (реактивные проявления и симптомы шока чаще всего отступают по времени и бывают выражены незначительно). В этих случаях ориентируются на изменение АД (гипотонию), ЧСС (тахикардию) и окраску кожных покровов лица и шеи. Причиной такого осложнения в подавляющем большинстве случаев является невыполнение или нарушение правил по технике переливания крови, по методике определения групп крови и проведения пробы на групповую совместимость по системе АВО. В патогенезе посттрансфузионных осложнений, вызванных непереносимостью крови донора и реципиента по системе АВО, ведущую роль играет разрушение (гемолиз) эритроцитов донора антителами, в результате чего в крови реципиента появляется свободный гемоглобин, биогенные амины, тромбопластин и другие биологически активные вещества. На основании нервно-рефлекторной теории гемотрансфузионного шока считается, что под влиянием стрессового воздействия и высоких концентраций биологически активных веществ сначала происходит раздражение интерорецепторов, а затем, если воздействие не прекращается, развивается запредельное торможение. Клинически наблюдаются нарушения гемодинамики и поражение почек по типу острой циркуляторной нефропатии. Свободный гемоглобин, обладая наибольшей нефротоксичностью, превращается в почечных канальцах в солянокислый гематин. Накопление его в просвете почечных канальцев вместе с остатками разрушенных эритроцитов приводит к спазму почечных сосудов, снижению почечного кровотока и клубочковой фильтрации, что наряду с некробиотическими изменениями эпителия канальцев является причиной олигоанурии. В патогенезе поражения легких, печени, эндокринных желез и других внутренних органов первостепенная роль принадлежит ДВС-синдрому. Пусковым моментом его развития является массивное поступление в кровоток тромбопластина из разрушенных эритроцитов (кровяной тромбопластин). Данное осложнение может быть вызвано переливанием 30-50 мл крови или значительно реже после переливания флакона крови (наш случай). Субъективные расстройства, выражаются в ухудшении самочувствия, стеснении в груди, сердцебиении, ознобе, появлении жара во всем теле, головных и абдоминальных болях, как правило, довольно сильно выраженных. Последний симптом считается патогномичным для данного вида осложнения. Следует прекратить переливание несовместимой крови (если реакция возникла во время гемотрансфузии, что происходит чаще) и начать инфузионную терапию. Вводят 0,9% NaCl, р-р Рингера с лактатом, реополиглюкин с такой скоростью, чтобы диурез составлял как минимум 100 мл/час. Кристаллоидные препараты - важный компонент лечения. Так же показаны малые дозы дофамина. После восстановления ОЦК можно осторожно применять петлевые диуретики (лазикс, маннитол). С целью предотвращения осаждения свободного гемоглобина в почечных канальцах применяют ощелачивание мочи бикарбонатом натрия. Необходимо ввести мочевого катетер. В качестве сердечнососудистых средств применяют сердечные гликозиды (строфантин, коргликон); при низком давлении - норадреналин. Полезно использовать антигистаминные препараты и глюкокортикоиды. Для снятия спазма почечных сосудов срочно проводят двухстороннюю поясничную новокаиновую блокаду. Для облегчения дыхания больному дают увлажненный кислород. Неэффективность лекарственной терапии острой почечной недостаточности, прогрессирование уремии служит показанием к гемодиализу, гемосорбции, плазмаферезу. Профилактика этого вида осложнений сводится к правильному определению групповой принадлежности крови больного и донора.

ЗАДАЧА №4

Больная 77 лет госпитализирована с жалобами на резкую боль, отек, покрас-

нение пятнами в области пупка. В течение 15 лет страдает неврправимой пупочной грыжей. Три дня назад у пациентки появились вышеперечисленные жалобы. Также больная отмечает слабость, снижение аппетита, головную боль. Температура тела поднималась до 39⁰ С. Лечилась самостоятельно (спазмолитики и антибиотики) – без эффекта. Объективно: состояние тяжелое. Температура тела - 38,2⁰ С. Пульс - 100 ударов в минуту. Частота дыхательных движений - 24 в минуту. Имеется экспираторная одышка. Тоны сердца приглушены. В легких дыхание жесткое; выдох удлиннен. Язык сухой. Живот вздут, не участвует в акте дыхания, напряжен. Положительный симптом Щеткина-Блюмберга. В пупочной области имеется опухолевидное выпячивание округлой формы размерами 8х6 см. Кожные покровы над ним резко гиперемированы, с синюшными пятнами. Перкуторно притупление и тимпанит не определяется. Пальпаторно кожа данной зоны резко болезненная. Симптом «кашлевого толчка» отрицательный. Мочиспускание не учащено. Стула не было 4 дня. Газы не отходят.

Вопросы: Ваш диагноз? Осложнением какого заболевания является данная патология? С каким заболеванием необходимо провести дифференциальный диагноз? Назовите дополнительные методы исследования для верификации диагноза? Алгоритм лечения данной патологии? Назовите особенности оперативного пособия при данном заболевании?

Решение задачи: У больной на фоне длительно существующей неврправимой пупочной грыжи возникло ущемление пупочной грыжи с последующим развитием флегмоны грыжевого мешка. Данное заболевание является осложнением пупочной грыжи. Дифференциальную диагностику проводят с: метастатическим поражением пупка при злокачественных образованиях желудка, гениталий, внепеченочных желчных путей, толстой кишки, с кистами и нагноением урахуса и умбилицитом. Для уточнения диагноза следует провести минимальное обследование: рационально сделать УЗИ и обзорную рентгенографию органов брюшной полости, сделать анализы крови и мочи. Определить сахар крови, время свертывания крови. Учитывая достаточно выраженную сопутствующую патологию необходимо сделать ЭКГ-исследование, провести консультации терапевта и кардиолога. После кратковременной по времени предоперационной подготовки (1-2 часа) следует выполнить экстренное оперативное вмешательство. При флегмоне грыжевого мешка операцию следует выполнять в два этапа, начиная со срединной лапаротомии для уменьшения инфицирования брюшной полости содержимым грыжевого мешка. Производят резекцию кишки. Между приводящей и отводящей петлями проводят наложение анастомоза типа «конец в конец» или, при большой разнице в диаметрах сшиваемых отделов кишки, «бок в бок». Зашивание концов петли кишки, подлежащей удалению, проводят наглухо. Выполняют наложение кисетного шва на брюшину вокруг внутреннего кольца. Проводят рассечение кожи, клетчатки и собственно грыжевого мешка разрезом, проходящим над последним (герниотомия). Удаляют экссудат. Осторожно надсекают грыжевые ворота настолько, чтобы можно было извлечь и удалить ущемленную петлю и слепые концы кишки с одновременным затягиванием кисетного шва, наложенного вокруг внутреннего кольца. Выделение грыжевого мешка из окружающих тканей не производят. Ушивают среднесрединный разрез брюшной стенки. Ушивают шейку мешка кисетным швом. Дренируют места герниотомии. Пластика грыжевых ворот в условиях гнойной инфекции противопоказана.

При флегмоне грыжевого мешка пупочной грыжи рационально также использовать способ Грекова, иссекая грыжу целиком, производя пластику брюшной стенки и зашивая рану. Если грыжевой мешок сильно изменен воспалительным процессом, следует вести данную область как гнойную рану с последующей пластикой грыжевых ворот после заживления раны.

ЗАДАЧА № 5

Больной 62 лет поступил в хирургическое отделение через 5 часов после начала заболевания с жалобами на резкие интенсивные боли в правой паховой области с иррадиацией в бедро и мошонку. Боли появились после физической нагрузки.

В анамнезе больной отмечает, что опухолевидное образование в правой паховой области появилось 2 года назад. В горизонтальном положении оно исчезало. За последний год опухолевидное образование значительно увеличилось в размерах.

Объективно: общее состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные. Пульс-110 ударов в минуту, ритмичный. Артериальное давление - 180/90 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены. Частота дыхательных движений – 21 в минуту. Перкуторно в легких - легочный звук; дыхание жесткое, в нижних отделах – единичные хрипы. Живот вздут, участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий. Отмечается болезненность в правой паховой области, где имеется напряженное опухолевидное образование размерами 8х6 см, не спускающееся в мошонку. При перкуссии данного образования отмечается тимпанит; при аускультации прослушиваются кишечные шумы. В остальных отделах живот мягкий, умеренно болезненный. Перитонеальных симптомов нет. Симптом Пастернацкого отрицательный. Стула не было 2-е суток. Мочеиспускание свободное и безболезненное.

Вопросы: Ваш диагноз? С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз? Какие дополнительные методы исследования помогут верифицировать диагноз у данного больного, их интерпретация? Определите алгоритм лечения больного? Могут ли быть противопоказания для хирургического лечения данного заболевания и почему? При наличии показаний к хирургическому вмешательству, перечислите его основные методы и этапы операции.

Решение задачи: Диагноз: Ущемленная паховая грыжа справа. Дифференциальный диагноз проводят с невправимой грыжей, паховым лимфаденитом, лимфогрануломатозом, орхоэпидидимитом, варикозной болезнью нижних конечностей, ущемленной бедренной грыжей. Необходимо провести рентгеноскопию органов брюшной полости с целью выявления рентгенологических признаков кишечной непроходимости на фоне ущемленной грыжи. При подозрении на ущемление стенки мочевого пузыря целесообразна цистоскопия; УЗИ органов брюшной полости, диафаноскопия. Лечение больного – только экстренная операция. Экстренная операция проводится после минимального обследования и предоперационной подготовки. Если больной имеет тяжелую сопутствующую патологию, то допустимо кратковременное интенсивное лечение с целью стабилизации общего состояния (не более 6 часов с момента поступления в стационар). Противопоказаний для операции при ущемленной грыже быть не может. Ущемленная грыжа подлежит немедленному оперативному лечению вне зависимости от сроков, разновидности и локализации ущемления. Некроз ущемленного органа обрекает больного на гибель.

Операцию проводят так, чтобы, не рассекая ущемляющее кольцо, вскрыть грыжевой мешок, предотвратить ускользание ущемленных органов в брюшную полость. Оперативное вмешательство проводят в несколько этапов: 1-й этап – послойное рассечение тканей до апоневроза и обнажение грыжевого мешка; 2-й этап – вскрытие грыжевого мешка, удаление грыжевой воды. Недопустимо рассечение ущемляющего кольца до вскрытия грыжевого мешка; 3-й этап – рассечение ущемляющего кольца под контролем зрения, чтобы не повредить припаянные к нему изнутри органы; 4-й этап – определение жизнеспособности ущемленных органов. Жизнеспособность кишки оценивается по цвету (розовый), серозная оболочка блестящая, кишечная стенка перистальтирует, сосуды брыжейки пульсируют. Петля кишки теплая при пальпации на ощупь; 5-й этап – резекция нежизнеспособной петли кишки. Во избежание послеоперационного расхождения швов анастомоза резекцию кишки следует производить в пределах здоровых тканей, отступив от края ущемления примерно 30-40 см. в сторону приводящего и 15-20 см. в сторону отводящего отдела; 6-й этап – пластика грыжевых ворот. При выборе метода пластики следует отдавать предпочтение наиболее простому – Бассини-Постемпскому, Жирану-Спасокукоцкому, Лихтенштейну.

ЗАДАЧА № 6

В клинику в 22:20 часов каретой скорой помощи доставлен больной 19 лет с жалобами на интенсивные постоянные боли в правой половине живота с иррадиацией в правое плечо, лопатку и надключичную область, сухость во рту, тошноту и слабость. Из анамнеза выявлено, что около двух часов назад сразу после ужина ощутил острейшую боль в эпигастрии. Самостоятельно принимал спазмолитики - без эффекта. Из-за нарастания интенсивности болей обратился за помощью.

Из анамнеза жизни выявлено, что операций, гемотрансфузий не проводилось. Язвенной болезни желудка и 12-ти перстной кишки не отмечает. Периодически ощущал изжогу и дискомфорт в животе, которые достаточно быстро купировались самостоятельно или после приема «Альмагеля». Объективно: общее состояние тяжелое. Положение в постели на боку с приведенными к животу коленями, т.к. любое движение вызывает усиление болей. Кожные покровы бледные, влажные. Пульс-60 ударов в минуту, ритмичный. Артериальное давление - 130/95 мм.рт.ст. Язык подсыхает, обложен белым налетом. Живот в акте дыхания не участвует. При пальпации - доскообразное напряжение мышц передней брюшной стенки, резкая болезненность при поверхностной и глубокой пальпации. Положительный симптом Спигарного в эпигастриальной области. Симптомы раздражения брюшины резко положительные. При перкуссии отмечается укорочение перкуторного звука в правом боковом канале и правой подвздошной области.

Вопросы: Ваш диагноз? С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику? Какие еще дополнительные специальные методы исследования необходимо провести для уточнения диагноза? Интерпретируйте их. Ваша тактика и лечение? Что такое проба Неймарка при лапароскопии? Обоснуйте ведение послеоперационного периода и профилактику возможных осложнений? Стандарты диагностики и лечения данной патологии.

Решение задачи: У больного язвенная болезнь (12-перстной кишки), осложненная перфорацией. Об этом говорит острая кинжальная боль в животе (классический признак перфорации язвы желудка и 12-перстной

кишки), усиление болей, тошнота, пневмоперитонеум. В анамнезе имелись эпизоды изжоги и дискомфорта в эпигастрии, запоры. Прободение язвы желудка и 12-перстной кишки следует дифференцировать с острым аппендицитом (боли обычно не имеют высокой интенсивности), острым панкреатитом (боли также сильные, но носят опоясывающий характер), острым холециститом (боли менее выражены, отсутствует свободный газ в брюшной полости, локальное защитное напряжение мышц в правом подреберье), правосторонней плевропневмонией (нестерпимые боли, иррадиирующие вниз, анамнез), инфарктом миокарда (анамнез, изменения ЭКГ), расслаивающейся аневризмой аорты (анамнез, похолодание нижних конечностей). Диагноз уточняют экстренно с помощью следующих методик: обзорная рентгенография органов брюшной полости; ФГДС с пневмокомпрессией. Показаны ЭКГ-исследование, общий анализ крови и мочи. Последние обычно неинформативны при осложненной язвенной болезни. Для более точного установления диагноза показана лапароскопия. На обзорной рентгенографии органов брюшной полости отмечается выраженный газовый пузырь желудка с высоким уровнем жидкости в нем и серповидное просветление под правым (левым) куполом диафрагмы - пневмоперитонеум. Больному показана экстренная операция на фоне инфузионной терапии и выведения из шока. Производят ушивание язвы с ваготомией, иногда с тампонадой сальником или хирург решает вопрос о первичной резекции желудка (давность перфорации не более 6-8 часов, удовлетворительное состояние больного, отсутствие выраженных перитонеальных явлений, достаточный опыт и квалификация операционной бригады). При возможности - ваготомия с пилоропластикой после иссечения язвы. Операция завершается дренированием брюшной полости. При разлитом гнойном перитоните – минимальная операция – ушивание язвы. В послеоперационном периоде лечебные мероприятия в первую очередь должны быть направлены на борьбу с перитонитом и профилактику гнойно-воспалительных осложнений. Парентерально вводятся антимикробные препараты широкого спектра действия. При гнойном перитоните прибегают к постоянному или фракционному промыванию брюшной полости. Проводят дренирование грудного лимфатического протока, гемо- и лимфосорбцию с целью дезинтоксикации. Для регуляции водно-электролитных нарушений внутривенно вводят плазму, кровь, белковые препараты, 5% глюкозу и хлорид натрия. Для профилактики легочных осложнений больным придают возвышенное положение в постели, проводят дыхательную гимнастику. По показаниям назначают сердечные препараты.

ЗАДАЧА № 7

Больной 36 лет поступил в стационар с жалобами на острые боли в верхней половине живота, опоясывающего характера, иррадиирующие в спину. Боли появились 8 часов назад после употребления алкоголя, присоединилась тошнота, рвота не приносящая облегчения, сухость во рту. Объективно: общее состояние тяжелое. Больной стонет, поведение беспокойное. Сознание спутанное. Кожные покровы бледные с цианотичным оттенком. Температура тела – 36,8⁰ С. Дыхание везикулярное, поверхностное. Частота дыхательных движений - 28 в минуту. Пульс - 134 удара в минуту, слабого наполнения. Артериальное давление - 90/40 мм рт.ст. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Язык сухой, обложен коричневым налетом. Живот умеренно вздут в верхних отделах, напряжен и болезнен в эпигастриальной области, правом и

левом подреберьях. Отмечается болезненность в точках Шоффара, Дежардена. Пульсация брюшного отдела аорты ослаблена. Положительный симптом Щеткина-Блюмберга в правом подреберье и мезогастрии, также положительные симптомы Керте, Воскресенского и Мейо-Робсона. Перистальтические шумы не выслушиваются. Стула не было, диурез снижен.

Вопросы: Ваш предварительный диагноз? Какие исследования следует провести для верификации диагноза? Стратегические направления ведения больных. Каков алгоритм консервативного лечения? Что является показанием к оперативному лечению? Каковы современные способы оперативного лечения? Назовите возможные послеоперационные осложнения и их профилактику?

Решение задачи: У больного стерильный панкреонекроз (клиническая классификация острого панкреатита, принятая в г. Атланте, США в 1992 году). Ферментативный перитонит. Панкреатогенный шок. С целью верификации диагноза необходимо выполнить УЗИ брюшной полости, это позволит определить размеры поджелудочной железы, ее контур, эхогенность, жидкость в сальниковой сумке и брюшной полости, а также признаки билиарной гипертензии, деструкции желчного пузыря и наличия в нем конкрементов. Возможно выполнение рентгенологического исследования – обзорной рентгенографии грудной клетки и брюшной полости, что поможет выявить высокое стояние купола диафрагмы, экссудативный плеврит, ателектазы, отек и пневмоническую инфильтрацию легкого, изолированное вздутие поперечной ободочной кишки, симптом «сторожевой петли». Возможно проведение лапароскопии, позволяющей осмотреть брюшную полость и выявить наличие и характер экссудата, очагов стеатонекроза, инфильтрации (серозной и геморрагической) органов и тканей прилежащих к поджелудочной железе, состояние желчного пузыря. Компьютерная томография (КТ) представляется наиболее достоверным методом в диагностике острого панкреатита и позволяет в большинстве случаев отличить отечную форму острого панкреатита от геморрагического панкреонекроза. Обязательно изучаются анализы: общий анализ крови (с формулой лейкоцитов), мочи, диастаза мочи, биохимия крови (билирубин, мочевины, трансаминазы, белок и его фракции), амилаза крови, глюкоза крови, коагулограмма. Стратегические направления ведения больных с панкреонекрозом: - динамическая объективная оценка тяжести состояния больных с помощью интегральных шкал (Ranson, APACHE II, SOFA); - визуализация масштаба и характера поражения ПЖ и забрюшинной клетчатки (УЗИ, КТ, лапароскопия); - идентификация инфицирования (микробиологические исследования, концентрация ПКТ); - интенсивная терапия (поддержание оптимального уровня доставки O₂, нутритивная поддержка, экстракорпоральная детоксикация).- антибактериальная профилактика и терапия (АБПТ); адекватное обезболивание; - блокада секреторной функции ПЖ, профилактика стресс-язв; - своевременная хирургическая санация. Алгоритм консервативного лечения: противошоковые мероприятия; улучшение центральной гемодинамики и периферического кровообращения; купирование болевого синдрома путем применения анальгетиков (вплоть до наркотических – промедол, фентанил с дроперидолом (нейролептаналгезия), спазмолитиков (гидрохлорид папаверина, раствор но-шпы), новокаиновых блокад (пресакральной, блокады круглой связки печени и других). Обязательно: постановка же-

Заболевания легких

лудочного зонда, создание функционального покоя поджелудочной железе путем аспирации желудочного содержимого, с последующим промыванием желудка холодной водой. Проводится подавление внешней панкреатической секреции путем назначения препаратов сандостатина (октреатида), панкреатической рибонуклеазы, цитостатиков. В лечение включают: дезинтоксикацию организма (инфузионную терапию); антиферментные препараты. Профилактика гнойных осложнений осуществляется путем использования антибиотиков. Показаниями к операции при панкреонекрозе являются:

- Инфицированный панкреонекроз и/или панкреатогенный абсцесс, септическая флегмона забрюшинной клетчатки, гнойный перитонит независимо от степени полиорганных нарушений.
- Стойкая или прогрессирующая полиорганная недостаточность, независимо от факта инфицирования, несмотря на комплексную интенсивную консервативную терапию в течение 1-3 суток, что свидетельствует об обширном некрозе поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки или высоком риске развития панкреатогенной инфекции.
- Оперативное лечение показано больным, у которых по данным КТ-ангиографии масштаб некроза превышает 50% паренхимы поджелудочной железы и/или диагностировано распространение некроза на забрюшинное пространство, что соответствует высокому риску инфицирования и фатальных системных осложнений. Панкреатогенный (ферментативный, абактериальный) перитонит является показанием к лапароскопической санации и дренированию брюшной полости. Факт инфицирования некротических тканей является важным, но не единственным показанием к операции, особенно в ранние сроки заболевания. Современные способы лечения базируются на применении миниинвазивных технологий. При стерильном панкреонекрозе лапароскопическим способом производится холецистостомия, дренирование сальниковой сумки и брюшной полости. При присоединении гнойной инфекции, выполняется срединная лапаротомия, абдоминализация поджелудочной железы, марсупиализация сальниковой сумки, холецистостомия. Через небольшие люмботомические разрезы дренируется парапанкреатическая клетчатка (внебрюшинно). Необходимо наладить систему проточного дренирования сальниковой сумки и забрюшинной клетчатки. 6. Возможным послеоперационным осложнением может являться аррозивное кровотечение из сальниковой сумки, профилактика которого заключается в формировании проточной системы дренирования сальниковой сумки охлажденными антисептиками и использовании при перевязках мазей (левомеколь и т.п.). Возможно инфицирование стерильного панкреонекроза, с целью его профилактики следует назначить антибиотики широкого спектра действия (препараты выбора: фторхинолоны и метронидазол).

ЗАДАЧА № 8

В хирургическое отделение поступил больной 53 лет с жалобами на выраженные боли в верхней половине живота, тошноту, многократную рвоту, общую слабость. В анамнезе аппендэктомия (в 1987 году) и холецистэктомия по поводу ЖКБ (в 2003 году). В течение последних 2-х лет страдает сахарным диабетом II типа в компенсированной форме. Диету в последнее время больной не соблюдал. Объективно: общее состояние больного средней тяжести, кожные покровы и склеры глаз иктеричны, покрыты холодным потом.

Температура тела 37,9⁰ С.

Число дыхательных движений - 22 в минуту. Пульс 100 ударов в минуту, слабого наполнения. Артериальное давление - 90/60 мм.рт.ст. Живот увеличен в размерах за счет вздутия поперечно-ободочной кишки, болезнен и умеренно напряжен эпигастрии, левом и правом подреберьях. Положительные симптомы Воскресенского и Мейо-Робсона; отмечается иррадиация болей за грудину. Перистальтические шумы не выслушиваются. Кал оформлен, осветлен. Моча цвета «пива»

Вопросы: Ваш предварительный диагноз? С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз? Достоверные диагностические методики. Какие дополнительные методы исследования необходимы для подтверждения диагноза и дифференциальной диагностики? Тактика ведения больного? Сформулируйте показания к операции? Назовите варианты операций?

Решение задачи: ПХЭС (холецистэктомия в 2003 году). Острый панкреатит, отечная форма. Механическая желтуха. Дифференциальный диагноз проводится с холедохолитиазом, заболеваниями фатерова соска, дивертикулами двенадцатиперстной кишки, перфоративной язвой. Достоверные диагностические методики: а) уровень амилазы, ЛДГ крови, б) С-реактивный белок (маркер панкреонекроза), в) уровень прокальцитонина – маркер инфицирования, г) УЗИ, КТ с в/в контрастированием; д) тонкоигольная аспирация под контролем КТ или УЗИ + микробиологическое исследование. Для деструктивного панкреонекроза характерна дисферментемия. Вероятным признаком некроза м.б. снижение активности амилазы крови. Необходимо изучить анализы: общий анализ крови (с формулой лейкоцитов) и мочи, диастаза мочи, биохимия крови (билирубин, мочевины, трансаминазы, белок и его фракции), амилаза крови, глюкоза крови, коагулограмма. Следует выполнить УЗИ, КТ, ЭКГ (для исключения абдоминальной формы инфаркта миокарда); в случае необходимости ФГС, РХПГ и диагностическую лапароскопию. Необходимо начать консервативное лечение, голод, аспирацию желудочного содержимого с помощью зонда, локальную гипотермию, введение анальгетиков, спазмолитиков, дезинтоксикационных, антиферментных, антисекреторных, сандостатина, цитостатиков и антибактериальных препаратов. Больного следует перевести на простой инсулин. Показаниями к оперативному вмешательству будут: клиника панкреонекроза, нарастающая механическая желтуха. При панкреонекрозах проводится дренирование холедоха, абдоминализация поджелудочной железы, дренирование сальниковой сумки и ее марсупиализация. При механической желтухе: в случае холедохолитиаза – холедохолитотомия. Операция завершается дренированием желчевыводящих путей по Вишневному или Керу. Так же не исключается и наложение ХДА; возможен вариант эндоскопической папиллотомии и удаления конкрементов. В случае стеноза БДС – трансдуоденальная папиллотомия или эндоскопическая папиллотомия.

ЗАДАЧА № 9

Больной 44 лет поступил в стационар с жалобами на интенсивные боли в верхней половине живота опоясывающего характера, иррадиирующие в спину.

Боли появились 12 часов назад после употребления в пищу жареной рыбы, с течением времени присоединилась тошнота, рвота не приносящая облегче-

ния, сухость в ротовой полости. Объективно: общее состояние тяжелое. Поведение больного беспокойное. Сознание ясное. Кожные покровы бледные. Температура тела 36,9⁰ С. Слева определяется притупление перкуторного звука до V ребра. Дыхание везикулярное, в нижних отделах слева не прослушивается. Число дыхательных движений - 26 в минуту. Пульс - 112 ударов в минуту, слабого наполнения. Артериальное давление - 100/60 мм рт.ст. Язык сухой, спинка его обложена коричневым налетом. Живот вздут, напряжен и болезнен в эпигастральной области и в левом подреберье. Пульсация брюшной аорты не определяется. Имеется болезненность при пальпации в левом реберно-позвоночном углу. Перитонеальных симптомов нет. Выслушиваются вялые перистальтические шумы. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Вопросы: Ваш предварительный диагноз? С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз? Какие исследования следует провести для верификации диагноза? Какое осложнение со стороны легочной системы наступило у больного? Каковы способы его диагностики и лечения?

1. Каков алгоритм консервативного лечения? Что является показанием к оперативному лечению? Каковы современные способы оперативного лечения?

Решение задачи: У больного острый панкреатит, отечная форма. Дифференциальный диагноз следует проводить с: острым гастритом, обострением язвенной болезни, острым аппендицитом, острым холециститом, острой кишечной непроходимостью, почечной коликой слева. С целью верификации диагноза обязательно выполнение УЗИ, возможно выполнение ФГДС, компьютерной томографии и диагностической лапароскопии (которая, возможно выполнит функции и лечебной). Обязательно изучаются анализы: общий анализ крови (с формулой лейкоцитов), мочи, диастаза мочи, биохимия крови (билирубин, мочевины, трансаминазы, белок и его фракции), амилаза крови, глюкоза крови, коагулограмма. В данном случае не следует исключать лабораторную и сонографическую картину билиарной гипертензии. У больного присоединился панкреатогенный плеврит слева (респираторный дистресс-синдром на фоне острой патологии поджелудочной железы). Диагностика данного состояния основывается на рентгенографию или УЗИ грудной клетки. Лечение пункционное, после эвакуации жидкости в плевральную полость следует ввести антиферментные препараты и антиоксиданты. Алгоритм консервативной терапии основан на следующих моментах: устранение болевого синдрома путем применения анальгетиков, спазмолитиков, новокаиновых блокад. Постановка желудочного зонда, создание функционального покоя поджелудочной железе путем аспирации желудочного содержимого с последующим промыванием желудка холодной водой (локальная гипотермия); подавление внешней панкреатической секреции путем назначения препаратов сандостатина (октреатид), панкреатической рибонуклеазы, цитостатиков; дезинтоксикация организма (инфузионная терапия); антиферментная терапия; улучшение центральной гемодинамики и периферического кровообращения; профилактика гнойных осложнений путем использования антибиотиков. Показаниями к операции при панкреонекрозе являются: Инфицированный панкреонекроз и/или панкреатогенный абсцесс, септическая флегмона забрюшинной клетчатки, гнойный перитонит независимо от степени полиорганной недостаточности. Стойкая или прогрессирующая полиорганная недостаточность, независимо от факта инфицирования, несмотря на комплексную интенсивную консервативную терапию в течение 1-3 суток, что свидетельствует об обширном некрозе железы и забрюшинной клетчатки или высоком риске развития панкреатогенной инфекции. Оперативное лечение

показано больным, у которых по данным КТ-ангиографии масштаб некроза превышает 50% паренхимы поджелудочной железы и/или диагностировано распространение некроза на забрюшинное пространство, что соответствует высокому риску инфицирования и фатальных системных осложнений. Панкреатогенный (ферментативный, абактериальный) перитонит является показанием к лапароскопической санации и дренированию брюшной полости. Факт инфицирования некротических тканей является важным, но не единственным показанием к операции, особенно в ранние сроки заболевания. Современные способы лечения базируются на применении малоинвазивных вмешательств. При стерильном панкреонекрозе лапароскопическим способом производится холецистостомия, дренирование сальниковой сумки и брюшной полости. При присоединении гнойной инфекции, выполняется срединная лапаротомия, абдоминализация железы, марсупиализация сальниковой сумки, холецистостомия. Через небольшие люботомические разрезы дренируется парапанкреатическая клетчатка /внебрюшинно/, необходимо наладить систему проточного дренирования сальниковой сумки.

ЗАДАЧА № 10

Больной 45 лет почувствовал недомогание две недели назад. Появился сухой кашель, высокая температура до 39,5⁰ С с ознобом, головная боль, слабость. 6 дней занимался самолечением – без эффекта. Участковый врач поставил диагноз: Острая левосторонняя пневмония и рекомендовал стационарное лечение, от которого больной отказался. Через 5 дней, на фоне высокой температуры, озноба, присоединившейся боли в левой половине грудной клетки и правом подреберье, выделилось одновременно при кашле около 200 мл зловонной мокроты бурого цвета сливкообразной консистенции, что и заставило больного обратиться в стационар. Объективно: состояние больного тяжелое. Склеры субиктеричны. Левая половина грудной клетки отстает при дыхании. Отмечается притупление перкуторного звука и усиление голосового дрожания на уровне VII-VIII ребра слева; аускультативно - сухие и влажные хрипы разного калибра слева, амфорическое дыхание. Пульс - 90 ударов в минуту. Живот при пальпации болезненный в правом подреберье. Печень по Курлову 16x14x10 см. Перитонеальные симптомы отрицательные. Селезенка перкуторно размером 8x6 см, не пальпируется. Диурез 600 мл. Голени пастозны.

Вопросы: Ваш предварительный диагноз? С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз? Какие методы исследования следует провести дополнительно? Тактика и методы лечения больного? Сформулируйте показания к хирургическому лечению? Назовите возможные типы операций?

Решение задачи: Диагноз: Постпневмонический единичный абсцесс нижней доли левого легкого с множественными метастазами в печень. Гипопротеинемия. Печеночно-почечная недостаточность. Дифференциальный диагноз следует проводить с эхинококком легкого, раком легкого, туберкулезом, актиномикозом и кистой легкого. Следует провести исследование мокроты на микрофлору, ВК, чувствительность к антибиотикам, рентгеновское исследование легких, бронхоскопию с диагностической и лечебной целью, компьютерную томографию. Лечение должно быть комплексным: повышение сопротивляемости организма (усиленное парентеральное и энтеральное питание, для возмещения дефицита белка используются аминокислотные смеси), с целью улучшения условий дре-

нирования применяют: отхаркивающие препараты, постуральный дренаж, ЛФК, массаж. Возможен лаваж бронхиального дерева с использованием протеолитических ферментов в ходе лечебной бронхоскопии, т.к. восстановление бронхиальной проходимости и санация бронхиального дерева играет важнейшую роль в лечении этого заболевания. При периферийном расположении абсцесса возможна чрезкожная пункция и установка дренажа под контролем рентгеноскопии или УЗИ. Для детоксикации используют кристаллоидные растворы. В комплекс лечебных мероприятий входит антибактериальная терапия с учетом чувствительности микрофлоры. Возможно интрабронхиальное введение антибиотиков. Показана иммунокорректирующая терапия, УФО крови. Вопрос об оперативном вмешательстве ставится в случаях: 1). Безуспешности консервативного лечения. 2). Легочном кровотечении. 3). Невозможности исключить опухоль (карциному) лёгкого. 4). Гигантских абсцессах (более 6 см в диаметре). 5). Прорыве абсцесса в плевральную полость с развитием эмпиемы плевры (данное осложнение первоначально можно лечить путем пассивного или активного дренирования). 6). Хронических абсцессах легкого.

1. Возможные типы операций в данном случае: пневмотомия, лобэктомия, торакастомия.

ЗАДАЧА № 11

У больного 42 лет находящегося в торакальном отделении клиники с диагнозом «Состояние после резекции верхней доли правого легкого по поводу бронхоэктатической болезни. Дренирование плевральной полости через 2 межреберье по средне-ключичной линии», послеоперационный период протекал гладко, но по вечерам больного беспокоила субфебрильная температура, незначительный кашель. В послеоперационном периоде была проведена адекватная антибиотикотерапия, назначен курс ЛФК, дыхательной гимнастики. Дренаж удален на 3-и сутки – без осложнений. На 10-е сутки больной обратился к врачу с жалобами на лихорадку до 39,5⁰С, кашель с небольшим количеством мокроты, одышку, общую слабость, потливость, боли в правой половине грудной клетки. Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные; цианоз губ и акроцианоз. Правая половина грудной клетки отстаёт в акте дыхания. В последнем принимают участие вспомогательные мышцы. Справа межреберные промежутки расширены, сглажены; слева – не изменены; голосовое дрожание справа отсутствует, слева – не изменено. Перкуторно справа – притупление над всей поверхностью легочного поля, слева притупление треугольной формы около позвоночного столба на уровне VIII ребра. Аускультативно: справа дыхание не прослушивается, слева – везикулярное, Частота дыхательных движений - 30 в минуту. Живот мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье.

Вопросы: Предварительный диагноз? С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз? Какие ошибки допущены в лечении больного? Какие дополнительные методы можно использовать для установления диагноза? Назовите нормальные показатели биохимии крови (общий белок, альбумин, глобулин, мочевины, креатинин)? Сформулируйте тактику ведения данного пациента? В чем оно будет заключаться? Какие условия необходимо соблюсти при лечении данной патологии?

Решение задачи: Диагноз: Послеоперационная тотальная эмпиема плевры справа. Дифференциальный диагноз следует проводить с гемотораксом и кистой легкого. Эффективнее было бы классическое дренирование в VII-VIII

межреберье по заднеподмышечной линии, а не во II межреберье или одновременное введение двух дренажей в указанных точках. Упущением в ведении больного было то, что несмотря на субфебрильную температуру, кашель до 10 дня послеоперационного периода, не была выполнена контрольная рентгенография органов грудной клетки – фасный снимок и латерограмма. Судя по клинике, не был своевременно выявлен (в т.ч. и рентгенологически) экссудат в плевральной полости и не аспирирован путем пункции, а это могло предупредить развитие тотальной эмпиемы. Вероятно, ежедневные физикальные осмотры доктором были поверхностными и невнимательными. Следовало провести УЗИ-исследование в раннем послеоперационном периоде (последнее точно определяет наличие и локализацию жидкости при затруднениях в диагностике). Следует так же провести пункцию плевральной полости с аспирацией содержимого; бактериологическое и цитологическое исследование пунктата; чувствительность к антибиотикам. При неэффективности данного лечения показано хирургическое вмешательство. Это, скорее всего, торакастомия с резекцией ребра, удалением легочных секвестров и дренированием плевральной полости широкой трубкой с последующей вышеназванной терапией. При лечении эмпиемы необходимо обеспечить следующие условия: - раннее удаление экссудата из плевральной полости пункцией или её дренированием, в том числе и с постоянной аспирацией, полное расправление легкого – форсированное дыхание, ЛФК. -проведение общеукрепляющей терапии (высококалорийное питание, парентеральное введение растворов аминокислот, повторные пункции с максимальным удалением экссудата и введением в плевральную полость протеолитических ферментов и антибиотиков в соответствии с чувствительностью микрофлоры; при неэффективности пункций применяют дренирование плевральной полости с использованием вакуум-отсоса или с помощью сифона-дренажа по Бюлау - Петрову; -в лечении дыхательной недостаточности необходимы ингаляции увлажненного кислорода; возможно использование плеврального лаважа растворами антисептиков (диоксидин, роккал, фурациллин); -использование методов экстракорпоральной детоксикации, УФО крови.

ЗАДАЧА №12

Больной 35 лет находился на стационарном лечении в течение 3-х недель с диагнозом “Острая правосторонняя нижнедолевая пневмония”. Спустя 2 дня после выписки у больного повысилась температура до 39 °С; появились озноб, общее недомогание, потливость, головокружение, головная боль, сухой кашель, боли в правой половине грудной клетки при глубоком вдохе. Обратился за помощью и был направлен в хирургическое отделение на обследование и лечение.

Объективно: состояние больного средней тяжести, кожные покровы бледные, влажные. Частота дыхательных движений - 22 в минуту. При внешнем осмотре – отставание правой половины грудной клетки при дыхании. При пальпации грудной клетки отмечается болезненность в нижних отделах справа. Голосовое дрожание в нижнем отделе правой половины грудной клетки усилено. Перкуторно: притупление звука в этом отделе. Границы легких в норме. Аускультативно: дыхание везикулярное, ослабленное, с жестковатым оттенком. Справа в нижних отделах имеется небольшое количество разнокалиберных хрипов. Пульс - 98 ударов в минуту. Артериальное давление - 100/60 мм.рт.ст.

Вопросы: Ваш диагноз? С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз? Какие дополнительные методы можно использовать для

установления диагноза? Тактика ведения пациента? Сформулируйте показания к хирургическому лечению данной патологии? Назовите возможные типы операций?

Решение задачи: Диагноз: Острые множественные абсцессы нижней доли правого легкого. Диагноз представляет определенные трудности, особенно до вскрытия абсцесса в бронх или в плевральную полость. Дифференциальный диагноз необходимо проводить с туберкулезом легких, эхинококкозом, нагноением кисты легкого, осумкованным или междолевым плевритом, очаговой пневмонией, опухолью и первичными бронхоэктазами в фазе абсцедирования, актиномикозом. Решающее значение для топической диагностики имеет полипозиционное рентгеновское исследование с томографией, которое позволяет установить не только локализацию, размер гнойников, перифокальную реакцию, но и их расстояние от грудной стенки. Показана компьютерная томография органов грудной клетки, торакоскопия. В зависимости от фазы развития острых абсцессов лечение больных может быть консервативным или хирургическим. Консервативное лечение включает в себя следующие мероприятия: А) обеспечение хорошего ухода и высококалорийного, богатого белками и витаминами питания, в том числе и парентерального; Б) рациональная антибактериальная терапия с учетом чувствительности микрофлоры и введением препаратов в полость гнойника при субплевральной его локализации; В) при сообщении одного из абсцессов с бронхом необходимо регулярное удаление гноя через бронхоскоп или дренажным положением больного (постуральное положение). Г) введение в бронхиальное дерево или в полость абсцесса растворов протеолитических ферментов, а также антибиотиков в виде аэрозоля или через бронхоскоп. Д) иммунокорректирующая терапия, коррекция белкового, электролитного баланса; Е) использование средств для дезинтоксикации.

Ж) методы экстракорпоральной детоксикации – лимфо-, гемосорбция, плазмаферез, УФО крови, гипербарическая оксигенация (ГБО); Консервативное лечение множественных абсцессов и абсцессов диаметром более 6 см бесперспективно при неэффективности проводимой полноценной комплексной консервативной терапии. Показаниями к операции также будут – легочное профузное кровотечение, гигантский абсцесс, невозможность исключить карциному, прорыв абсцесса в плевральную полость с развитием эмпиемы плевры. Возможна лобэктомия справа. При прорыве абсцесса в плевральную полость с развитием эмпиемы плевры проводят дренаж с резекцией ребра (торакостомию).

ЗАДАЧА № 13

В приемное отделение был доставлен мужчина 25 лет с жалобами на интенсивные колющие боли в области верхней половины живота и нижней части грудной клетки справа, усиливающиеся при вдохе, чувство тяжести в груди справа, повышение температуры тела до $38,2^{\circ}\text{C}$, общую слабость. Из анамнеза болезни выявлено, что болен в течение двух недель, лечился амбулаторно с диагнозом ОРВИ, без эффекта. Два дня назад состояние ухудшилось, температура повысилась до $39,0^{\circ}\text{C}$, появился озноб с проливными потами, одышка. Вызвал на дом врача и с диагнозом “Острая правосторонняя пневмония?” был госпитализирован в больницу. Объективно: общее состояние средней тяжести, больной придавливает правую сторону грудной клетки рукой для уменьшения ин-

тенсивности болей. Частота дыхательных движений - 26 в минуту. Правая половина грудной клетки отстает при дыхании; пальпаторно определяется ригидность и болезненность мышц грудной клетки. В нижних отделах справа голосовое дрожание ослаблено. С той же стороны отмечается притупление легочного звука от VI межреберья и ниже по лопаточной линии. При аускультации справа дыхание ослаблено; начиная с VI межреберья и ниже не выслушивается. Пульс - 88 в минуту.

Вопросы: Ваш предварительный диагноз? С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз? Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для уточнения диагноза? Ваша дальнейшая тактика ведения больного? Назовите методы лечения данного заболевания? Применимы ли эфферентные методы лечения при данном заболевании. Если да, то какие?

Решение задачи: Острая правосторонняя базальная пневмония. Параневмонический плеврит. ДН I. Острый плеврит необходимо дифференцировать от нагноившейся кисты, абсцесса легкого, поддиафрагмального абсцесса. Необходимо так же исключить рак легкого с перифокальным воспалением и выпотом. Выполняют рентгеновское исследование грудной клетки для уточнения наличия жидкости в плевральной полости (в том числе в положении латеропозиции), УЗИ плевральной полости. Плевральная пункция проводится только при подтверждении наличия жидкости. Тактика ведения данного пациента должна быть по возможности активной. В настоящее время для лечения острого гнойного плеврита используются следующие методы: А) удаление гнойной жидкости повторными пункциями с промыванием плевральной полости растворами антисептиков (фурациллин, диоксидин, хлоргексидин, роккал) и введением в плевральную полость протеолитических ферментов для лизиса фибрина, густого гноя, секвестров и антибиотиков с учетом чувствительности микрофлоры. Необходим рентгеновский контроль эффективности пункций или дренирования; Б) при неэффективности пункционного метода, плевральную полость дренируют по Бюлау – Петрову или применяют активную аспирацию. Следует так же обратить внимание на применение диагностических и лечебных торакоскопий. В) в до- и послеоперационном периоде необходимо обеспечить следующие условия: - постоянная эвакуация экссудата активным или пассивным дренажем; - максимальное расправление легкого, форсированное дыхание, ЛФК; - борьба с инфекцией с проведением рациональной антимикробной терапии с лечением первичного заболевания (абсцесс легкого, пневмония, поддиафрагмальный абсцесс и т.д.); - постоянная борьба с эндотоксикозом (инфузионная терапия), использование экстракорпоральных способов лечения эндотоксикоза (лимфо- и гемосорбция, УФО крови). -проведение общеукрепляющей терапии – высококалорийное питание, витаминотерапия; -использование иммунокорректирующей терапии – введение лечебных сывороток, γ -глобулина, антистафилококковой плазмы. Да, применяются. Эфферентные экстракорпоральные методики лечения эндотоксикоза при нагноительных заболеваниях легких и плевры применяются довольно активно. Это: лимфо- и гемосорбция, УФО крови.

ЗАДАЧА № 14

Больной 20 лет за 30 минут до поступления получил ранение левой половины грудной клетки. Возбужден, выраженное беспокойство. Требуется наложить повязку и отпустить домой. Пытается встать, но при этом теряет созна-

ние.Объективно: состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, покрыты холодным потом. Пульс слабого наполнения и напряжения, 120 ударов в минуту, ритмичный. Слизистые оболочки синюшны, вены шеи набухшие, расширены. Отмечается резкая одышка; дыхание прерывистое, поверхностное, изо рта запах алкоголя.Артериальное давление - 80/40 мм.рт.ст. Тоны сердца приглушены. Грудная клетка участвует в акте дыхания с обеих сторон. Дыхание везикулярное, слева ослаблено. Перкуторно - справа над всей поверхностью легочный звук; слева в нижних отделах его укорочение. При физикальном исследовании определяется расширение границ сердца, верхушечный толчок отсутствует. В IV межреберье по парастернальной линии слева имеется рана линейной формы с ровными краями, острыми углами, размерами 2x1 см, незначительно кровотоцит. По передней поверхности грудной клетки четко определяется подкожная эмфизема.

Вопросы: Предварительный диагноз? Тактика врача в данной ситуации? Назовите дополнительные методы диагностики? Если Вы решите оперировать больного, то в чем будет заключаться предоперационная подготовка? Перечислите способы ушивания ран сердца и легких? Как следует закончить операцию? Каковы особенности ведения послеоперационного периода?

Решение задачи: У больного проникающее ранение левой половины грудной клетки с повреждением сердца и его тампонадой. Гемопневмоторакс. Подкожная эмфизема. Алкогольное опьянение. Больному показана экстренная операция: переднебоковая торакотомия в V межреберье, ушивание раны сердца. В процессе операции желательно выполнить реинфузию крови, но только при наличии селсервера (Приказ МЗ РФ № 363 от 25.11.02 г.). К методам диагностики травмы груди следует отнести обзорную рентгенографию органов грудной клетки, УЗИ-органов грудной клетки. Предоперационная подготовка проводится на операционном столе бригадой анестезиологов. Основная цель - стабилизация артериального давления (инфузия полиглюкина 400 мл, солевых растворов, растворов крахмала различной плотности, преднизолон 60-90 мг в сочетании с переливанием крови и введением препаратов, способствующих стабилизации сердечно-сосудистой и дыхательной деятельности. Раны на сердце ушиваются синтетическими нерассасывающимися или медленнорассасывающимися шовными материалами /капрон, лавсан № 5-6/, обычно используют узловы швы. Разрешается накладывать П-образные швы в случаях, если ранение нанесено в непосредственной близости от венечных сосудов и хирург вынужден проводить нить под ними. Перикард ушивается редкими узловыми швами. Повреждения ткани легких также ушиваются синтетическими нерассасывающимися или медленнорассасывающимися шовными материалами /капрон, лавсан № 3-4/. При остановке сердца делают массаж, внутрисердечно вводят адреналин, хлорид кальция, при фибрилляции желудочков выполняют дефибрилляцию. Обязательна ПХО раневого канала с иссечением нежизнеспособных тканей, введение противостолбнячного анатоксина или сыворотки. Операцию следует завершить дренированием плевральной полости во II межреберье по среднеключичной линии и в VIII межреберье по заднеподмышечной линии. Оба дренажа следует сформировать по Бюлау-Петрову. Больному следует назначить терапию, как при инфаркте миокарда. Необходимо периодически выполнять контрольные рентгенографические исследования грудной клетки на предмет расправление лег-

кого. Дренажи плевральной полости удаляются при полном расправлении легкого и отсутствии жидкости и газа в плевральной полости.

ЗАДАЧА № 15

Больная 29 лет 2,5 часа тому назад получила ранение правой половины грудной клетки. Пострадавшая находится в состоянии алкогольного опьянения. При обследовании: состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, отмечается акроцианоз. Пульс слабого наполнения и напряжения, 110 ударов в минуту. Артериальное давление - 100/60 мм.рт.ст. В VI межреберье по средне-подмышечной линии справа имеется рана линейной формы с ровными краями, острыми углами, 1,5 x 0,8 см, незначительно кровоточит. При вдохе рана присасывает воздух.

Дыхание слева везикулярное, справа на верхушке не прослушивается; в нижних отделах резко ослаблено. Перкуторно - справа звук в верхних отделах с коробочным оттенком, в нижних - укорочение перкуторного звука; слева над всей поверхностью легочный звук, по боковой поверхности грудной клетки определяется подкожная эмфизема.

Вопросы: Ваш предварительный диагноз? Какие дополнительные методы исследования необходимо выполнить? План лечения? С чем будет связан объем оперативного вмешательства? Каковы особенности ведения послеоперационного периода?

Решение задачи: У больной проникающее ранение правой половины грудной клетки, ранение легкого. Напряженный гемопневмоторакс. Алкогольное опьянение. Возможно использование обзорного рентгеновско-гологического исследования грудной клетки в двух проекциях, срочной торакоскопии для уточнения локализации ранений, источника кровотечения, а также УЗИ. Необходимо проведение общего анализа крови и мочи. Тактика хирурга при проникающих ранениях грудной клетки, при остановившемся кровотечении, сводится к ПХО раны и дренированию плевральной полости по Бюлау-Петрову с ликвидацией гемопневмоторакса; возможен пункционный метод лечения. Дренажные трубки удаляют через 3-4 дня после удаления экссудата и воздуха. Быстрое нарастание гемоторакса, повторное появление крови после ее аспирации свидетельствуют о продолжающемся кровотечении и больной показана торакотомия в экстренном порядке под эндотрахеальным наркозом. Перед экстренным оперативным вмешательством и одновременно с ним следует проводить весь комплекс реанимационных мероприятий, включая инфузионную терапию в сочетании с переливанием одногруппной крови, возможно выполнение реинфузии крови, но только при наличии селсервера (Приказ МЗ РФ № 363 от 25.11.02 г.), вводят препараты для стабилизации сердечно-сосудистой и дыхательной деятельности. После вскрытия плевральной полости удаляют сгустки крови, производят новокаиновую блокаду корня легкого и межреберных нервов, тщательно осматривают легкое, органы средостения. В зависимости от размера и характера повреждения производят различные вмешательства: от перевязки кровоточащего сосуда до лобэктомии. При небольших повреждениях накладывают отдельные швы на рану, лучше атрауматической иглой синтетическими нерассасывающимися или медленно-рассасывающимися шовными материалами (капрон, лавсан №3, 4). Если имеется обширное повреждение с размождением тканей легкого, то осуществляют клиновидную резекцию или лобэктомию. Швы накладывают через всю толщу легкого. В конце

операции необходимо убедиться в надежности гемостаза и аэрозаза; кровоточащие и пропускающие воздух участки по линии разреза прошивают дополнительными узловыми швами. Плевральную полость дренируют толстой трубкой через прокол в VII-VIII межреберье; воздух и кровь отсасывают и устанавливают вакуумный или дренаж по Бюлау-Петрову. Операционную рану ушивают наглухо. Выполняют первичную хирургическую обработку раневого канала, обязательно выполняется профилактика столбняка. После резекции легкого показано дренирование плевральной полости во II межреберье по среднеключичной линии. Лечебные мероприятия должны быть направлены на профилактику развития воспалительного процесса (антибиотики, сульфаниламиды, ЛФК и т.д.). Необходимы контрольные рентгенографии. Следует осуществлять почасовой контроль отхождения содержимого из плевральной полости по дренажам совместно с рентгенологическим контролем. Показано консервативное лечение дыхательной и сердечно – сосудистой недостаточности. В послеоперационном периоде устанавливается тщательное наблюдение за больной и рентгеновский контроль за расправлением легкого. Медикаментозное лечение заключается в коррекции нарушений гомеостаза. Для предупреждения образования эмпиемы плевры необходима систематическая эвакуация содержимого из плевральной полости и введение антибиотиков с бактериологическим анализом и определением чувствительности микрофлоры к последним.

ЗАДАЧА № 16

Больной 70 лет доставлен в клинику каретой скорой помощи с жалобами на интенсивные острые боли в эпигастральной области с иррадиацией в спину, в левую поясничную область, одышку. В течение десяти лет страдает облитерирующим атеросклерозом сосудов нижних конечностей, по поводу которого неоднократно консервативно лечился в стационарах. Два года назад при обследовании выявлена аневризма брюшного отдела аорты. Предлагалась операция, от которой больной отказывался. Час назад при поднятии тяжести возникла нестерпимая боль в эпигастрии и мезогастрии, появилось затрудненное дыхание. Принимал нитроглицерин – без эффекта. Обратился за помощью. Объективно: состояние тяжелое. Больной ведет себя беспокойно. Кожные покровы бледные, покрыты холодным липким потом. Пульс – 112 ударов в минуту, ритмичный. Артериальное давление – 140/90 мм.рт.ст. Пульсация артерий нижних конечностей отсутствует ниже уровня общих бедренных артерий с обеих сторон. Тоны сердца приглушены, ритмичные; прослушивается систолический шум над аортой. При пальпации живота последний чувствителен в области эпи- и мезогастрия, где определяется умеренное мышечное напряжение. Симптом Щеткина – Блюмберга неубедительный. Симптом Куленкампа положительный. Имеется притупление в отлогах местах живота. Общий анализ крови: эритроциты – $1,79 \times 10^{12}$ /л; гемоглобин – 60 г/л; ЦП – 0,78; гематокрит – 23 %.

Вопросы: Ваш предварительный диагноз? С каким заболеванием следует проводить дифференциальный диагноз? Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для уточнения диагноза? В чем заключается лечение данного пациента? Каков прогноз данного заболевания?

Решение задачи: Диагноз: Разрыв аневризмы брюшного отдела аорты. Дифференцированный диагноз проводят с: разрывом селезенки; кровоточащей язвой желудка или 12-ти перстной кишки; язвенной болезнью,

осложненной перфорацией. Методы обследования, которые следует применить: УЗИ-исследование органов брюшной полости, КТ, ангиография. Больному показана экстренная операция (лучше в специализированном стационаре). Лечение будет заключаться в резекции аневризмы с протезированием брюшной аорты линейным или бифуркационным протезом. Прогноз серьезный.

ЗАДАЧА № 17

В хирургическое отделение поступила больная 50 лет с жалобами на тупые, распирающие малоинтенсивные боли в левой нижней конечности после длительной ходьбы, расширение поверхностных вен слева, тяжесть, утомляемость, парестезии, отеки, возникающие к вечеру и исчезающие после отдыха в горизонтальном положении, судороги мышц левой голени. Больной себя считает около 15 лет. Начало заболевания связывает с беременностью, когда впервые появились расширенные вены на голени. С тех пор заболевание медленно прогрессирует. Стационарно и амбулаторно не лечилась. Объективно: состояние относительно удовлетворительное, питание повышенное. Температура тела – 36,9° С. Частота дыхательных движений - 17 в минуту. Пульс - 76 ударов в минуту. Артериальное давление – 130/80 мм.рт.ст. Печень выступает из-под правого подреберья на 2 см, эластической консистенции. Селезенка не пальпируется.

Status localis: При осмотре видны извитые резко расширенные стволы большой и малой подкожных вен левой нижней конечности на всем протяжении. Кожа над ними не изменена. Признаков индурации нет. Пульсация сосудов на артериях стопы, голени и бедра сохранена. Коагулограмма: протромбиновый индекс - 102%; время рекальцификации - 164 сек; фибриноген - 3,77 г/л; тромботест – 4 балла.

Вопросы: Ваш диагноз? С какими заболеваниями необходимо повести дифференциальный диагноз? Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для верификации диагноза? Какие функциональные пробы необходимо провести для определения состоятельности коммунікантных вен? Тактика ведения больной? Назовите методы лечения данной патологии?

Решение задачи: Диагноз: Варикозное расширение большой и малой подкожных вен левой нижней конечности, ВН II ст. Дифференциальный диагноз следует проводить с: посттромботической болезнью (синдромом), врожденными аномалиями венозной системы, лимфостазом, тромбозом глубоких и подкожных вен. Для верификации диагноза следует провести флебографию с контрастированием вен нижних конечностей, дуплексное сканирование, доплеровское исследование сосудов нижних конечностей, термографию. Функциональные пробы, определяющие состоятельность коммунікантных вен, есть: Пратта-1, трехжгутовая проба Шейниса, проба Тальмана. Показано оперативное лечение. Вероятнее всего, следует провести флебэктомия слева по Троянову-Тренделенбургу-Беккоку, Нарату. Перевязка коммунікантных вен по Коккету. Флебосклерозирующую терапию.

ЗАДАЧА № 18

Мужчина 51 года поступил в клинику с жалобами на повышенную чувствительность к холоду, чувство онемения в икроножных мышцах и судороги при ходьбе, больше слева из-за которых вынужден останавливаться через 150 – 200 метров ходьбы. В течении последних 15 лет больной наблюдается у терапевта по поводу: ИБС. Атеросклеротического кардиосклероза Н II. Объективно: общее состояние относительно удовлетворительное. Пульс –

76 в минуту. Артериальное давление - 160/100 мм.рт.ст. Тоны сердца глухие.

При обследовании: кожные покровы нижних конечности бледные, прохладные на ощупь; отмечается сухость кожи, трофические изменения ногтей (ногтевые пластинки утолщены, ломкие). Волосы на стопах отсутствуют. При термометрии: в I-м межпальцевом промежутке слева – 29,5° С, справа – 30,5° С. Капиллярный пульс слева отсутствует, справа замедленный. Пульсация на артериях левой стопы, на подколенной артерии с той же стороны отсутствует. На левой бедренной артерии пульсация резко ослаблена. Справа пульсация сохранена вплоть до подколенной артерии. Положительные симптомы Оппеля, Панченко, Самуэляса, Мошковича - Шамовой. Коагулограмма: протромбиновый индекс – 70 %; время рекальцификации – 210 сек.; толерантность плазмы к гепарину – 6 мин.; фибриноген – 4,7 г/л; В – фибриноген – (++) ; тромботест – 6 баллов.

Вопросы: Ваш предварительный диагноз? Какой из симптомов выступает на передний план этого заболевания? С какими заболеваниями проводить дифференциальную диагностику? Какие дополнительные методы обследования необходимы для уточнения диагноза? Каковы этиология и патогенез данного заболевания? Каковы принципы лечения данной патологии? Назовите показания к хирургическому лечению и методы операций при данном заболевании?

Решение задачи: Диагноз: Облитерирующий атеросклероз сосудов левой нижней конечности, стадия II Б. На первый план выступает перемежающаяся хромота. Дифференциальный диагноз проводят с облитерирующим эндартериитом, облитерирующим тромбангиитом, диабетической макроангиопатией. Для уточнения диагноза применяют ангиографию, доплеровское исследование, дуплексное сканирование, термографию. Этиопатогенетическая цепь облитерирующего атеросклероза представляется следующим образом: отложение холестерина на внутренней стенке артерий; образование атеросклеротической бляшки; изъязвление бляшки, формирование пристеночного тромба; обтурация артерий, развитие хронической артериальной непроходимости. Консервативное лечение преследует цель: снятие спазма сосудов, фибринолитическая и антикоагулянтная терапия, десенсибилизирующая терапия (вплоть до гормонов). Назначают препараты, улучшающие реологические свойства крови (солкосерил, трентал, актовегин, вазопрессин). Показанием к хирургическому лечению являются: малая дистанция безболевого ходьбы – менее 50-100 метров; некроз тканей голени и стоп; боль в покое. Хирургическое лечение включает в себя операции на сосудах: тромбинэктомию; обходные шунтирования; профундопластику (при непроходимости глубокой бедренной артерии и проходимости общей бедренной артерии); операции на нервах (симпатэктомию); операции на костях (реваскуляризирующие остеотрепанации /РОТ/). При наличии декомпенсации кровообращения – некрэктомию вплоть до ампутации конечности

ЗАДАЧА № 19

У больной 50 лет на третьи сутки после операции холецистэктомии по поводу острого обтурационного калькулезного холецистита появились постоянные средней интенсивности боли в правой голени. Боли усиливались при движении в голеностопном суставе справа. Больная предъявляет жалобы на слабость, разбитость и нарушение сна. Температура тела – 37,2° С. Объективно: общее состояние средней тяжести. Пульс - 88 ударов в минуту, ритмичный. Артериальное давление - 150/100 мм.рт.ст.

Тоны сердца приглушены. Язык подсыхает. Живот участвует в акте дыхания, болезненный в области операционной раны. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Стул был 12 часов назад, оформленный. Местный статус: Правая голень обычной окраски, в ортостазе – появляется еле заметная цианотичность кожных покровов. Объемная асимметрия +2 +3 +3 см. При тыльном сгибании в правом голеностопном суставе резко усиливаются боли в икроножных мышцах справа. Сдавление правой голени в передне-заднем направлении так же усиливает боль. Проба Ловенберга справа положительная (давление 110 – 120 мм.рт.ст.).

Общий анализ крови: Лейкоциты – $10,0 \times 10^9$ /л; нейтрофилы: сегментоядерные – 57%, палочкоядерные – 13%, юные – 1%, моноциты – 7%. Коагулограмма: протромбиновый индекс – 106%; время рекальцификации – 110 сек; толерантность плазмы к гепарину – 6 мин; фибриноген 5 г/л; фибриноген «В» – (+++); тромботест - 6 баллов.

Вопросы: Ваш диагноз? Расскажите об этиологии и патогенезе данного заболевания? С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз? Какие инструментальные методы исследования необходимы в диагностике этого заболевания? Что такое проба Ловенберга? Принципы лечения? Расскажите о хирургическом лечении данного заболевания? Какие методы оперативных вмешательств Вы знаете? Когда их следует выполнять?

Решение задачи: Диагноз: Тромбоз глубоких вен правой голени. Острые тромбозы глубоких вен нижних конечностей являются наиболее частой локализацией окклюзий венозных сосудов. Пусковым моментом служат следующие факторы: операция /послеоперационный период/ (разбираемый случай), травма, бактериальная инфекция, длительный постельный режим; послеродовой период, применение противозачаточных средств; курение, ДВС-синдром. Сущностью патологического процесса при тромбозе является развитие воспалительного процесса в стенке вены с образованием тромба. Последний приводит к частичной или полной закупорке сосуда. В дальнейшем в процесс вовлекаются вся стенка вены. Тромб прочно фиксируется к интиме сосуда, что и предотвращает развитие эмболии (в отличие от флеботромбоза, где тромб формируется в практически здоровой вене, рыхло спаян или не спаян вовсе со стенкой вены, легко отрывается и приводит к тромбоэмболии легочной артерии). Тромбоз сопровождается рядом местных и общих реакций. Дифференциальный диагноз проводят с тромбозом артерий, эмболией мелких артерий голени, с облитерирующими заболеваниями артерий, с миозитом, кровоизлиянием в икроножные мышцы, с периферически невритом, артериоспазмом. К дополнительным методам относят: доплеровское исследование, дуплексное УЗИ, сцинтиграфию с I^{125} -фибриногеном, дистальную восходящую флебографию. Проба Ловенберга, являясь диагностической пробой для установления диагноза тромбоза глубоких вен нижней конечности, проводится следующим образом: на голень, в области средней трети накладывается манжетка сфигмоманометра и давление в ней доводится до 150 мм.рт.ст. (в рассматриваемом случае – до 110-120 мм.рт.ст.). Появление болей в икроножных мышцах ниже 150 мм.рт.ст. указывает на тромбоз глубоких вен. Лечение: все больные с диагнозом тромбоза глубоких вен нижних конечностей должны лечиться в условиях хирургического стационара. Консервативное лечение заключается в строгом постельном режиме (7-10 дней); антикоагулянтной терапии – НМГ

или НФГ (клексан, гепарин 5000-10000 ЕД в/в струйно со скоростью 1000 ЕД/ч под контролем времени свертывания /7-10 дней/), антикоагулянты непрямого действия через 5-7 дней. Большое значение придается фибринолитической терапии (фибринолизин, стрептаза, стрептокиназа, урокиназа). Назначают десенсибилизирующие препараты, средства, улучшающие кровообращение в микроциркуляторном русле (венорутин, трентал), спазмолитики. Рекомендуются так же раннее вставание, но только при забинтованной эластическим бинтом пораженной конечности. Хирургическое лечение тромбоза глубоких вен нижней конечности проводится по жизненным показаниям: при опасности повторной ТЭЛА, угрозе венозной гангрены и распространения тромботического процесса на нижнюю полую вену. В зависимости от локализации тромба и его распространенности проводят: при изолированном тромбозе вен голени – дистальную перевязку бедренной вены; при первичном ограниченном тромбозе бедренно-подколенного сегмента – тромбоземболэктомию из бедренно-подколенного сегмента; при изолированном поражении подвздошной вены – тромбоземболэктомию из этой вены. Пликация нижней полой вены заключается в создании в ее просвете узких каналов или введении кава-фильтров, задерживающих тромбы.

ЗАДАЧА № 20

Больная 48 лет поступила в хирургическую клинику с жалобами на постоянные, тупые боли и отечность левой нижней конечности с иррадиацией в паховую область. Около двух суток назад появились тупые боли в поясничной, паховой областях слева, а также в левом бедре. Повышалась температура тела до 38,5° С. Сутки назад боли усилились. Появился отек. Обратилась за медицинской помощью. Объективно: общее состояние средней степени тяжести. Пульс – 100 ударов в минуту, ритмичный. Артериальное давление – 140/90 мм.рт.ст. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные. Язык влажный. Живот участвует в акте дыхания. При пальпации безболезненный. Стул был сутки назад – оформлен. Мочеиспускание свободное. Локально: кожные покровы цианотичные; окружность бедра и голени слева на 6 см больше, чем справа. Выражен “подкожный” рисунок поверхностных вен левой нижней конечности вплоть до паховой области. Симптомы Хоманса, Ловенберга и Мозеса положительные. Конечность теплая на ощупь. Пульсация периферических артерий нижних конечностей сохранена.

Общий анализ крови: Лейкоциты – $9,1 \times 10^9$ /л. СОЭ – 25 мм/ч. Нейтрофилы: сегментоядерные – 56%, палочкоядерные – 8%, юные – 1%, моноциты – 12%, лимфоциты – 23%. Коагулограмма: протромбиновый индекс – 90%; время свертывания крови – 2 мин; фибриноген – 6 г/л; тромботест – 6 баллов.

Общий анализ мочи: плотность – 1016; лейкоциты – 5-6 в поле зрения, эритроциты – (-), белок – (-).

Вопросы: Ваш диагноз? С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз? Какие методы исследования необходимы для подтверждения диагноза? Каков «золотой» стандарт диагностики? Чем может осложниться данное заболевание? Тактика ведения пациентки? Назовите лечение больной?

Решение задачи: Диагноз: Илеофemorальный тромбоз слева. Дифференциальный диагноз следует проводить с: острым нарушением артериальной проходимости, лимфостазом. Диагноз можно подтвердить следующими исследованиями: флебография, доплеровское исследование, дуплексное УЗИ, скintiграфия с использованием фибриногена, меченого I

¹²⁵. Золотым стандартом во флебологии является цветное дуплексное сканирование. Осложнения: переход в «синюю» болевую флегмазию, ТЭЛА. Лечение: тромболитическая терапия, антикоагулянты прямого и непрямого действия, эластическая компрессия, антиагреганты. Хирургическое лечение показано при: выявлении “флотирующего” тромба в просвете вены с угрозой ТЭЛА – тромбэктомия. По показаниям постановка кава-фильтра.

ЗАДАЧА № 21

Каретой скорой помощи в клинику доставлена женщина 52 лет предъявляющая жалобы на нестерпимые, интенсивные, постоянные боли в правой нижней конечности, сопровождающиеся мышечной слабостью и онемением пальцев стоп, появившиеся без видимых причин около 6 часов назад. Несколько лет назад пациентка перенесла острое нарушение мозгового кровообращения, протекающее в форме обратимого правостороннего гемипареза. Объективно: общее состояние тяжелое. Кожные покровы бледные. Пульс - 110 ударов в 1 минуту, аритмичный, дефицит пульса 16. Артериальное давление – 70/40 мм.рт.ст. Аускультативно в области сердца определяется диастолический шум на его верхушке. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под правого подреберья на 3 см. Селезенка не пальпируется. Местное состояние: отмечается бледность кожных покровов с цианотическим оттенком, гиперестезия до средней трети правой нижней конечности. Пульсация на a.dorsalis pedis, a.tibialis posterior, a.poplitea справа отсутствуют, на a.femoralis communis справа ослаблена. Правая стопа холоднее левой. Все виды чувствительности и активные движения в суставах правой нижней конечности отсутствуют, пассивные движения сохранены в полном объеме.

Вопросы: Какое заболевание развилось у больной? Проведите дифференциальный диагноз? Какие инструментальные исследования целесообразно выполнить больной для подтверждения диагноза? Какова степень нарушения кровообращения у больной? Тактика и методы лечения? Обоснуйте принципы консервативной терапии? В чем заключается суть хирургического лечения данной патологии?

Решение задачи: Диагноз: Острая тромбоэмболия правой поверхностной бедренной артерии в средне-нижней трети бедра, ишемия ПБ на фоне митрального стеноза, мерцательной аритмии. Дифференциальный диагноз проводится с артрозо-артритом, остеохондрозом поясничного отдела позвоночника, патологическим переломом справа при миеломной болезни. Целесообразно для подтверждения органического поражения сердца выполнить эхокардиографию. Оценка состояния сосудистого русла нижних конечностей проводится доплеровским исследованием и дуплексным сканированием с цветным картированием. Исследования ЭКГ типичны для больных с нарушением ритма (например, мерцательная аритмия). При наличии на ЭКГ правограммы, признаков гипертрофии левого предсердия и правого желудочка, а так же учитывая характер сердечных шумов, можно предположить у больной митральный стеноз. Используя классификацию степени ишемии, можно предположить, что у больной ПБ степень – неврологические расстройства с наличием паралича. После короткой интенсивной терапии (дезагреганты, спазмолитики, анальгетики и др.) следует провести артериотомию: непрямую эмбол- и тромбэктомия при помощи катетера Фогэрти. Консервативное лечение заключа-

ется в применении: тромболитиков (стрептокиназа, урокиназа, стрептодеказа) для восстановления кровообращения в ишемизированной конечности. При эмболии – это дополнительное лечение, т.к. эмбол растворить невозможно. Антикоагулянтная терапия гепарином или НМГ /низкомолекулярными гепаринами/ (в последующем использование антикоагулянтов непрямого действия) показана для предотвращения развития продолженного тромба. Показано так же применение активаторов фибринолизина (никотиновая кислота, компламин), дезагрегантов (реополиглюкин, трентал, курантил). Для улучшения кровообращения в конечности назначают ингибиторы протеаз (положительное воздействие на тканевой метаболизм в зоне ишемии – трасилол, гордокс). Прекрасно зарекомендовал себя вазопростан. Важна инфузионная терапия, обеспечивающая высокий диурез (не менее 100 мл/час). Для защиты почек от повреждающего действия при миоглобинурии применяют осмотические диуретики (маннитол) и ощелачивают мочу. Всем больным, начиная с IА степени, показана восстановительно-реконструктивная операция на сосудах, и только больным с III В степенью расстройства кровообращения необходима первичная высокая ампутация конечности. При эмболии высокий эффект можно получить при непрямах эмболэктомиях баллонными катетерами типа Фогэрти или фирмы «Север». Эндартерэктомия или обходное шунтирование чаще всего выполняется при тромбозе, возникшем на месте измененной атеросклерозом, неспецифическим воспалением или другим патологическим процессом стенки сосуда.

ЗАДАЧА № 22

Больная 62 лет поступила в стационар с жалобами на увеличение размеров шеи, нарастающую общую мышечную слабость, раздражительность, плаксивость, бессонницу, снижение массы тела, несмотря на удовлетворительный аппетит, сердцебиение и повышение температуры тела до 37,8°C. Начало заболевания связывает с перенесенной 2 года назад ангиной, когда стала появляться немотивированная общая слабость и чувство жара во всем теле. Повышалась температура до 37,9°C. Случайно обнаружила увеличение объема шеи около 1,5 года назад. За помощью не обращалась, не лечилась. Объективно: общее состояние средней степени тяжести. Отмечается суетливое поведение больной; речь торопливая. Питание пониженное. Кожные покровы горячие, влажные, гиперемированные. Кожа кистей и стоп также теплая. Симптом Мари положительный. Выражен блеск глаз; расширение глазной щели. Симптомы Дальримпля, Грефе и Кохера положительные. Пульс 116 ударов в минуту, аритмичный. Артериальное давление – 135/65 мм.рт.ст. Аускультативно тоны звучные. Выслушивается усиление первого тона над всеми отделами сердца. Частота дыхательных движений – 24 в минуту. В легких дыхание жесткое, без хрипов. На передней поверхности шеи имеется опухолевидное образование, увеличивающее диаметр последней. Образование мягкое, безболезненное при пальпации. Цвет кожных покровов над ним не изменен. Кожная температура данной области повышена. После предоперационной подготовки в эндокринологическом отделении в течение 14 дней больной под общим обезболиванием проведена операция - субтотальная резекция щитовидной железы по О.В. Николаеву. В отделении через 10 часов после операции у больной повысилась температура тела до 40°C, появилась резкая слабость, тошнота, неукротимая рвота слизью, психоз. 5 раз был жидкий стул. При обследовании состояние тяжелое, не соответствует перенесенной ранее операции. Пациентка резко заторможена, адинамична. На вопросы отвечает не вовремя и не впопад. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, сухие. Пульс 130 ударов в минуту, аритмичный, слабого наполнения. Частота дыхательных движений - 26 в минуту, прерывистое. Артериальное давле-

ние - 70/40 мм.рт.ст. с дальнейшей тенденцией к гипотонии.

Вопросы: С каким диагнозом поступила больная? Какое осложнение наступило у больной в послеоперационном периоде? Почему у больной возникло данное осложнение, объясните его причину? Тактика лечения больной? Какие меры профилактики данного осложнения Вы знаете?

Решение задачи: Диагноз: Диффузный токсический зоб (болезнь Грейвса), II степень по классификации ВОЗ. III стадия по Милку. При обследовании больных с данной патологией можно выявить следующие диагностические признаки: лабораторные изменения: содержание в крови ТТГ снижено, Т₃ и Т₄ повышено., сахарная кривая носит патологический (диабетический) тип, антиоксидантная функция печени снижена. При УЗИ щитовидной железы последняя диффузно увеличена, возможно неравномерное изменение ее эхогенности. Определение степени поглощения ¹³¹I щитовидной железой указывает, что скорость поглощения резко увеличена через 2-4 и 24 часа. Радиоизотопное сканирование железы позволяет выявить в ней функционально активную ткань. У больной развился послеоперационный тиреотоксический криз на фоне диффузного токсического зоба. Тиреотоксический криз у больных диффузным токсическим зобом возможен при недостаточной подготовке к операции, недостаточной функции коркового вещества надпочечников вследствие стрессовой ситуации (операция, инфекционное заболевание и другие факторы). В условиях реанимационного отделения следует провести следующий курс интенсивной терапии: тиреостатические йодсодержащие препараты (мерказол и др.), лития карбонат, глюкокортикоиды, β-адреноблокаторы (обзидан, анаприлин), антиферментные средства (контрикал) для нейтрализации кининов; детоксикационная терапия (в т. ч. экстракорпоральная детоксикация с помощью плазмафереза). Охлаждают магистральные сосуды нижних и верхних конечностей. Проводят вагосимпатическую блокаду по А.В. Вишневскому. Предоперационная подготовка больных должна проводиться в эндокринном отделении с целью достижения максимального эутиреоза - назначение преднизалона (или гидрокортизона), сеансы плазмафереза. Одним из факторов профилактических мероприятий является тщательное промывание операционной раны раствором новокаина 0,25% непосредственно перед наложением швов на операционную рану, бережное отношение к тканям во время оперативного вмешательства.

ЗАДАЧА № 23

На прием к Вам обратилась женщина 32 лет с жалобами на деформацию шеи, создающую косметические неудобства. Других жалоб не предъявляет. Больной себя считает около года, когда случайно заметила объемное образование шеи. Причину возникновения заболевания назвать затрудняется. Чувствует себя вполне удовлетворительно. Размеры образования со слов пациентки за данный промежуток времени не изменились. Объективно: общее состояние относительно удовлетворительное. Конституция гиперстеническая. Питания среднего. Пульс - 78 ударов в 1 минуту, ритмичный. Артериальное давление - 110/70 мм.рт.ст. Тоны сердца ясные. В легких дыхание везикулярное. Частота дыхательных движений - 15 в минуту. Язык чистый, влажный. Живот участвует в акте дыхания, безболезненный во всех отделах. Локально: на передней и левой боковой

поверхности шеи имеется образование с четкими краями, размером около 50x20 мм. Нижняя граница образования на 1,5 см. не достигает яремной вырезки грудины. Пальпаторно безболезненное, гладкое, эластической консистенции, смещается при глотании, с кожей не спаяно. Кожные покровы над ним не изменены, обычной температуры. Основные лимфатические узлы шеи обычных размеров и формы, безболезненные, не сращены с окружающими тканями.

Вопросы: Сформулируйте Ваш предположительный диагноз? С какими заболеваниями следует дифференцировать данную патологию? Алгоритм диагностики данного заболевания? Составьте план лечения больной. Назовите возможные послеоперационные осложнения при данном заболевании и меры по их профилактике?

Решение задачи: Диагноз: Узловой (перешейка и левой доли) эутиреоидный зоб II степени по классификации ВОЗ. Данную патологию необходимо дифференцировать со следующими объёмными образованиями шеи: ; срединной кистой шеи; другими заболеваниями щитовидной железы; доброкачественными опухолями- миомой; липомой; тератомой; лимфомой; метастазами злокачественных опухолей. В целях диагностики данной патологии следует прежде всего провести УЗИ щитовидной железы.и тонкоигольную аспирационную биопсию с цитологическим исследованием пунктата, что позволяет исключить злокачественность образования.. Определяют гормоны сыворотки: Т₃; Т₄ в данном случае данные параметры должны быть в пределах нормы. Сканирование щитовидной железы позволяет определить контуры железы и ее размеры, выявить автономную аденому, опухоль, кисты, абберантную тиреоидную ткань. Для исключения загрудинно расположенного зоба необходимо провести рентгеноконтрастное исследование пищевода. Тактика лечения больных с данной патологией неоднозначна. При наличии бессимптомного узлового зоба без признаком малигнизации требуется наблюдение в динамике. Если появляются косметические неудобства или симптомы сдавления – назначают супрессивную терапию тироксином; при отсутствии эффекта – субтотальная резекция щитовидной железы, либо - тиреоидэктомия. Послеоперационными осложнениями данной патологии являются: парез или паралич голосовых связок в результате ранения ветвей возвратного нерва, ларингоспазм, ранение трахеи, кровотечение, гипопаратиреоз. В целях профилактики данных осложнений необходимо бережное манипулирование с тканями во время операции, тщательный контроль гемостаза. Во время оперативного вмешательства следует проследивать ход возвратного нерва, не манипулировать в глубине раны без контроля зрения. Не менее важно оставление участка щитовидной железы и адекватное ведение послеоперационного периода.

ЗАДАЧА № 24

Больная 62 лет доставлена каретой скорой помощи с жалобами на резкие постоянные боли по всему животу без определенной локализации, тошноту, 3-х кратную рвоту съеденной накануне пищей, не приносящую облегчения, жидкий стул. Перед появлением болей отмечалась задержка стула; газы отходят нерегулярно. Вследствие нестерпимых болей, кричит, просит оказать помощь, подтягивает ноги к животу. Из анамнеза выявлено, что заболела 6 часов назад, когда внезапно, без видимых причин возникли острые боли в животе. Вначале они имели схваткообразный характер. Но постепенно стали постоянными. Вызвала карету скорой помощи. Доставлена в стационар. Обь-

ективно: общее состояние тяжелое. Больная возбуждена. Пульс - 120 ударов в минуту, аритмичный. Артериальное давление – 90/60 мм.рт.ст. Язык подсыхает. Живот подвздут. При пальпации мягкий, болезненный во всех областях. Перкуторно в отлогих местах отмечается притупление звука; кишечные шумы приглушены. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный. Печень выступает из-под правого подреберья на 3 см, эластической консистенции. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание учащенное. При ректальном исследовании на перчатке кал с примесью крови; слизистая прямой кишки смещается частично. Отмечается болезненность и нависание ее передней стенки.

Вопросы: Ваш предварительный диагноз? С какими заболеваниями Вы считаете необходимым провести дифференциальный диагноз? Какие дополнительные методы исследования необходимо назначить больной? Назовите алгоритм лечения данной патологии?

Решение задачи: Диагноз: Мезентериальный тромбоз. Дифференциальный диагноз проводят с: острым холециститом, острым пан-креатитом, прободной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки, болезнью Крона, ишемическим колитом. Проводится коагулограмма, общий анализ крови, обзорная рентгеноскопия органов брюшной полости, УЗИ, ФГДС, ирригография, ректороманоскопия и лапароскопия. При декомпенсации мезентериального кровообращения проводят экстренную операцию. Оперативный метод является основным (сосудистые операции /включая эмболэктомию зондом Фогарти/, резекция кишки, комбинация сосудистых операций и резекции кишки). Консервативная терапия заключается в назначении антикоагулянтов, фибринолитиков, спазмолитиков и антимикробных средств.

ЗАДАЧА № 25

В приемное отделение доставлена больная 63 лет с жалобами на умеренные постоянные боли в левой нижней конечности, её отек, интенсивную головную боль, тошноту и однократную рвоту, приносящую кратковременное облегчение.

Из анамнеза выяснено, что заболела больная остро двое суток назад, когда почувствовала озноб (температура тела повышалась до 39-40⁰ С), тошноту. Самостоятельно не лечилась, расценив данное состояние как следствие переохлаждения и простуды. Однако, через 12 часов на передненаружной поверхности левой голени выявила у себя резко ограниченное болезненное покраснение и отек. Обратилась за медицинской помощью.

Объективно: общее состояние средней степени тяжести. Пульс - 120 в минуту, ритмичный. Аускультативно выслушивается систолический шум в проекции митрального клапана. Артериальное давление - 140/95 мм рт.ст. Температура тела - 38,8⁰ С. В легких прослушивается везикулярное дыхание, хрипов нет.

Живот не вздут, участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, безболезненный. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Местный статус: левая нижняя конечность в области голени отекает, с резко ограниченной зоной гиперемии. Покраснение распространяется дугообразно в разные стороны. Пальпаторно данная область болезненная и горячая. Пульсация а. dorsalis pedis и а. tibialis posterior ослаблены.

Вопросы: Ваш диагноз? Дополнительные методы исследования и их интерпре-

тация? Назовите биохимические методы исследования крови, которые необходимо использовать для верификации диагноза? С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз? Назовите возможные осложнения данного заболевания? Лечение? Сформулируйте принципы профилактики?

Решение задачи: Диагноз: Рожистое воспаление левой нижней конечности. Эритематозная форма. Средняя степень тяжести. Кроме обследования, которое позволяет достаточно правильно поставить диагноз рожистого воспаления, следует сделать лабораторные анализы крови и мочи (снижение суточного диуреза; появление белка, эритроцитов и лейкоцитов в моче). Для верификации диагноза следует обратить внимание на следующие изменения в крови: лейкоцитоз, нейтрофилез с токсической зернистостью, снижение числа эозинофилов, повышение СОЭ. При дифференциальном диагнозе следует думать о флегмоне, эритеме, дерматите, лимфангите сетчатом, тромбозе и эризепилоиде (свиной краснухе). Возможные осложнения при рожистом воспалении: лимфангит, тромбоз, абсцесс и флегмона, некроз кожи, гнойный отит, пневмония, нефрит, эндокардит, перикардит, слоновость (лимфостаз с возможным переходом в лимфэдему), сепсис. Лечение начинают с введения антибиотиков (препараты выбора - пенициллины или тетрациклины) в течение 4-10 дней. Показаны сульфаниламиды, противовоспалительные и жаропонижающие средства, УФО крови. Левую нижнюю конечность иммобилизируют. Локально назначают УФО (эритемные дозы). Больной должен быть изолирован в отдельную палату. По существующим правилам и приказам эритематозная форма рожистого воспаления должна лечиться в инфекционных стационарах или отделениях. Только буллезно-некротическая и абсцедирующая формы рожистого воспаления лечатся в хирургических стационарах. Профилактика рожистого воспаления сводится к предупреждению травм, потертостей, ссадин, микротравм, являющихся входными воротами для стрептококков. Терапия эпидермофитий, трофических язв и других хронических заболеваний кожи и подкожной клетчатки входит в мероприятия по профилактике рожи.

ЗАДАЧА № 26

За помощью обратилась женщина 19 лет с жалобами на интенсивные боли в правой подмышечной впадине с иррадиацией в правое плечо, повышение температуры тела до 38⁰ С, общую слабость, головную боль. Заболела около пяти дней назад, когда в правой подмышечной впадине случайно заметила болезненное уплотнение. Лечилась самостоятельно. Последние сутки самочувствие ухудшилось – боль, гиперемия в подмышечной впадине увеличились, поднялась температура. Последнюю ночь из-за болей не могла заснуть. Объективно: состояние средней тяжести. Температура тела 38,2° С. Пульс - 106 ударов в минуту. Локально: в правой подмышечной области имеется инфильтрат размерами 5x4 см, отек. Кожа над инфильтратом гиперемирована, горячая на ощупь. При пальпации инфильтрат мягкий в центре, резко болезненный. Движения в плечевом суставе ограничены и болезненны.

Вопросы: Ваш предположительный диагноз? Дайте определение рассматриваемой патологии? Каковы этиопатогенетические моменты развития данной патологии? С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику? Каковы принципы лечения данного заболевания? Сформулируйте способы профилактики данного заболевания?

Решение задачи: Скорее всего, у больной гидраденит правой подмышечной впадины. Гидраденит – гнойное воспаление апокриновых потовых желез и окружающей клетчатки, локализующееся чаще всего в подмышечной ямке, реже – в паховой и перианальной области. Вызывается гидраденит стафилококком, чаще золотистым. В потовых железах возникает воспалительный инфильтрат с последующим гнойным расплавлением окружающих тканей. Процесс часто имеет подострый характер, постоянно наблюдаются рецидивы. Торпидность течения гидраденита объясняется значительной длиной, узостью и извилистостью потовых протоков, трудностью как элиминации из них микробов, так и воздействия на них. Дифференциальный диагноз следует проводить с: фурункулом, карбункулом и лимфаденитом. Лечение следует построить следующим образом: под анестезией гнойник вскрывается. Также применяется противовоспалительная и антибактериальная терапия, местное лечение гнойной раны. Профилактика гидраденита - это соблюдение правил личной гигиены, отказ от дезодорантов с надписью «антиперспирант» дезодорирующих и дезинфицирующих, а так же своевременное лечение кожных заболеваний и эндокринных нарушений.

ЗАДАЧА № 27

В приёмное отделение клиники поступил больной 56 лет с жалобами на интенсивные распирающие боли в межлопаточной области, общую слабость, головную боль тошноту и бессонницу. Больной живет в деревне, работает пастухом. Страдает инсулинозависимым сахарным диабетом. Объективно: общее состояние средней степени тяжести. Температура тела 39,5⁰ С. Пульс - 96 ударов в 1 минуту. Артериальное давление - 120/90 мм рт.ст. Частота дыхательных движений – 24 в минуту. Живот не вздут, равномерно участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, безболезненный. Status localis: в межлопаточной области имеется напряженный инфильтрат размерами 4х3,5 см. багрово-красного цвета с несколькими отверстиями по типу “сита”, из которого выделяется густой зеленовато-серый гной с резким неприятным запахом. При осмотре визуализируются некротизированные ткани. Пальпаторно инфильтрат болезнен.

Вопросы: Ваш диагноз? С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику? Дайте определение данного заболевания? План лечения? Перечислите возможные осложнения данной болезни?

Решение задачи: Мы имеем дело с карбункулом межлопаточной области. Дифференциальный диагноз следует проводить с сибирской язвой, абсцессом, флегмоной, нагноившейся атеромой. Сибирезязвенный карбункул чаще всего бывает у больных, контактирующих с животными. Это, как правило, небольшой зудящий узелок с геморрагической пустулой на верхушке при отсутствии болезненности и гнойных выделений. Карбункул – острое гнойно-некротическое воспаление множества волосяных луковиц, сальных желез и окружающих их тканей. Чаще всего встречается на шее, голове, спине, конечностях. Инфильтрат распространяется в глубину мышц до фасции. Лечение проводят в условиях хирургического стационара по общим правилам лечения острого гнойного заболевания мягких тканей: вскрытие крестообразным разрезом, эвакуация гноя, иссечение некротических тканей, противовоспалительная и антибактериальная терапия, местное лечение раны, Физиотерапия. Необходимы повторные анализы крови на сахар, консультация эндокринолога; при необходимости назначение препаратов инсулина. Возможны следующие

осложнения: лимфангит, лимфаденит, прогрессирующий тромбоз, сепсис, гнойный менингит.

ЗАДАЧА № 28

Больная 54 года в течение 6 лет страдает сахарным диабетом. На протяжении последнего года ощущает зябкость, слабость, онемение в нижних конечностях при ходьбе, длительном стоянии, боли в икроножных мышцах при ходьбе, сухость кожи, изменение цвета ногтей, их уплотнение, цианоз пальцев ноги. За последний месяц на II пальце правой стопы образовались пузырьки с серозным содержимым, затем произошло изъязвление кожи с распространением патологического процесса на окружающие ткани. Температура тела поднималась до 38° С. Объективно: общее состояние относительно удовлетворительное. Пульс – 92 удара в минуту, ритмичный. Артериальное давление – 140/90 мм.рт.ст. Локально: пульсация артерий нижних конечностей отсутствует на артериях стоп; на подколенных и бедренных артериях сохранена. II палец правой стопы черного цвета, отечен, безболезненный; при пальпации - отсутствие всех видов чувствительности. Имеются кожные дефекты по подошвенной поверхности мягких тканей второго пальца нижней конечности правой стопы, из которых выступает серозно-гнойное отделяемое. Общий анализ крови: лейкоциты – $9,0 \times 10^9$ /л. Нейтрофилы: сегментоядерные- 52%, палочкоядерные- 12%, юные – 1%, лимфоциты- 20%, эозинофилы – 3%, моноциты – 12%. Общий анализ мочи: удельный вес – 1022; сахар – (+). Сахар крови – 9,8 ммоль/л Коагулограмма: протромбиновый индекс – 82 %; время рекальцификации – 250 сек.; толерантность плазмы к гепарину – 7 мин.; фибриноген – 4,8 г/л; В – фибриноген – (++) ; тромботест – 5 баллов.

Вопросы: Ваш предварительный диагноз? Назовите необходимые методы исследования для постановки диагноза? С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику? Алгоритм лечения данной патологии?

Решение задачи: Диагноз: Сахарный диабет II тип, стадия субкомпенсации. Диабетическая макро- и микроангиопатия. Влажная гангрена II пальца правой ноги. Следует провести следующие методы исследования: общий анализ крови, биохимию крови, общий анализ мочи, сахар и липиды крови; применение функциональных проб (Панченко и т.д.), доплерографию и дуплексное сканирование. Дифференциальный диагноз проводят с: облитерирующим атеросклерозом, облитерирующим энтеритом, синдромом Лериша, болезнью Бюргера. Лечение, как правило, оперативное. Больной показана ампутация. Кроме того следует провести коррекцию сахара в организме (инсулинотерапия). Проводят антибиотикотерапию с учетом чувствительности высеянной микрофлоры. Назначают диету; применяют ангиопротекторы и препараты, улучшающие реологические свойства крови.

ЗАДАЧА № 29

У 62-летнего больного на четвертые сутки после аппендэктомии по поводу гангренозного аппендицита наступило ухудшение. Возник потрясающий озноб с профузным проливным потом. Температура тела - $39,4^{\circ}$ С со снижением в течение суток до субфебрильных величин. Наблюдаются тупые постоянные боли в правом подреберье, усиливающиеся при движении. Общее состояние тяжелое. Кожные покровы субиктеричные, сухие. Пульс – 96 ударов в минуту, аритмичный. Артериальное давление – 160/100 мм.рт.ст. Язык подсыхает. При пальпации живот не вздут, болезнен в послеоперационной ране и правом подреберье. Симптомы раздражения брюшины отрицательны. При перкуссии притупления в отло-

гих местах нет. В правом подреберье пальпируется увеличенная, болезненная неровная правая доля печени на 3 см. ниже края реберной дуги. За сутки выделилось 700 мл мочи. В последующие дни ознобы не прекращались, температура приняла гектический характер, появилась желтушность склер.

Вопросы: Ваш предварительный диагноз? С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз? Какие дополнительные методы исследования следует применить для верификации диагноза? С чем связано ухудшение состояния больного? Ваша дальнейшая тактика ведения больного? Сформулируйте принципы лечения?

Решение задачи: У больного вторичный /бактериальный/ абсцесс правой доли печени. Дифференциальный диагноз следует проводить с: острым холангитом, поддиафрагмальным и межкишечным абсцессом, эхинококкозом печени, амёбным абсцессом печени. Наиболее информативными способами исследования являются УЗИ органов брюшной полости и компьютерная томография, которые позволят определить локализацию абсцесса и его объем. Ухудшение состояния, вероятнее всего, связано с развитием бактериального абсцесса и абдоминального сепсиса. Тактика ведения больного должна быть активной – хирургической или минихирургической. Существует два способа лечения: 1) лапаротомия, вскрытие, дренирование полости абсцесса и интенсивная, в том числе антибиотикотерапия; 2) чрескожное транспеченочное дренирование полости абсцесса с аспирацией его содержимого и в последующем с промыванием полости антисептиками и антибиотиками. Эту процедуру выполняют под контролем УЗИ или компьютерной томографии.

ЗАДАЧА № 30

У пастуха 45 лет последние 2 месяца появились тупые, ноющие, постоянные боли в правом подреберье и эпигастрии. С течением времени стал отмечать у себя осветленный кал, потемнение мочи и желтушную окраску кожи и склер глаз. Ухудшение состояния в последнюю неделю связывает с появлением на коже сыпи, напоминающей крапивницу. Объективно: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы и склеры глаз иктеричные. На лице, животе, внутренних поверхностях верхних и нижних конечностей - мелкоточечные высыпания диаметром 1-2 мм едва контурирующие над кожей. Пульс – 78 в 1 минуту, ритмичный. Артериальное давление – 130/80 мм.рт.ст. Тоны сердца приглушены. В легких везикулярное дыхание. Живот правильной формы, не вздут, мягкий, безболезненный. Нижний край печени выступает из-под реберной дуги на 3 см. При глубокой пальпации в правой доле печени определяется округлое безболезненное опухолевидное образование эластической консистенции. Желчный пузырь не пальпируется. Селезенка без особенностей. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

При прямокишечном исследовании на перчатке кал светло-желтого цвета; стенки кишки не нависают, слизистая смещается.

Вопросы: Ваш предварительный диагноз? С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз? Какие способы исследования следует применить? С чем связано ухудшение состояния? Назовите возможные осложнения данного заболевания? Дальнейшая тактика ведения больного? В чем будет заключаться лечение пациента?

Решение задачи: У больного эхинококкоз печени /кистозная (гидатид-

ная) форма/. Дифференциальный диагноз следует проводить с: механической желтухой на фоне желчекаменной болезни и острого холецистита, холангита (в том числе и первично-склерозирующего), острого панкреатита. Исключают вирусный гепатит и гемолитическую желтуху. Следует применить УЗИ-исследование органов брюшной полости и компьютерную томографию. Из специфических проб, наиболее точны реакция агглютинации с латексом (синтетическая полистирольная смола) и реакция непрямой гемагглютинации; также высокочувствительна проба Казони (внутрикожная реакция со стерильной жидкостью эхинококкового пузыря). Из-за больших размеров кисты произошло сдавление магистральных желчных протоков, вызвавшее механическую желтуху. Аллергическая реакция связана с присутствием живого паразита в организме больного. Наиболее частые осложнения: разрыв гидатидозной кисты с излиянием содержимого в свободную брюшную полость, в просвет желудочно-кишечного тракта, в желчные протоки, в плевральную полость или в бронх, а также нагноение кисты. Тактика заключается в оперативном вмешательстве. Оптимальный способ лечения - эхинококкэктомия. Идеальная эхинококкэктомия, при которой удаляется вся киста со всеми оболочками без вскрытия просвета, применяется редко при небольших размерах кисты и ее краевом расположении. При крупных кистах, расположенных в толще ткани печени, чтобы не ранить сосуды и желчные протоки, применяют удаление кисты с ее герминативной и хитиновой оболочками после предварительной пункции полости кисты с отсасыванием ее содержимого. Этот прием позволяет избежать при выделении кисты ее разрыва и диссеминации паразита. После удаления кисты ее фиброзную оболочку изнутри обрабатывают 2% раствором формалина и ушивают отдельными швами изнутри /капитонаж/.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДИСЦИПЛИНЫ «ПОДГОТОВКА К ПЕРВИЧНОЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ АККРЕДИТАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ».

Раздел дисциплины	Тестовые задания	Проверяемые компетенции
<p>Б1.В.ОД.3.1</p> <p>Организация хирургической службы РФ. Современные методы диагностики и лечения в хирургии</p>	<p>1. На амбулаторном приеме хирург заподозрил у больного острый аппендицит. Его действия:</p> <p>а) Амбулаторное динамическое наблюдение б) Амбулаторная антибактериальная терапия в) Срочная госпитализация в хирургический стационар г) Амбулаторное обследование: анализы, УЗИ, ФГС</p> <p>2. Для уточнения диагноза кровоточащей язвы желудка в первую очередь необходимо сделать:</p> <p>а) Анализ кала на скрытую кровь; б) Контрастную рентгеноскопию желудка; в) Анализ желудочного сока на скрытую кровь; г) Фиброгастроскопию; д) Определение гемоглобина и гематокрита.</p> <p>3. При выборе способа хирургического пособия при перфоративной язве желудка обычно руководствуются:</p>	<p>УК-1, ПК-1, ПК-2 ПК-4, ПК-5, ПК-6 ПК-8, ПК-9, ПК-10</p>
<p>Б1.В.ОД.3.2</p> <p>ХИРУРГИЯ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ</p>	<p>а) Сроком с момента прободения; б) Степенью воспалительных изменений брюшины; в) Величиной перфоративного отверстия; г) Локализацией перфоративного отверстия; д) Возрастом больного.</p> <p>4. При сочетании алкогольной интоксикации с перфорацией гастродуоденальных язв возникают определенные диагностические трудности, обусловленные:</p> <p>а) Снижением болевого синдрома, что приводит к угасанию рефлексов со стороны передней брюшной стенки; б) Поздней обращаемостью;</p>	<p>УК-1, ПК-1, ПК-2 ПК-4, ПК-5, ПК-6 ПК-8, ПК-9, ПК-10</p>

	<p>в) Возможностью психозов; г) Возможностью суицидальных попыток; д) Всем перечисленным.</p> <p>5. Наиболее достоверными клиническими проявлениями перфоративной язвы желудка являются: а) Рвота; б) Желудочное кровотечение; в) Напряжение передней брюшной стенки, отсутствие печеночной тупости; г) Частый жидкий стул; д) Икота.</p> <p>6 Тампонирование подпеченочного пространства после холецистэктомии наиболее показано: а) При остром деструктивном холецистите; б) При неушитом ложе удаленного желчного пузыря; в) При возможности возникновения кровотечения из ложа желчного пузыря; г) При редких швах ложа удаленного желчного пузыря; д) Тампон не ставят.</p> <p>7. Жалобы больного после резекции желудка на тяжесть в эпигастрии, слабость - вплоть до обморока после приема сладкой или молочной пищи являются признаками: а) Инсулемы поджелудочной железы; б) Синдрома приводящей петли; в) Пептической язвы анастомоза; г) Демпинг-синдрома; д) Синдрома малого желудка</p> <p>8. Злокачественную трансформацию наиболее часто претерпевают: а) Язвы луковицы двенадцатиперстной кишки; б) Постбульбарные язвы; в) Язвы малой кривизны желудка; г) Язвы большой кривизны желудка; д) Язвы всех указанных локализаций.</p> <p>9. Срочное хирургическое вмешательство тре-</p>	
--	---	--

	<p>буется при следующих осложнениях язвенной болезни:</p> <p>а) Остановившееся желудочное кровотечение;</p> <p>б) Перфоративная язва;</p> <p>в) Пенетрирующая язва;</p> <p>г) Стеноз выходного отдела желудка;</p> <p>д) Малигнизированная язва.</p> <p>10. При наличии аппендикулярного инфильтрата показана:</p> <p>а) Срочная операция - аппендэктомия;</p> <p>б) Пункция инфильтрата;</p> <p>в) Наблюдение;</p> <p>г) Консервативная терапия;</p> <p>д) Лапароскопия.</p> <p>11. Флегмона забрюшинного пространства как осложнение острого аппендицита развивается при:</p> <p>а) Переднем подпеченочном расположении червеобразного отростка</p> <p>б) Местном перитоните в правой подвздошной области</p> <p>в) Ретроперитонеальном расположении червеобразного отростка</p> <p>г) Медиальном расположении червеобразного отростка</p> <p>д) Расположении червеобразного отростка латерально от слепой кишки.</p> <p>12. При осмотре больного с ущемленной паховой грыжей (ущемление 6-8 часов) хирург вправил грыжевое выпячивание в брюшную полость. Какова дальнейшая тактика:</p> <p>а) Отправить больного домой</p> <p>б) Госпитализировать для динамического наблюдения</p> <p>г) Срочно оперировать</p> <p>в) Назначит антибактериальную терапию</p> <p>13. . К осложнениям сепсиса относятся:</p> <p>а) Септические кровотечения</p>	<p>ПК-1, ПК-2 ПК-4, ПК-5, ПК-6 ПК-8, ПК-9, ПК-10</p>	
--	---	--	--

<p>Б1.В.ОД.3.3 Б1.В.ОД.3.3.1 Колопроктология</p>	<p>б) Тромбоэмболия артерий конечностей или внутренних органов в) Асцит, анасарка г) Септический эндокардит д) Пневмония.</p> <p>14. На амбулаторном приеме хирург диагностирует у больного острый парапроктит. Его действия:</p> <p>а) Срочное вскрытие гнойника в амбулаторном порядке под местной анестезией б) Назначение антибактериальной терапии в амбулаторном порядке в) Назначение ФТЛ г) Срочная госпитализация в проктологическое или хирургическое отделение для оперативного лечения д) Направление в плановом порядке к колопроктологу</p> <p>15. У больной, обратившейся к хирургу с острой болью в животе и с дивертикулярной болезнью в анамнезе, пальпируется в животе инфильтрат. Правильные действия:</p> <p>а) Назначить антибактериальную терапию б) Назначит дообследование для исключения ЗНО ободочной кишки: ректороманоскопия, ирригоскопия, ФКС в) Направить в плановом порядке к гинекологу для исключения гинекологической патологии г) Направить больную на срочную госпитализацию в хирургическое отделение</p> <p>16. Рентгенологически определяемый ателектаз сегмента легкого, доли или всего легкого обязывает врача в первую очередь исключить:</p> <p>а) Центральный рак легкого; б) Доброкачественную опухоль (центральною); в) Пневмонию; г) Пневмоторакс; д) Инородное тело.</p>	<p>ПК-1, ПК-2 ПК-4, ПК-5, ПК-6 ПК-8, ПК-9, ПК-10</p> <p>ПК-1, ПК-2 ПК-4, ПК-5, ПК-6 ПК-8, ПК-9, ПК-10</p>	
---	--	---	--

<p>Б1.В.Од.3.3.2 Хирургические заболевания сре- достения, легких и плевры</p>	<p>17. В легком выявлено небольшое периферическое образование, прилегающее к грудной клетке. Для определения характера этого образования следует произвести:</p> <p>а) Бронхоскопию; б) Трансторакальную игловую биопсию; в) Катетеризационную биопсию при бронхоскопии; г) Повторное исследование мокроты на ВК и опухолевые клетки; д) Исследование промывных вод при бронхоскопии</p> <p>18. Больному 47 лет. Давно и много курит. В течение последних месяцев почти ежедневно кровохарканье. Необходимо заподозрить:</p> <p>а) Хронический абсцесс легкого; б) Хроническую пневмонию; в) Рак легкого; г) Туберкулез легкого; д) Пневмосклероз.</p> <p>19. Причиной тромбоэмболии легочной артерии наиболее часто является тромбофлебит:</p> <p>а) Лицевых вен; б) Глубоких вен нижних конечностей и вен малого таза; в) Глубоких вен верхних конечностей; г) Поверхностных вен нижних конечностей; д) Поверхностных вен верхних конечностей.</p> <p>20. . Для острого тромбофлебита глубоких вен нижних конечностей характерны :</p> <p>а) Резкий отек нижней конечности; б) Некроз пальцев стоп; в) Похолодание стопы; г) Симптом перемежающейся хромоты; д) Отек и гиперемия по ходу пораженных вен.</p> <p>21. При несостоятельности коммуникантных вен нижних конечностей наиболее целесообразной операцией следует считать операцию:</p>	<p>ПК-1, ПК-2 ПК-4, ПК-5, ПК-6 ПК-8, ПК-9, ПК-10</p>	
--	---	--	--

<p>Б1.В.ОД.3.3.3 Хирургия сосудов</p>	<p>а) Бебкока; б) Нарата; в) Маделунга; г) Троянова-Тренделенбурга; д) Линтона.</p> <p>22. При остром тромбозе большой подкожной вены в послеоперационном периоде показано: а) Лечение антикоагулянтами прямого и непрямого действия; б) Сафенэктомия по комбинированной методике; в) Перевязка большой подкожной вены у места впадения в бедренную; г) Консервативное лечение с использованием масляно-бальзамических повязок; д) Строгий постельный режим с возвышенным ножным концом кровати, прием дезагрегантов по схеме.</p> <p>23. Для флегмоны характерно все, кроме: а) Общее недомогание б) Повышение температуры тела в) Локальная болезненность г) Локальная гиперемия кожи г) Полость с гноем, окруженная капсулой.</p> <p>24. При фурункуле лица с высокой температурой применяется: а). Строгий постельный режим б). Широкое раскрытие гнойного очага в). Пища в жидком состоянии г) Инфузионная дезинтоксикационная терапия.</p> <p>25. Наиболее опасными осложнениями глубокой флегмоны шеи являются: а) Гнойный медиастенит б) Гнойный менингит в) Сдавнение дыхательных путей г) Прорыв гноя в пищевод д) Сепсис.</p>	<p>ПК-1, ПК-2 ПК-4, ПК-5, ПК-6 ПК-8, ПК-9, ПК-10</p> <p>ПК-1, ПК-2 ПК-4, ПК-5, ПК-6 ПК-8, ПК-9, ПК-10</p>
--	---	---

<p>Б1.В.ОД.3.3.4 Гнойная хирургия</p>	<p>26. Операцию артротомии при гнойном артрите производят:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) При обширном разрушении суставных концов костей; б) При многократных повторных пункциях сустава, не дающих стойкого эффекта; в) При наличии гноя в полости сустава; г) При разрушении связочного аппарата сустава; д) При резко выраженном болевом синдроме. <p>27. Достоверным признаком разрыва купола диафрагмы является:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) Боль в грудной клетке с иррадиацией в надплечье. б) Боль в предреберье. в) Пролабирование органов брюшной полости в грудную, выявляемое при рентгенологическом исследовании. г) Ослабленное дыхание на стороне травмы. д) Общее тяжелое состояние больного. <p>28. Больной 3 часа назад получил ножевое ранение левой половины грудной клетки. Кожные покровы бледные. Тоны сердца глухие, тахикардия, АД-80/ 20 мм рт. ст. Пульс на лучевых артериях нитевидный. Имеет место укорочение перкуторного звука. Можно предположить:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) Ранение легкого; б) Торакоабдоминальное ранение; в) Ранение сердца; г) Ранение крупных сосудов средостения; д) Плевропульмональный шок. <p>29. Больной попал в автомобильную катастрофу. Диагностирован левосторонний гемопневмоторакс, подкожная эмфизема левой половины грудной клетки. Рентгенологически обнаружен перелом V, VI, VII ребер слева, при-</p>	
---	--	--

--	--	--	--

1. СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ.

Второй этап подготовки – ситуационные задачи (кейс-задания) формирует

необходимые компетенции для реализации профессиональных задач.

С ситуационными задачами можно ознакомиться на сайте Методического центра аккредитации специалистов (https://fmza.ru/fos_primary_specialized/) - раздел **Репетиционный экзамен.**

В случае отсутствия ситуационных задач (кейс-заданий) на портале, ординаторам предоставляется банк задач, размещенный на информационном портале ВолгГМУ в ЭИОС (<https://elearning.volgmed.ru/>).

1. Примеры типовых ситуационных задач для проведения текущей аттестации, проверяющих знания и умения в рамках компетенций.

Раздел дисциплины	Ситуационные задачи	Проверяемые компетенции
Б1.В.ОД.3.1 Организация хирургической службы РФ. Современные методы диагностики и лечения в хирургии.	<i>ЗАДАЧА № 1</i> В хирургическое отделение в плановом порядке госпитализирована больная 35 лет с желчнокаменной болезнью, которая у нее диагностируется около пяти лет. За это время перенесла три госпитализации по поводу острого холецистита. От предлагаемого оперативного лечения отказывалась. В настоящее время поступила на оперативное лечение. <i>Вопросы:</i> С каким диагнозом больная идет на операцию? Какой объем обследования необходим для планового оперативного вмешательства? Какой объем оперативного вмешательства предстоит больной в зависимости от результатов инструментального обследования	УК-1, ПК-1, ПК-2 ПК-4, ПК-5, ПК-6 ПК-8, ПК-9, ПК-10
Б1.В.ОД.3.2 ХИРУРГИЯ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ	<i>ЗАДАЧА № 1</i> В приемное отделение доставлена 28-летняя женщина с жалобами на постоянные интенсивные боли в надлобковой и правой подвздошной областях, тошноту, учащенное болезненное мочеиспускание и субфебрильную температуру тела. Из анамнеза заболевания выяснено, что впервые боли появились в эпигастрии 12 часов назад, затем через 4-5 часов локализовались в правой подвздошной и надлобковой областях, сопровождаясь болезненным мочеиспусканием частотой до 6-7 раз в сутки. При ходьбе боли усиливались, иррадиировали в правую ногу и область анального отверстия. Последняя менструация была 8 дней назад, в срок. Воспалительные заболевания половой сферы отрицает. Беременностей и родов не было. При обследовании дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхательных движений - 19 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс - 86 ударов в минуту. Артериальное давление -	УК-1, ПК-1, ПК-2 ПК-4, ПК-5, ПК-6 ПК-8, ПК-9, ПК-10

100/70 мм. рт.ст. Язык подсыхает, обложен грязно-белым налетом. Живот не участвует в акте дыхания, несколько напряжен. При пальпации болезненный в правой подвздошной и надлобковой областях, где определяется гиперестезия кожи и сомнительный симптом Щеткина-Блюмберга. Положительные симптомы Образцова, Ровзинга и Ситковского. Перкуторно: притупление в нижних отделах живота. Аускультативно: перистальтика ослаблена.

Вопросы: Ваш предварительный диагноз? Каков дифференциальный диагноз Лечебная тактика. Осложнения при данном заболевании Послеоперационные осложнения

ЗАДАЧА №2

Больная 77 лет госпитализирована с жалобами на резкую боль, отек, покраснение пятнами в области пупка. В течение 15 лет страдает невримой пупочной грыжей. Три дня назад у пациентки появились вышеперечисленные жалобы. Также больная отмечает слабость, снижение аппетита, головную боль. Температура тела поднималась до 39⁰ С. Лечилась самостоятельно (спазмолитики и антибиотики) – без эффекта. Объективно: состояние тяжелое. Температура тела - 38,2⁰ С. Пульс - 100 ударов в минуту. Частота дыхательных движений - 24 в минуту. Имеется экспираторная одышка. Тоны сердца приглушены. В легких дыхание жесткое; выдох удлиннен. Язык сухой. Живот вздут, не участвует в акте дыхания, напряжен. Положительный симптом Щеткина-Блюмберга. В пупочной области имеется опухолевидное выпячивание округлой формы размерами 8х6 см. Кожные покровы над ним резко гиперемированы, с синюшными пятнами. Перкуторно притупление и тимпанит не определяется. Пальпаторно кожа данной зоны резко болезненная. Симптом «кашлевого толчка» отрицательный. Мочеиспускание не учащено. Стула не было 4 дня. Газы не отходят.

Вопросы:

Ваш диагноз? Осложнением какого заболевания является данная патология? С каким заболеванием необходимо провести дифференциальный диагноз? Назовите дополнительные методы исследования для верификации диагноза? Алгоритм лечения данной патологии? Назовите особенности оперативного пособия при данном заболевании?

ЗАДАЧА №3

В клинику в 22:20 часов каретой скорой помощи доставлен больной 19 лет с жалобами на интенсивные постоянные боли в правой половине живота с иррадиацией в правое плечо, лопатку и надключичную область, сухость во рту, тошноту и слабость. Из анамнеза выявлено, что около двух часов назад сразу после ужина ощутил острейшую боль в эпигастрии. Самостоятельно принимал спазмолитики - без эффекта. Из-за нарастания интенсивности болей обратился за помощью. Из анамнеза жизни выявлено, что операций, гемотрансфузий не проводилось. Язвенной болезни желудка и 12-ти перстной кишки не отмечает. Периодически ощущал

изжогу и дискомфорт в животе, которые достаточно быстро купировались самостоятельно или после приема «Альмагеля». Объективно: общее состояние тяжелое. Положение в постели на боку с приведенными к животу коленями, т.к. любое движение вызывает усиление болей. Кожные покровы бледные, влажные. Пульс-60 ударов в минуту, ритмичный. Артериальное давление - 130/95 мм.рт.ст. Язык подсыхает, обложен белым налетом. Живот в акте дыхания не участвует. При пальпации - доскообразное напряжение мышц передней брюшной стенки, резкая болезненность при поверхностной и глубокой пальпации. Положительный симптом Спигарного в эпигастральной области. Симптомы раздражения брюшины резко положительны. При перкуссии отмечается укорочение перкуторного звука в правом боковом канале и правой подвздошной области.

Вопросы: Ваш диагноз? С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику? Какие еще дополнительные специальные методы исследования необходимо провести для уточнения диагноза? Ваша тактика и лечение? Стандарты диагностики и лечения данной патологии.

ЗАДАЧА № 4

Больной 36 лет поступил в стационар с жалобами на острые боли в верхней половине живота, опоясывающего характера, иррадиирующие в спину. Боли появились 8 часов назад после употребления алкоголя, присоединилась тошнота, рвота не приносящая облегчения, сухость во рту. Объективно: общее состояние тяжелое. Больной стонет, поведение беспокойное. Сознание спутанное. Кожные покровы бледные с цианотичным оттенком. Температура тела – 36,8⁰ С. Дыхание везикулярное, поверхностное. Частота дыхательных движений - 28 в минуту. Пульс - 134 удара в минуту, слабого наполнения. Артериальное давление - 90/40 мм рт.ст. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Язык сухой, обложен коричневым налетом. Живот умеренно вздут в верхних отделах, напряжен и болезнен в эпигастральной области, правом и левом подреберьях. Отмечается болезненность в точках Шоффара, Дежардена. Пульсация брюшного отдела аорты ослаблена. Положительный симптом Щеткина-Блюмберга в правом подреберье и мезогастрии, также положительные симптомы Керте, Воскресенского и Мейо-Робсона. Перистальтические шумы не выслушиваются. Стула не было, диурез снижен.

Вопросы: Ваш предварительный диагноз? Какие исследования следует провести для верификации диагноза? Стратегические направления ведения больных. Каков алгоритм консервативного лечения? Что является показанием к оперативному лечению? Каковы современные способы оперативного лечения? Каковы послеоперационные осложнения.

<p>Б1.В.ОД.3.3 Б1.В.ОД.3.3.1 Колопроктология Б1.В.ОД.3.3.2 Хирургические заболевания сре- достения, легких и плевры Б1.В.ОД.3.3.3 Хирургия сосудов</p> <p>Б1.В.ОД.3.3.4 Гнойная хирур- гия</p>	<p>ЗАДАЧА № 5 Больной 45 лет почувствовал недомогание две неде- ли назад. Появился сухой кашель, высокая температура до 39,5⁰ С с ознобом, головная боль, слабость. 6 дней за- нимался самолечением – без эффекта. Участковый врач поставил диагноз: Острая левосторонняя пневмония и ре- комендовал стационарное лечение, от которого больной отказался. Через 5 дней, на фоне высокой температуры, озноба, присоединившейся боли в левой половине груд- ной клетки и правом подреберье, выделилось одновре- менно при кашле около 200 мл зловонной мокроты буро- го цвета сливкообразной консистенции, что и заставило больного обратиться в стационар.Объективно: состояние больного тяжелое. Склеры субиктеричны. Левая половина грудной клетки отстаёт при дыхании. Отмечается при- тупление перкуторного звука и усиление голосового дро- жания на уровне VII-VIII ребра слева; аускультативно - сухие и влажные хрипы разного калибра слева, амфори- ческое дыхание. Пульс - 90 ударов в минуту. Живот при пальпации болезненный в правом подреберье. Печень по Курлову 16x14x10 см. Перитонеальные симптомы отри- цательные. Селезенка перкуторно размером 8x6 см, не пальпируется. Диурез 600 мл. Голени пастозны. <i>Вопросы: Ваш предварительный диагноз? С какими забо-</i> <i>леваниями следует проводить дифференциальный диа-</i> <i>гноз? Какие методы исследования следует провести допол-</i> <i>нительно? Тактика и методы лечения больного? Сформу-</i> <i>лируйте показания к хирургическому лечению? Назовите</i> <i>возможные типы операций?</i></p> <p>ЗАДАЧА № 6 Мужчина 51 года поступил в клинику с жалобами на повы- шенную чувствительность к холоду, чувство онемения в ик- роножных мышцах и судороги при ходьбе, больше слева из- за которых вынужден останавливаться через 150 – 200 мет- ров ходьбы. В течении последних 15 лет больной наблюда- ется у терапевта по поводу: ИБС. Атеросклеротического кардиосклероза Н II.Объективно: общее состояние относи- тельно удовлетворительное. Пульс – 76 в минуту. Артери- альное давление - 160/100 мм.рт.ст. Тоны сердца глухие. При обследовании: кожные покровы нижних конечности бледные, прохладные на ощупь; отмечается сухость кожи, трофические изменения ногтей (ногтевые пластинки утол- щены, ломкие). Волосной покров отсутствует.При термо- метрии: в I- м межпальцевом промежутке слева – 29,5° С, справа – 30,5° С. Капиллярный пульс слева отсутствует, справа замедленный. Пульсация на артериях левой стопы, на подколенной артерии с той же стороны отсутствует. На левой бедренной артерии пульсация резко ослаблена. Спра-</p>	<p>УК-1, ПК-1, ПК-2 ПК-4, ПК-5, ПК-6 ПК-8, ПК-9, ПК-10</p>
--	---	---

ва пульсация сохранена вплоть до подколенной артерии. Положительные симптомы Оппеля, Панченко, Самуэльса, Мошковича - Шамовой. Коагулограмма: протромбиновый индекс – 70 %; время рекальцификации – 210 сек.; толерантность плазмы к гепарину – 6 мин.; фибриноген – 4,7 г/л; В – фибриноген – (++) ; тромботест – 6 баллов.

Вопросы: Ваш предварительный диагноз? Какой из симптомов выступает на передний план этого заболевания? С какими заболеваниями проводить дифференциальную диагностику. Лечебная тактика

ЗАДАЧА № 7

За помощью обратилась женщина 19 лет с жалобами на интенсивные боли в правой подмышечной впадине с иррадиацией в правое плечо, повышение температуры тела до 38⁰ С, общую слабость, головную боль. Заболела около пяти дней назад, когда в правой подмышечной впадине случайно заметила болезненное уплотнение. Лечилась самостоятельно. Последние сутки самочувствие ухудшилось – боль, гиперемия в подмышечной впадине увеличились, поднялась температура. Последнюю ночь из-за болей не могла заснуть. Объективно: состояние средней тяжести. Температура тела 38,2° С. Пульс - 106 ударов в минуту. Локально: в правой подмышечной области имеется инфильтрат размерами 5x4 см, отек. Кожа над инфильтратом гиперемирована, горячая на ощупь. При пальпации инфильтрат мягкий в центре, резко болезненный. Движения в плечевом суставе ограничены и болезненны.

Вопросы: Ваш предположительный диагноз? С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику? Каковы принципы лечения данного заболевания? Сформируйте способы профилактики данного заболевания?

ЗАДАЧА № 8

Больной 20 лет за 30 минут до поступления получил ранение левой половины грудной клетки. Возбужден, выраженное беспокойство. Требуется наложить повязку и отпустить домой. Пытается встать, но при этом теряет сознание. Объективно: состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, покрыты холодным потом. Пульс слабого наполнения и напряжения, 120 ударов в минуту, ритмичный. Слизистые оболочки синюшны, вены шеи набухшие, расширены. Отмечается резкая одышка; дыхание прерывистое, поверхностное, изо рта запах алкоголя. Артериальное давление - 80/40 мм.рт.ст. Тоны сердца приглушены. Грудная клетка участвует в акте дыхания с обеих сторон. Дыхание везикулярное, слева ослаблено. Перкуторно - справа над всей поверхностью легочный звук; слева в нижних отделах его укорочение. При физикальном исследовании определяется расширение границ сердца, верхушечный толчок отсутству-

**Б1.В.ОД.3.4
ХИРУРГИЯ ПО-
ВРЕЖДЕНИЙ**

**Б1.В.ОД.3.4.1
Травма груди и
живота**

<p>Б1.В.ОД.3.4.2 Политравма</p>	<p>ет. В IV межреберье по парастеральной линии слева имеется рана линейной формы с ровными краями, острыми углами, размерами 2x1 см, незначительно кровоточит. По передней поверхности грудной клетки четко определяется подкожная эмфизема.</p> <p>Вопросы: Предварительный диагноз? Тактика врача в данной ситуации? Назовите дополнительные методы диагностики? Если Вы решите оперировать больного, то в чем будет заключаться предоперационная подготовка? Перечислите способы ушивания ран сердца и легких? Как следует закончить операцию? Каковы особенности ведения послеоперационного периода?</p> <p>ЗАДАЧА №9</p> <p>Больной 25 лет доставлен с ДТП, происшедшего час назад. Находился за рулем легкового автомобиля, врезавшегося в грузовик. Доставлен машиной скорой помощи, которая выполняла реанимационные мероприятия. Состояние тяжелое. Без сознания. Кожные покровы бледные, акроцианоз. Пульс нитевидный, 120 ударов в минуту, Артериальное давление 40/0 мм.рт.ст. Тоны сердца не прослушиваются. Дыхание шумное. На лице, волосистой части головы множественные мелкие ранения с умеренным кровотечением. Живот напряжен во всех отделах.</p> <p>Вопросы: Предварительный диагноз? Тактика хирурга в данной ситуации? Назовите дополнительные методы диагностики? Куда госпитализируете больного и каких консультантов призовете на помощь. Если Вы решите оперировать больного, то в чем будет заключаться предоперационная подготовка? Определите операционную тактику</p>	
---	--	--

3. ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ К СОБЕСЕДОВАНИЮ

Раздел дисциплины	Перечень вопросов
<p>Б1.В.ОД.3.1 Организация хирургической службы РФ. Современные методы диагностики и лечения в хирургии</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Принципы организации хирургической службы. 2. Маршрутизация хирургических больных в условиях Волгоградского региона. 3. Доказательная медицина в хирургии 4. Структура поликлинического хирургического отделения. Возможности амбулаторной диагностики и лечения хирургических больных 5. Эндоскопическая хирургия. Определение понятия, организация работы, объем вмешательства. Показания и противопоказания к наиболее распространенным эндоскопическим вмешательствам на органах брюш-

	ной полости
Б1.В.ОД.3.2 ХИРУРГИЯ ОР- ГАНОВ БРЮШ- НОЙ ПОЛОСТИ	<ol style="list-style-type: none"> 3. Ахалазия кардии. Классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Принципы лечения. 4. Химические ожоги и рубцовые сужения пищевода. Патогенез. Клиника острого периода. Первая помощь и принципы лечения в 8. остром периоде. Раннее и позднее бужирование. 5. Инородные тела пищевода. Кдассификация. Клиника, диагностика, осложнения. Лечение 6. Предраковые заболевания желудка. Клиника, диагностика. Консервативное и оперативное лечение 7. Рак желудка; классификация, клиника, диагностика, лечение 8. Классификация Джонсона: Заболевание желудка и двенадцатиперстной кишки типы желудочных язв (медиагастральная, сочетанная язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, язвы препилорические и пилорического канала). Этиология и патогенез желудочных язв 9. Язвенная болезнь желудка, осложненная кровотечением. Классификация кровотечений. Дифференциальный диагноз. Показания к оперативному лечению. Особенности органосохраняющих операций с ваготомией у больных с язвенным кровотечением 10. Язвенная болезнь желудка и 12- ти перстной кишки, осложненная стенозом. Классификация стенозов. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Выбор метода операции 11. Прободная язва желудка и 12-перстной кишки. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Понятие о прикрытых перфорациях. Выбор метода операции. 12. Болезни оперированного желудка. Показания к операции. Виды оперативных вмешательств 13. Синдром Меллори-Вейса. Этиология. Клиника, диагностика, лечение.Виды операций. 14. Портальная гипертензия. Этиология и патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Показания к оперативному лечению. Методы хирургического лечения. 15. Рак желчного пузыря и внепеченочных желчных путей. Факторы, способствующие развитию. Клиника, диагностика, лечение. 16. Острый холецистопанкреатит. Этиология и патогенез. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Принципы консервативного и оперативного лечения Послеоперационное ведение больных

17. Механическая желтуха. Этиология и патогенез. Классификация. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Особенности предоперационной подготовки и послеоперационного ведения больных.
18. Постхолецистэктомический синдром. Этиология. Классификация. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Методы оперативного лечения.
19. Холангиты. Этиология. Классификация. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Методы оперативного лечения.
20. Хронический холецистит. Клиника, диагностика, лечение.
21. Острый панкреатит. Этиология. Классификация. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Методы оперативного лечения.
22. Панкреонекроз. Осложнения. Клиника, диагностика, лечение.
23. Хронический панкреатит. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика, лечение.
24. Грыжи пищевого отверстия диафрагмы. Клиника, диагностика, лечение
25. Грыжи белой линии живота. Клиника, диагностика, лечение
26. Паховая грыжа Клиника, диагностика, лечение
27. Бедренная грыжа. Клиника, диагностика, лечение
28. Ущемленные и невправимые грыжи. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика. Дифференциальная диагностика. . Лечение. Наиболее частые диагностические и тактические ошибки.
29. Редкие виды грыж (грыжа спигелевой линии, грыжа запирающего отверстия грыжа Трейца). Клиника, диагностика, лечение
30. Острый аппендицит. Клиника, диагностика. Дифференциальная диагностика. Хирургическая тактика. Диагностические и тактические ошибки.
31. Осложненные и атипичные формы острого аппендицита. Диагностика и лечебная тактика
32. Острый аппендицит. Особенности клинического течения в детском и пожилом возрасте, у беременных. Особенности оперативной тактики
33. Грыжи белой линии живота, виды операций. Редкие виды грыж (грыжа спигелевой линии, грыжа запирающего отверстия, грыжа Трейца). Этиопатогенез. Клиника, диагностика, лечение.
34. Грыжи пищевого отверстия диафрагмы, классификация. Скользящие и параэзофагеальные грыжи. Клиника, диагностика. Осложнения грыж. Показания к оперативному лечению. Принци-

<p>Б1.В.ОД.3.3 Б1.В.ОД.3.3.1 Колопроктология</p>	<p>пы лечения.</p> <p>35. Острая кишечная непроходимость Определение понятия. Классификация (по происхождению, патогенезу, анатомической локализации, клиническому течению). Методы исследования больных.</p> <p>36. Острая обтурационная, странгуляционная непроходимость. Клиника, диагностика, лечение. Основные принципы операции при ОКН.</p> <p>37. Острая послеоперационная кишечная непроходимость. и смешанные виды</p> <p>38. Желчно-каменная болезнь. Эпидемиология, частота. Этиология и патогенез камнеобразования. Клиника, диагностика. Дифференциальная диагностика. Консервативное лечение. Показания к операции.</p> <p>39. Осложнения желчнокаменной болезни: холедохолитиаз, рубцовый стеноз большого дуоденального сосочка. Стриктура желчных протоков.</p> <p>40. Перитонит: классификация, современные методы лечения</p> <p>41. Острый перитонит. Фазы перитонита. Особенности клинических проявлений. Диагностика, лечение. Методы дренирования брюшной полости. Роль эффективных методов лечения при перитоните.</p> <p>42. Абсцессы брюшной полости, пункционные методы лечения.</p> <p>43. Хирургический сепсис. Классификация, этиология, патогенез. Клиника, диагностика, принципы лечения.</p> <p>44. Сепсис- экстракорпоральные методы лечения.</p> <p>45. Нарушенная маточная беременность. Клиника, диагностика, принципы лечения.</p> <p>46. Острая задержка мочи. Классификация, этиология, патогенез. Клиника, диагностика, принципы лечения.</p> <p>47. Осложнения дивертикулярной болезни</p> <p>48. Кишечные кровотечения. Этиология. Диагностика. Хирургическая тактика</p> <p>49. Геморрой. Осложнения. Клиника, диагностика, Лечение</p> <p>50. Трещина заднего прохода. Этиология и патогенез. Клиника, диагностика, лечение.</p> <p>51. Рак прямой кишки. Классификация. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Принципы оперативного лечения.</p>
---	--

<p>Б1.В.ОД.3.3.4 Гнойная хирургия</p>	<p>агностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.</p> <p>69. Синдром Лериша. Этиология и патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.</p> <p>70. Облитерирующий эндартериит. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика, лечение.</p> <p>71. Облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика, лечение</p> <p>72. Ишемическая болезнь сердца. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика. Хирургическое лечение. Хронической ишемической болезни сердца.</p> <p>73. Тромбозы и эмболии мезентериальных сосудов. Современные представления о причинах и механизмах. Клиника. Диагностика.</p> <p>74. Ишемическая болезнь сердца. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика. Хирургическое лечение хронической ишемической болезни сердца.</p> <p>75. Зоб Хошимото и Риделя. Этиология и патогенез. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.</p> <p>76. Госпитальная хирургическая инфекция. Пути распространения, диагностика, лечение. Пути профилактики гнойных послеоперационных осложнений.</p> <p>77. Гангрена нижних конечностей. Классификация, дифференциальная диагностика. Принципы лечения.</p> <p>78. Синдром диабетической стопы. Классификация, дифференциальная диагностика. Принципы лечения.</p> <p>79. Хирургическая инфекция. Пути профилактики. Особенности лечения. Лечение гнилостной и анаэробной инфекции.</p> <p>80. Острый мастит. Этиология и патогенез. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, профилактика, лечение.</p> <p>81. Острый гнойный паранефрит. Этиология и патогенез. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, профилактика, лечение.</p> <p>82. Гнойно-воспалительные заболевания пальцев и кисти. Этиология и патогенез. Клиника, диагностика. Особенности разрезания и дренирования гнойных полостей.</p> <p>83. Гнойные воспалительные заболевания кожи и подкожной клетчатки: фурункул, карбункул, гидраденит, абсцессы, флегмоны).</p>
---	---

<p>Б1.В.ОД.3.4 ХИРУРГИЯ ПО- ВРЕЖДЕНИЙ Б1.В.ОД.3.4.1 Травма груди и живота</p> <p>Б1.В.ОД.3.4.2 Политравма</p>	<p>Этиология, патогенез. Клиника, диагностика, лечение.</p> <p>84. Парапроктит. Этиология, классификация, клиника, диагностика, лечение.</p> <p>85. Классификация ран, стадии течения, микробиология ран.</p> <p>86. Хирургическая инфекция. Пути профилактики. Особенности лечения. Лечение гнилостной и анаэробной инфекции.</p> <p>87. Гематогенный и травматический остеомиелит. Клиника Консервативное и оперативное лечение.</p> <p>88. Трофические язвы. Клиника, диагностика, лечение. диагностика.</p> <p>89. Проникающие (в т.ч. огнестрельные) ранения груди. Клиника, диагностика. Тактика хирурга.</p> <p>90. Ранения сердца. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Хирургическое лечение. Особенности ведения послеоперационного периода.</p> <p>91. Открытая травма живота. Диагностика и принципы лечения сочетанной и комбинированной травмы</p> <p>92. Тупая травма живота. Методы современной диагностики. Клиника. Хирургическая тактика..</p> <p>93. Торакоабдоминальные ранения. Клиника, диагностика, лечение. Особенности оперативной тактики.</p> <p>94. Травма почек. Клиника, диагностика, лечение.</p> <p>95. Вывихи плеча. Клиника, диагностика, лечение.</p> <p>96. Переломы костей таза. Внутривнутрибрюшные и внебрюшные разрывы мочевого пузыря и прямой кишки. Клиника, диагностика, лечение</p> <p>97. Синдром позиционного сдавления. Патогенез. Диагностика и дифференциальная диагностика. Основные принципы лечения.</p>
---	---

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ТРАВМАТОЛОГИЯ И ОРТОПЕДИЯ»

Перечень вопросов для устного собеседования:

<p>Б 1.Б.6.1 Раздел 1 «Общие вопросы травматологии и ортопедии»</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Организация амбулаторной специализированной помощи больным с травмами и ортопедическими заболеваниями. 2. Организация стационарной специализированной помощи больным с травмами и ортопедическими заболеваниями. 3. Организация работы травматологического кабинета в амбулаторной сети и в стационаре. 4. Организация работы травматологического отделения в стационаре. 5. Узкоспециализированные отделения, клиники ВУЗов, НИИ. 6. Механизм травмы и биомеханика переломов. Классификация. 7. Общие принципы консервативного и оперативного лечения переломов, достоинства и недостатки. 8. Особенности возникновения переломов и консолидации у детей и лиц старшего возраста.
<p>Б 1.Б.6.2 Раздел 2 «Травматология»</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Травматические вывихи. Повреждения связок и менисков коленного сустава. Диагностика и лечение. 2. Диафизарные переломы верхней конечности. Диафизарные переломы нижней конечности. Стрессовые переломы. Диагностика, лечение. 3. Переломы костей таза. 4. Переломы костей кисти и запястья. Диагностика и лечение. Повреждение сухожилий кисти и пальцев. Диагностика и лечение. Диагностика и лечение повреждений Ахиллова (пяточного) сухожилия и сухожилия двуглавой мышцы плеча. 5. Ожоги. Классификация. Диагностика и лечение. Переохлаждение и отморожения. Диагностика и лечение. 6. Травматический остеомиелит, абсцесс Броди и остеомиелит Гарре. 7. Замедленно консолидирующиеся и несросшиеся переломы, ложные суставы. Ампутации и протезирование. 8. Открытые переломы и повреждения суставов. Диагностика и лечение. 9. Остеохондроз позвоночника. Спондилёз. Диагностика, лечение. 10. Политравма. Комбинированные повреждения опорно-двигательного аппарата. 11. Повреждения мышц, магистральных сосудов и нервов. Кровотечение и кровопотеря. Переливание крови. 12. Синдром длительного сдавления. Диагностика, лечение. 13. Закрытые повреждение черепа и головного мозга. Закрытые травмы грудной клетки. Классификация. Клиника и диагностика. Открытые травмы грудной клетки. Жизнеугрожающие последствия ранений груди. Первая помощь. Квалифицированная помощь. 14. Вывихи, переломовывихи и переломы шейного отдела позвоночника. Тактика лечения. Консервативные и оперативные методы лечения. Переломы грудного отдела позвоночника. Клинико-рентгенологическая диагностика. Лечение. Переломы поясничного отдела позвоночника. Клинико-рентгенологическая диагностика. Лечение. 15. Тактика лечения не стабильных переломов костей таза. Переломы вертлужной впадины. Классификация. Консервативные методы лечения. Осложнения переломов вертлужной впадины. Лечение. 16. Инфекционные осложнения травм. Синдром системной воспалительной реакции. Артриты инфекционного происхождения. Диагностика, лечение. Анаэробная инфекция. Сроки возникновения. Клинические формы. Профилактика. Лечение. Сепсис. Диагностика и лечение. Столбняк. Диагностика, профилактика и принципы лечения. Укушенные раны. Особенности течения. Профилактика бешенства. Костно-суставной тубер-

	кулёз. Диагностика, лечение.
<p>Б 1.Б.6.3 Раздел 3 «Ортопедия»</p>	<p>17. Остеохондроз позвоночника. Спондилёз. Диагностика, лечение.</p> <p>18. Остеохондропатии. Диагностика и лечение. Пограничные с опухолями костей заболевания (фиброзная дисплазия, болезнь Педжета, эозинофильная гранулёма кости, гипертиреоидная остеодистрофия).</p> <p>19. Системные (врождённые) заболевания скелета. Врождённые деформации грудной клетки. Диагностика, лечение. Врождённые пороки развития таза. Диагностика, лечение. Врождённые пороки развития позвоночника. Диагностика, лечение. Врождённый вывих бедра. Диагностика, лечение. Врождённая косолапость. Диагностика, лечение. Кривошея. Диагностика, лечение. Врождённые пороки развития верхних и нижних конечностей. Диагностика, лечение.</p> <p>20. Доброкачественные опухоли костей. Диагностика, лечение. Гетеротопические оссификации. Злокачественные опухоли костей. Диагностика, лечение.</p> <p>21. Пороки осанки. Диагностика, лечение. Сколиоз. Сколиотическая болезнь. Диагностика, лечение. Ортопедическая профилактика полиомиелита. Ортопедическая профилактика ДЦП.</p> <p>22. Плоскостопие (продольное и поперечное). Диагностика, лечение. Hallux valgus. Молоткообразные пальцы. Диагностика, лечение. Пяточная шпора.</p> <p>23. Эндопротезирование тазобедренного сустава. Первичное эндопротезирование. Ревизионное эндопротезирование. Эндопротезирование коленного сустава. Первичное эндопротезирование. Ревизионное эндопротезирование.</p> <p>24. Реабилитация больных после травм и заболеваний опорно-двигательной системы.</p>

Перечень вопросов для письменных контрольных работ:

<p>Б 1.Б.6.1 Раздел 1 «Общие вопросы травматологии и ортопедии»</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Общие понятия об ортопедии и травматологии. Задачи этой специальности. 2. Учет, анализ, профилактика травматизма, организация ортопедо-травматологической помощи. 3. Организация травматологической помощи на промышленных предприятиях и в сельском хозяйстве. 4. Методы исследования в травматологии и ортопедии (клинические). 5. Методы исследования в травматологии и ортопедии (основы рентгенодиагностики костей и суставов). 6. Основы биомеханики опорно-двигательного аппарата в норме и при патологии. 7. Основные методы лечения в травматологии и ортопедии. 8. Особенности обследования пострадавших с политравмой. 9. Особенности диагностики повреждений в зависимости от механизма травмы. 10. Осложнения при лечении травм опорно-двигательного аппарата. 11. Обезболивание в травматологии и ортопедии.
--	---

<p>Б 1.Б.6.2 Раздел 2 «Травматология»</p>	<ol style="list-style-type: none"> 12. Переломы ключицы. Вывихи ключицы. Переломы лопатки. Повреждения плечевого сустава. Диагностика. Лечение. 13. Около - и внутрисуставные переломы проксимального отдела плечевой кости. Диафизарные переломы плечевой кости. Диагностика. Лечение. 14. Повреждения локтевого сустава. Переломы костей предплечья. Переломы и вывихи пястных костей запястья. 15. Переломы шейки бедра. Диагностика. Лечение. Диафизарные переломы бедренной кости. Переломы мыщелков бедренной кости. 16. Повреждения надколенника (вывихи, переломы). Повреждения менисков коленного сустава. Повреждения связок коленного сустава. Восстановление повреждений хряща в коленном суставе. 17. Переломы мыщелков большеберцовой кости. Диафизарные переломы костей голени. Повреждения дистального отдела большеберцовой кости. 18. Переломы лодыжек. Переломы таранной кости. Переломы пяточной кости. Переломы костей предплюсны. Переломы плюсневых костей. 19. Ранения и закрытые повреждения груди. Частота и классификация ранений и закрытых повреждений груди. Клинические проявления и диагностика различных видов повреждений и ранений. Оказание первой помощи. 20. Классификация ожогов и клиническое течение. Ожоговый шок. Периодизация ожоговой болезни. Отморожения конечностей. Этиология, патогенез. Классификация. Лечение. 21. Повреждения позвоночника и спинного мозга. Диагностика. Лечение. 22. Диагностика и лечение переломов костей таза без нарушения непрерывности тазового кольца. Диагностика и лечение переломов костей таза с нарушением непрерывности тазового кольца.
<p>Б 1.Б.6.3 Раздел 3 «Ортопедия»</p>	<ol style="list-style-type: none"> 23. Доброкачественные опухоли костной и хрящевой ткани. 24. Злокачественные опухоли костной и хрящевой ткани. 25. Дисплазии и другие пограничные заболевания. 26. Гетеротопические оссификации. Остеохондропатии. 27. Ампутации, вычленения, реампутации. Протезирование. Ортопедическая обувь. Основные вопросы определения и сохранения трудоспособности при дефектах конечностей. Вопросы восстановления трудоспособности (реабилитации) и трудоустройства больных с последствиями повреждений и заболеваний опорно-двигательного аппарата. 28. Церебральные спастические параличи и их лечение в детском возрасте. Родовой паралич верхней конечности. 29. Остеоартроз тазобедренного сустава. Остеоартроз коленного сустава. Остеоартроз суставов стоп. 30. Остеохондроз (клиническая, рентгенологическая симптоматика). Остеохондроз (лечение). Спондилоартроз и спондилез. 31. Аномалии развития позвоночника. Спондилолиз и спондилолистез Кривошея. 32. Врожденные деформации грудной клетки. Приобретенные деформации грудной клетки. 33. Пороки осанки. Диагностика. Лечение и профилактика деформаций статики. Сколиоз. 34. Врожденный вывих бедра. Патологические состояния проксимального отдела бедра (соха valga, соха vara). Аномалии развития коленного сустава. Врожденный вывих 35. Врожденная косолапость. 36. Плоскостопие. Отклонение I пальца стопы кнаружи. Полая, приведенная стопа, молоткообразные пальцы стопы. Пяточные шпоры.

Банк тестовых заданий (с ответами).

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ вопроса задания/ вариантов ответа
Ф	Код функции	Текст названия трудовой функции
В	001	Материально-техническую базу здравоохранения составляют
О	А	сеть учреждений здравоохранения, коечный фонд
О	Б	медикаменты
О	В	транспорт
О	Г	документация
Ф	002	Практическое значение демографии сводится
О	А	к планированию социально-экономического развития страны (территории)
О	Б	к планированию учреждений здравоохранения и кадров
О	В	к оценке здоровья населения
О	Г	к оценке качества медицинской помощи
Ф	003	Одно травматологическое отделение поликлиники функционирует на территории:
О	А	100 тыс. населения
О	Б	200 тыс. населения
О	В	50 тыс. населения
О	Г	300 тыс. населения
Ф	004	Круглосуточная экстренная травматологическая помощь населению организуется в больницах города с населением не менее:
О	А	100 тыс. населения
О	Б	150 тыс. населения
О	В	200 тыс. населения
О	Г	250 тыс. населения
Ф	005	Оптимальная мощность специализированного отделения стационара составляет
О	А	от 30 до 60 коек
О	Б	от 40 до 60 коек
О	В	от 50 до 70 коек
О	Г	от 40 до 80 коек
Ф	006	Заболеваемость населения определяет
О	А	совокупность вновь возникших в текущем году заболеваний
О	Б	количество посещений врача в текущем году
О	В	распространенность заболеваний в текущем году
О	Г	количество вновь возникших заболеваний
Ф	007	Экспертизу стойкой нетрудоспособности проводят
О	А	органы социального страхования
О	Б	райздравотдел
О	В	главный врач поликлиники
О	Г	главный врач стационара

Ф	008	Функциями лечащего врача в области экспертизы трудоспособности являются
О	А	установления факта временной нетрудоспособности и выдачи больничного листка на срок до 10 дней
О	Б	установления стойкой нетрудоспособности
О	В	Установление группы стойкой нетрудоспособности
О	Г	Продление срока стойкой нетрудоспособности
Ф	009	Среди неэпидемических заболеваний первое место среди причин инвалидности занимают
О	А	сердечно-сосудистые заболевания
О	Б	злокачественные новообразования
О	В	травмы и последствия травмы
О	Г	заболевания ЖКТ
Ф	010	Для расчета потребности во врачебных должностях для обслуживания населения стационарной помощью необходимы данные
О	А	потребность в больничных койках и нормы нагрузки врачебной должности в стационаре
О	Б	показатель использования коечного фонда (в %)
О	В	оборот койки
О	Г	возрастной состав населения
Ф	011	Число дней работы койки в году в среднем в городских больницах составляет
О	А	330-340 дней
О	Б	230-320 дней
О	В	320-350 дней
О	Г	350-360 дней
Ф	012	К видам медицинской учетной документации, применяемой в клинико-статистическом исследовании, относятся
О	А	история болезни, история развития ребенка
О	Б	контрольная карта диспансерного наблюдения
О	В	карта выбывшего из стационара
О	Г	карта амбулаторного больного
Ф	013	Из перечисленного ниже можно представить в абсолютных величинах
О	А	численность населения
О	Б	рождаемость
О	В	заболеваемость населения
О	Г	смертность

Ф	013	Среди всех заболеваний в Российской Федерации травма занимает
О	А	3 место
О	Б	1 место
О	В	5 место
О	Г	2 место
Ф	014	Среди всех видов травм количественно преобладают
О	А	ушибы и растяжения
О	Б	переломы и вывихи
О	В	раны и ссадины
О	Г	ожоги и отморожения
Ф	015	Один травматологический пункт в городе рассчитан
О	А	на 100-200 тыс населения
О	Б	на 50-100 тыс населения
О	В	на 200-250 тыс населения
О	Г	на 300-400 тыс населения
Ф	016	В городских или районных больницах при отсутствии специализированного ожогового отделения
О	А	в гнойном отделении
О	Б	в травматологическом отделении
О	В	в общехирургическом отделении
О	Г	в нейрохирургическом отделении
Ф	017	Ожоговую болезнь вызывает ожог, охватывающий
О	А	20% и более площади тела
О	Б	10% и более площади тела
О	В	15% и более площади тела
О	Г	5% и более площади тела
Ф	018	В среднем в течение года термическую травму получают
О	А	1 из 1000 человек
О	Б	5 из 1000 человек
О	В	10 из 1000 человек
О	Г	15 из 10000 человек
Ф	019	Наиболее частой причиной инвалидности при термических ожогах является
О	А	ожоговые рубцы, контрактуры и деформации

О	Б	трофические язвы
О	В	нарушение функции кистей рук
О	Г	ампутация конечностей
Ф	020	Потребность в ожоговых койках в крупных городах РФ составляет на 10 тыс взрослого населения
О	А	0.4-0.5 койки
О	Б	0.1 койки
О	В	0.5-0.8 койки
О	Г	0.2-0.7 койки
Ф	021	Потребность в ожоговых койках в крупных городах РФ составляет на 10 тыс детского населения
О	А	0.1-0.13 коек
О	Б	0.2-0.3 коек
О	В	0.4-0.5 коек
О	Г	0.6-0.8 коек
Ф	022	Показатель гемоглобина периферической крови в норме колеблется в пределах
О	А	120-160 г/л
О	Б	190-210 г/л
О	В	170-185 г/л
О	Г	90-100 г/л
Ф	023	Повышение концентрации мочевины в крови и моче у больных после травмы наиболее выражено на
О	А	2-е сутки
О	Б	9-е сутки
О	В	7-е сутки
О	Г	1-е сутки
Ф	024	При неосложненном клиническом течении травматической болезни концентрация мочевины в крови нормализуется на
О	А	15-е сутки
О	Б	20-е сутки
О	В	5-е сутки
О	Г	10-е сутки
Ф	025	В норме парциальное давление углекислого газа (PaCO_2) артериальной крови составляет
О	А	40 ± 5 мм рт. ст.
О	Б	20 ± 4 мм рт. ст.

О	В	30±5 мм рт. ст.
О	Г	50±2 мм рт. ст.
Ф	026	Внутрилегочное шунтирование венозной крови составляет в норме
О	А	5-7%
О	Б	9-12%
О	В	13-15%
О	Г	1-3%
Ф	027	Переливание несовместимой крови вызывает
О	А	поражение почечных канальцев
О	Б	тромбоз клубочков почек
О	В	отек легких
О	Г	диссеминированное внутрисосудистое свертывание
Ф	028	Сывороточная гомологическая желтуха наблюдается наиболее часто при внутривенном переливании
О	А	крови или плазмы от многих доноров
О	Б	крови и плазмы от одного донора
О	В	цельной крови от одного донора
О	Г	эритроциты от одного донора
Ф	029	Ранним признаком острого тромбоза артерий является
О	А	боль
О	Б	отек
О	В	похолодание конечности
О	Г	мраморность кожных покровов
Ф	030	На каждые 500 мл крови с целью "защиты от цитрата" необходимо ввести
О	А	1 г кальция
О	Б	2 г кальция
О	В	3 г кальция
О	Г	4 г кальция
Ф	031	В ранней фазе воспаления раневого процесса ведущую роль играют
О	А	тромбоциты и тучные клетки
О	Б	нейтрофилы
О	В	фибробласты
О	Г	макрофаги

Ф	032	Основными клетками, принимающими участие в очищении ран от тканевого детрита в фазу воспаления, являются
О	А	макрофаги
О	Б	нейтрофилы
О	В	фибробласты
О	Г	тромбоциты и тучные клетки
Ф	033	Критический уровень содержания микробных тел на 1 г ткани раны при генерализованной инфекции составляет
О	А	10^5
О	Б	10^2
О	В	10^3
О	Г	10^6
Ф	034	Тромбоэмболия легочной артерии после травмы обычно возникает через
О	А	13-21 дней
О	Б	22-28 дней
О	В	3-7 дней
О	Г	8-12 дней
Ф	035	Правильное наложение кровоостанавливающего жгута характеризуется следующим условием
О	А	жгут наложен так туго, как только остановится кровотечение
О	Б	жгут наложен с силой, вызывающей онемение в дистальном отделе конечности
О	В	жгут наложен как можно туже на конечности
О	Г	жгут наложен так, что из раны слегка сочится кровь
Ф	036	К отсроченной хирургической обработке относится обработка, произведенная после травмы через
О	А	24-48 ч
О	Б	12-18 ч
О	В	49-72 ч
О	Г	97-120 ч
Ф	037	Инкубационный период при столбняке обычно равен
О	А	7-14 дней
О	Б	3-5 дней
О	В	24-30 дней
О	Г	10-21 день

Ф	038	Лечебной дозой антиангренотной сыворотки является
О	А	по 100 000 МЕ против каждого из возбудителей
О	Б	по 60 000 МЕ против каждого из возбудителей
О	В	по 20 000 МЕ против каждого из возбудителей
О	Г	по 10 000 МЕ против каждого из возбудителей
Ф	039	Бешенство характеризуется развитием патологических изменений головного мозга в виде
О	А	энцефалита
О	Б	базального арахноидита лобных долей
О	В	менингита
О	Г	отека мета- и гипоталамуса
Ф	040	Общая длительность заболевания бешенством составляет
О	А	3-7 дней
О	Б	8-10 дней
О	В	12-14 дней
О	Г	21-28 дней
Ф	041	Наиболее часто сдавление мягких тканей наблюдается при
О	А	землетрясении
О	Б	падении с высоты
О	В	автомобильных авариях
О	Г	пожарах
Ф	042	Первопричиной патологических изменений в организме при сдавлении мягких тканей является
О	А	гиперкалиемия
О	Б	выброс в кровяное русло катехоламинов
О	В	закупорка почечных петель миоглобином
О	Г	плазмопотеря
Ф	043	У молодого, ранее здорового человека, находящегося в состоянии травматического шока I степени, артериальное давление будет
О	А	100/60 мм рт. ст.
О	Б	70/60 мм рт. ст.
О	В	90/60 мм рт. ст.
О	Г	110/70 мм рт. ст.

Ф	044	Операцию остеосинтеза закрытого перелома диафиза бедренной кости после выведения больного из состояния травматического шока рекомендуется производить
О	А	через несколько суток
О	Б	через 12 ч стабилизации гемодинамики
О	В	после нормализации диуреза
О	Г	сразу же после нормализации артериального давления и пульса
Ф	045	С целью коррективы кислотно-щелочного состояния следует переливать 4% раствор бикарбоната натрия на каждые 500 мл крови в количестве
О	А	50 мл
О	Б	100 мл
О	В	150 мл
О	Г	200 мл
Ф	046	Потеря жизнеспособности конечности при повреждении магистрального сосуда без оказания квалифицированной помощи возникает в срок
О	А	1-3 ч
О	Б	4-5 ч
О	В	6-7 ч
О	Г	6-8 ч
Ф	047	При нагноительных процессах в костях, тканях или в суставах с начинающимся истощением показана
О	А	частичная некрэктомия
О	Б	быстрая ампутация круговым способом, без стягивающих и направляющих швов
О	В	быстрая ампутация конечности с наложением глухого шва
О	Г	артротомия, резекция пораженных костей, костно-пластическая операция, постоянное длительное орошение и дренирование
Ф	048	Из перечисленных заболеваний следствием незрелости органов и тканей растущего организма является
О	А	дисплазия бедренного сустава
О	Б	болезнь Клиппеля - Фейля
О	В	врожденная косорокость
О	Г	патологический вывих бедра
Ф	049	В основе остеохондропатии лежит
О	А	дисфункция роста
О	Б	дисфункция созревания
О	В	неправильное внутриутробное развитие
О	Г	тератогенное воздействие
Ф	050	В основе патогенеза врожденного вывиха бедра у детей лежит

О	А	дисфункция созревания
О	Б	родовая травма
О	В	внутриутробная инфекция
О	Г	дисфункция роста
Ф	051	Наиболее частой локализацией родового эпифизеолиза является
О	А	дистальный эпифиз плечевой кости
О	Б	проксимальный эпифиз бедренной кости
О	В	дистальный эпифиз бедренной кости
О	Г	проксимальный эпифиз плечевой кости
Ф	052	Оптимальный вариант лечения при родовом переломе бедренной кости со смещением отломков включает
О	А	вытяжение по Блаунту
О	Б	вытяжение по Шеде
О	В	одномоментную закрытую репозицию с последующей гипсовой иммобилизацией
О	Г	открытую репозицию с последующей гипсовой иммобилизацией
Ф	053	Достоверным признаком перелома основания черепа у детей является
О	А	ото-рино-ликворея
О	Б	кровотечение из носа и уха
О	В	многократная рвота
О	Г	очаговая неврологическая симптоматика
Ф	054	Типичный механизм возникновения перелома лопатки у детей
О	А	прямой удар в области спины
О	Б	падение на отведенную руку
О	В	падение на приведенную руку
О	Г	падение на спину при максимальном сгибании позвоночника
Ф	055	Оптимальной фиксирующей повязкой при переломе ключицы у ребенка до 1 года в средней трети является
О	А	повязка Дезо
О	Б	торакобрахиальная повязка
О	В	гипсовая 8-образная повязка
О	Г	костыльно-гипсовая повязка по Кузьминскому - Карпенко
Ф	056	Закрытую репозицию надмыщелкового перелома плечевой кости у детей начинают с устранения смещения
О	А	ротационного

О	Б	по ширине
О	В	по длине
О	Г	углового
Ф	057	При ранении основной фаланги пальца с повреждением обоих сухожилий сгибателей и пальцевого нерва лечебная тактика включает
О	А	первичный шов сухожилия глубокого сгибателя и нерва, поверхностное сухожилие иссечь
О	Б	первичный шов поверхностного сгибателя и нерва, концы глубокого сгибателя иссечь
О	В	первичный шов обоих сухожилий, шов нерва отложить
О	Г	первичный шов обоих сухожилий и нерва
Ф	058	При разрыве передней крестообразной связки коленного сустава определяется
О	А	симптом "выдвижного ящика"
О	Б	сгибательная контрактура в коленном суставе
О	В	симптом "прилипшей пятки"
О	Г	блокада коленного сустава
Ф	059	Оптимальным методом фиксации при закрытом поперечном переломе 2 костей голени в средней трети является
О	А	гипсовая лонгета
О	Б	аппарат Илизарова
О	В	стержневой аппарат
О	Г	аппарат Волкова - Оганесяна
Ф	060	Для ротационного подвывиха I шейного позвонка (атланта) у детей характерен
О	А	наклон головы и поворот ее в "здоровую" сторону
О	Б	ограничение движений с поворотом и наклоном головы кпереди
О	В	поворот головы в сторону "подвывиха"
О	Г	наклон головы и поворот ее в "больную" сторону
Ф	061	Наиболее часто компрессионный перелом позвонков у детей встречается в
О	А	средне-грудном отделе
О	Б	поясничном отделе
О	В	шейном отделе
О	Г	нижне-грудном отделе
Ф	062	Симптом "заднего шага" характерен для
О	А	отрыва передней верхней ости
О	Б	перелома горизонтальной ветви лонной кости

О	В	разрыва крестцово-подвздошного сочленения
О	Г	разрыва симфиза
Ф	063	Оптимальный метод лечения перелома бедренной кости при ведущем повреждении грудь - живот предусматривает применение
О	А	аппарата Волкова - Оганесяна
О	Б	аппарата Илизарова
О	В	скелетного вытяжения
О	Г	интрамедуллярного остеосинтеза
Ф	064	Врожденную кривошею следует отнести к
О	А	миогенной деформации
О	Б	десмогенной деформации
О	В	неврогенной деформации
О	Г	дермо-десмогенной деформации
Ф	065	Признаки врожденной мышечной кривошеи выявляются
О	А	на 10-14 день после родов
О	Б	в первые 3-5 дней после рождения
О	В	в 3-месячном возрасте
О	Г	в месячном возрасте
Ф	066	Абсолютным показанием к оперативному лечению кривошеи является
О	А	нарастающая асимметрия лица и шеи
О	Б	нарушение осанки
О	В	нарушение остроты зрения
О	Г	страбизм сходящийся и расходящийся
Ф	067	Отсутствие ключицы или двух ключиц носит название
О	А	черепно-ключичного дизостоза
О	Б	синдрома Шеревского - Турнера
О	В	болезни Клиппель - Фейля
О	Г	болезни Гризеля
Ф	068	Патологическая установка стопы при врожденной косолапости складывается из
О	А	приведения, супинации и подошвенного сгибания
О	Б	отведения, супинации и подошвенного сгибания
О	В	приведения, пронации и тыльного сгибания

О	Г	отведения, пронации и фиксации стопы в среднем положении
Ф	069	Наиболее достоверным признаком врожденного вывиха бедра у новорожденного является
О	А	ограничение отведения бедер
О	Б	симптом Маркса - Ортолани (соскальзывание)
О	В	асимметрия ножных складок
О	Г	укорочение ножки
Ф	070	При патологическом вывихе бедра в случае сохранения большого вертела наилучшие результаты дает операция по
О	А	Коллона
О	Б	Улицкому
О	В	Садофьеву
О	Г	Новаченко
Ф	071	Причиной возникновения болезни Маделунга является
О	А	дисплазия дистальной ростковой зоны лучевой кости
О	Б	остеомиелит лучевой кости
О	В	дисплазия росткового хряща локтевой кости
О	Г	опухоль
Ф	072	Этиология множественной эпифизарной хондроплазии (болезни Фейрбанка)
О	А	дефект центра оссификации эпифиза (врожденного генеза)
О	Б	порок развития зоны эпифиза
О	В	нейроэндокринная патология, дефицит гормона роста
О	Г	нарушение питания эпифиза
Ф	073	Лечение эозинофильной гранулемы
О	А	только оперативное
О	Б	химиотерапия и оперативное лечение
О	В	химиотерапия
О	Г	лучевая терапия
Ф	074	Типичная локализация остеогенной саркомы
О	А	нижняя треть бедра, верхняя треть голени
О	Б	верхняя треть бедра, нижняя треть голени
О	В	кости стопы, кости черепа
О	Г	кости таза

Ф	075	Клиническая картина при остеогенной саркоме в начале заболевания выражается следующими признаками
О	А	боли в покое, припухлость, болевая контрактура
О	Б	боли нет, припухлость, гиперемия
О	В	повышение температуры тела, увеличение региональных лимфоузлов
О	Г	боль при движениях, хромота
Ф	076	Сухожильный шлем состоит
О	А	из пяти мышечных брюшек
О	Б	из четырех мышечных брюшек
О	В	из шести мышечных брюшек
О	Г	из двух мышечных брюшек
Ф	077	Основная артерия, снабжающая твердую мозговую оболочку
О	А	средняя оболочечная
О	Б	передняя оболочечная
О	В	задняя оболочечная
О	Г	передняя мозговая
Ф	078	Возникновение симптома "очков" при переломе основания черепа объясняется
О	А	повреждением задней решетчатой вены
О	Б	повреждением задней решетчатой вены
О	В	разрывом позвоночной артерии
О	Г	повреждением продырявленной пластинки в передней черепной ямке
Ф	079	Мимические мышцы лица иннервирует
О	А	лицевой нерв
О	Б	добавочный нерв
О	В	тройничный нерв
О	Г	блуждающий нерв
Ф	080	Шейное нервное сплетение формируется чаще всего из
О	А	С1-С4
О	Б	С2-С3
О	В	С3-С4
О	Г	С4-С5
Ф	081	Блокада шейного нервного сплетения осуществляется доступом
О	А	по середине грудино-ключично-сосцевидной мышцы, по заднему ее краю
О	Б	по середине грудино-ключично-сосцевидной мышцы, по переднему ее краю
О	В	на уровне второго шейного позвонка
О	Г	на уровне подъязычной кости
Ф	082	При тяжелой травме лицевого отдела черепа остановка кровотечения осуществляется перевязкой
О	А	наружной сонной артерии

О	Б	внутренней сонной артерии
О	В	плече-головного отдела
О	Г	общей сонной артерии
Ф	083	Блокаду плечевого сплетения производят
О	А	по середине ключицы на 4 см выше ее
О	Б	по середине ключицы на 4 см ниже ее
О	В	на границе медиальной и средней трети ключицы на 4 см выше ее
О	Г	на границе средней и наружной трети ключицы на 4 см выше ее
Ф	084	Капсулу плечевого сустава укрепляет
О	А	плечевая мышца
О	Б	надостная мышца
О	В	подлопаточная мышца
О	Г	дельтовидная мышца
Ф	085	Двуглавую мышцу плеча иннервирует
О	А	кожно-мышечный нерв
О	Б	подмышечный нерв
О	В	срединный нерв
О	Г	локтевой нерв
Ф	086	Трехглавая мышца плеча иннервируется
О	А	лучевым нервом
О	Б	локтевым нервом
О	В	срединным нервом
О	Г	подмышечный нерв
Ф	087	Локтевой сустав имеет
О	А	три сочленения
О	Б	четыре сочленения
О	В	два сочленения
О	Г	два сочленения
Ф	088	В нижней трети предплечья срединный нерв лежит между
О	А	глубоким и поверхностным сгибателями пальцев
О	Б	лучевым сгибателем кисти и ладонной длинной мышцей
О	В	глубоким сгибателем пальцев и сгибателем большого пальца

О	Г	локтевым сгибателем кисти и поверхностным сгибателем пальцев
Ф	089	На ладонной стороне предплечья находится
О	А	четыре сосудисто-нервных пучка
О	Б	три сосудисто-нервных пучка
О	В	один сосудисто-нервный пучок
О	Г	два сосудисто-нервных пучка
Ф	090	На ладонной стороне кисти имеются три фасциальных ложа
О	А	срединное, внутреннее и наружное
О	Б	срединное, переднее и заднее
О	В	срединное, поверхностное и глубокое
О	Г	наружное, срединное и глубокое
Ф	091	При повреждении лучевого нерва отмечается
О	А	свисающая кисть
О	Б	когтистая лапа
О	В	обезьянья лапа
О	Г	сгибательная контрактура I, II и III пальцев и разгибательная контрактура IV и V пальцев
Ф	092	В грудной клетке полных межреберных промежутков
О	А	шесть
О	Б	четыре
О	В	семь
О	Г	пять
Ф	093	Спинальный мозг заканчивается на уровне
О	А	2 поясничного позвонка
О	Б	1 поясничного позвонка
О	В	3 поясничного позвонка
О	Г	4 поясничного позвонка
Ф	094	Позвонки соединены наиболее подвижно
О	А	в шейном отделе
О	Б	в грудном отделе
О	В	на границе шейного и грудного отделов
О	Г	на границе грудного и поясничного отделов

Ф	095	По выходу из межпозвоночного отверстия ствол спинно-мозгового нерва делится
О	А	на 4 ветви
О	Б	на 3 ветви
О	В	на 2 ветви
О	Г	на 5 ветвей
Ф	096	Распространение гноя из-под большой ягодичной мышцы в полость малого таза возможно через
О	А	над- и подгрушевидное отверстия
О	Б	по ходу седалищного нерва
О	В	малое седалищное отверстие
О	Г	щель под проксимальной частью сухожилия большой ягодичной мышцы
Ф	097	Верхняя ягодичная артерия отходит от
О	А	внутренней подвздошной
О	Б	общей подвздошной
О	В	запирательной
О	Г	наружной подвздошной
Ф	098	Через большое седалищное отверстие проходит, осуществляя вращение бедра кнаружи
О	А	грушевидная мышца
О	Б	подвздошно-поясничная мышца
О	В	большая ягодичная мышца
О	Г	малая поясничная мышца
Ф	099	В ягодичной области имеется
О	А	3 слоя мышц
О	Б	4 слоя мышц
О	В	5 слоев мышц
О	Г	2 слоя мышц
Ф	100	При плече-лопаточном периартрите и травмах плечевого сустава болевой синдром можно снять блокадой
О	А	надлопаточного нерва со стороны надостной ямки
О	Б	лучевого нерва на плече
О	В	надлопаточного нерва со стороны подостной ямки
О	Г	мышечно-кожного нерва
Ф	101	Капсулу тазобедренного сустава укрепляют

О	А	3 связки
О	Б	2 связки
О	В	4 связки
О	Г	5 связок
Ф	102	При лечении переломов может не учитываться принцип
О	А	сохранения микроподвижности для усиления катаболической фазы регенерации костной ткани в зоне перелома
О	Б	полного сопоставления отломков
О	В	высокой прочности фиксации
О	Г	сохранения кровоснабжения кости
Ф	103	Хорошо переносятся тканями, инертны в организме, механически прочные и дешевые сплавы
О	А	нержавеющая сталь, содержащая молибден
О	Б	виталлиум - сплав кобальта, хрома, молибдена
О	В	тантал
О	Г	титан
Ф	104	Непригодным для остеосинтеза диафизарных переломов являются
О	А	фиксаторы типа шелк, проволока, лента, спицы, винты, шурупы
О	Б	чрескостный остеосинтез аппаратами и устройствами
О	В	экстремедулярный плотный остеосинтез
О	Г	внутрикостный плотный остеосинтез
Ф	105	Основную механическую нагрузку на костный фиксатор несет
О	А	над областью перелома
О	Б	на 2 см в сторону от линии перелома
О	В	на концах пластины
О	Г	на дистальном конце пластины
Ф	106	При остеосинтезе металлическими конструкциями возникают рычаги I и II рода, вызывающие разрушающее действие, для его снижения следует
О	А	использовать крепежи, имеющие большую поверхность контакта с костью
О	Б	применять углеродистые фиксаторы
О	В	использовать крепежи с небольшой поверхностью контакта с костью
О	Г	использовать дополнительную гипсовую повязку
Ф	107	Оптимальные размеры пластин при переломе голени должны быть
О	А	16 см на 10 винтах, независимо от уровня перелома

О	Б	14 см на 8 винтах, независимо от уровня перелома
О	В	при переломе нижней трети - от 6 до 8 см $1/6$ длины голени
О	Г	при переломе верхней трети - от 10 до 16 см $1/4$ длины голени
Ф	108	Основными силами, смещающими положение отломков, являются: масса конечности дистальнее места перелома и мышечные усилия, поэтому для прочной фиксации перелома бедра следует использовать пластину
О	А	$1/2$ длины сегмента конечности на 10 винтах
О	Б	$1/3$ длины сегмента конечности на 8 винтах
О	В	$1/5$ длины сегмента конечности на 4 винтах
О	Г	$1/4$ длины сегмента конечности на 6 винтах
Ф	109	При переломе вертлужной впадины оперативный остеосинтез необходимо проводить в случаях
О	А	нерепонируемого перелома
О	Б	сложных многооскольчатых переломах вертлужной впадины
О	В	краевого перелома впадины на уровне лимбуса с вывихом головки бедренной кости
О	Г	перелома края вертлужной впадины
Ф	110	Лучшим способом оперативного восстановления перелома надколенника является
О	А	скрепление отломков спицами Киршнера с 8-образным стягивающим двойным проволочным швом
О	Б	компрессионный остеосинтез аппаратами различных конструкций
О	В	чрезкостный двухэтажный двойной лавсановый шов
О	Г	перипателлярный кисетный или полукисетный шов лавсаном
Ф	111	По конструктивным особенностям лучшей фиксацией обладают аппараты
О	А	состоящие из кольцевых опор, стержневые аппараты
О	Б	стержни, вгипсованные в циркулярные гипсовые повязки
О	В	состоящие из 2-3-4 дуг
О	Г	резьбовые муфты, пластины, винты, устанавливаемые на стержнях с наружной стороны сегмента конечности
Ф	112	Шарнирно-дистракционные аппараты используются для
О	А	устранения устойчивых контрактур суставов
О	Б	исправления оси конечности
О	В	сращения переломов
О	Г	формирования регенератора
Ф	113	Гипсовая иммобилизация после операции при врожденной косолапости продолжается
О	А	6 месяцев
О	Б	3 месяца

О	В	до 1 года
О	Г	2 месяца
Ф	114	Наиболее эффективно оперативное лечение при врожденной косолапости на
О	А	костях стопы и голени
О	Б	суставах
О	В	сухожилиях
О	Г	сухожильно-связочном аппарате
Ф	115	Дозированная компрессия при стандартном компрессионно-дистракционном остеосинтезе не должна превышать в сутки
О	А	0.3 см
О	Б	0.5 см
О	В	0.8 см
О	Г	1.0 см
Ф	116	Оперативное лечение при врожденной косолапости начинают с
О	А	9-летнего возраста
О	Б	5-летнего возраста
О	В	10-летнего возраста
О	Г	6-месячного возраста
Ф	117	Консервативное лечение косолапости продолжается до
О	А	1 года
О	Б	2.5-3 лет
О	В	5-летнего возраста
О	Г	исправления элементов косолапости
Ф	118	Больной с косолапостью при ходьбе
О	А	наступает на наружный край стопы
О	Б	наступает на внутренний край стопы
О	В	не хромает
О	Г	хромает
Ф	119	Закрытую репозицию отломков аппаратом внешней фиксации целесообразно осуществлять со скоростью
О	А	1 мм в сутки
О	Б	2 мм в сутки
О	В	2.5 мм в сутки

О	Г	3 мм в сутки
Ф	120	Этиологическим фактором для врожденной кривошеи является
О	А	дисплазия
О	Б	порок первичной закладки
О	В	неправильное родовспоможение
О	Г	родовая травма
Ф	121	Наиболее часто встречающейся формой кривошеи является
О	А	мышечная
О	Б	рефлекторная
О	В	воспалительная
О	Г	костная
Ф	122	Оптимальный возраст для хирургического лечения врожденной мышечной кривошеи
О	А	2 года
О	Б	1 год
О	В	3 года
О	Г	5 лет
Ф	123	Наиболее точно дисплазию тазобедренного сустава выявляет рентгенологическая схема, разработанная
О	А	Хильгенрейнером
О	Б	Радулеску
О	В	С.А.Рейнбергом
О	Г	Омбреданом
Ф	124	Лечение дисплазии тазобедренного сустава начинается
О	А	с рождения
О	Б	в возрасте 1 месяца
О	В	в возрасте 1-2 месяцев
О	Г	в возрасте 3 месяцев и старше
Ф	125	Наиболее целесообразным методом лечения дисплазии тазобедренного сустава в раннем периоде является
О	А	консервативный
О	Б	гипсовые повязки
О	В	функциональные шины
О	Г	оперативный

Ф	126	Из методов лечебного воздействия при консервативном лечении врожденного вывиха бедра применяется
О	А	лечебная гимнастика
О	Б	массаж
О	В	водные процедуры
О	Г	курортное лечение
Ф	127	Из рентгенологических симптомов наиболее характерен для первичной ретикулоклеточной саркомы
О	А	мелкоочаговый характер деструкции
О	Б	пластинчатая деструкция
О	В	игольчатый периостит
О	Г	крупноочаговая деструкция
Ф	128	Чаще встречаются следующие виды смещения надколенника
О	А	латеральные
О	Б	медиальные
О	В	горизонтальные
О	Г	ротационные
Ф	129	При врожденном вывихе надколенника встречаются следующие сопутствующие пороки развития
О	А	незаращение дужек позвонков
О	Б	гипертрихоз
О	В	вальгусная деформация шейки бедра
О	Г	плоско-вальгусные стопы
Ф	130	Гемангиомой кости чаще всего поражается
О	А	позвоночник, кости черепа
О	Б	бедренная кость
О	В	большеберцовая кость
О	Г	лопатка
Ф	131	Количество местного анестетика (новокаина), используемого для блокады переломов костей на фоне шока, по сравнению с обычной дозировкой должно быть
О	А	уменьшено
О	Б	увеличено
О	В	существенно не меняется
О	Г	новокаин при шоке как местный анестетик желателно не использовать
Ф	132	Внутрикостная анестезия нашла практическое применение при операции остеосинтеза
О	А	костей голени

<input type="radio"/>	Б	попе бедренной кости
<input type="radio"/>	В	плечевой кости
<input type="radio"/>	Г	ключицы
Ф	133	Для пролонгированной внутрикостной блокады используется
<input type="radio"/>	А	5% р-р новокаина
<input type="radio"/>	Б	2% р-р новокаина
<input type="radio"/>	В	1% р-р новокаина
<input type="radio"/>	Г	0.5% р-р новокаина
Ф	134	Наиболее целесообразным видом обезболивания у больных с тяжелой черепно-мозговой травмой, находящимся в состоянии травматического шока, является
<input type="radio"/>	А	эндотрахеальный наркоз
<input type="radio"/>	Б	масочный и ингаляционный наркоз фторотаном
<input type="radio"/>	В	внутривенный наркоз
<input type="radio"/>	Г	местная анестезия
Ф	135	Анестетиком выбора у больных с невосполненной кровопотерей и сохраняющейся гипотензией можно считать
<input type="radio"/>	А	калипсол
<input type="radio"/>	Б	барбитураты
<input type="radio"/>	В	фторотан
<input type="radio"/>	Г	эфир
Ф	136	При ожогах ног и нижней половины туловища для обезболивания и улучшения трофики применяется новокаиновая блокада
<input type="radio"/>	А	околопочечная
<input type="radio"/>	Б	вагосимпатическая
<input type="radio"/>	В	поясничного сплетения
<input type="radio"/>	Г	внутрикостная регионарная
Ф	137	Достоинством новокаиновой блокады при тяжелых травмах является то, что она
<input type="radio"/>	А	ликвидирует боль, не смазывая клиническую картину
<input type="radio"/>	Б	снижает температуру тела
<input type="radio"/>	В	повышает центральное венозное давление
<input type="radio"/>	Г	дает длительное обезболивание
Ф	138	Гипотензивный эффект ганглиотиков у пожилых пациентов
<input type="radio"/>	А	более выражен
<input type="radio"/>	Б	менее выражен
<input type="radio"/>	В	отсутствует
<input type="radio"/>	Г	закономерности не выявляется
Ф	139	Быстрое выключение спонтанного дыхания при вспомогательной вентиляции легких у пожилых больных происходит
<input type="radio"/>	А	из-за повышения порога чувствительности дыхательного центра к углекислоте
<input type="radio"/>	Б	из-за наличия эмфиземы легких
<input type="radio"/>	В	из-за понижения ригидности грудной клетки
<input type="radio"/>	Г	из-за повышения ригидности грудной клетки

Ф	140	При лечении ожогового шока приблизительное соотношение коллоидов и кристаллоидов должно составлять
О	А	2:1
О	Б	1:2
О	В	1:3
О	Г	3:1
Ф	141	Внутрикостный методы обезболивания разработал и внедрил
О	А	Школьников Л.Г
О	Б	Фрайман С.Б
О	В	Крупк И.Л.
О	Г	Дитерихс М.И.
Ф	142	При продолжительной оксигенотерапии вдыхаемая газовая смесь должна содержать кислород в объеме
О	А	50-60%
О	Б	30-40%
О	В	до 10%
О	Г	100%
Ф	143	Фиброма кости относится к
О	А	доброкачественной опухоли остеогенного происхождения
О	Б	хондродисплазии
О	В	остеодисплазии
О	Г	к доброкачественной опухоли неостеогенного происхождения
Ф	144	Во время проведения спинно-мозговой анестезии и после нее возможно следующие осложнение
О	А	снижение артериального давления на 30-50 мм и коллапс
О	Б	повышение кровоточивости
О	В	мозговая гипертензия
О	Г	тошнота
Ф	145	Клиническая картина при опухоли Юинга проявляется тем ,что
О	А	боли непостоянного характера, гиперемия в области припухлости
О	Б	отмечаются резкие постоянные боли в покое
О	В	происходит саблевидная деформация голени
О	Г	опухоль растет медленно, болей нет
Ф	146	Перидуральную анестезию применить у больного страдающей этой патологией нельзя

<input type="radio"/>	А	выраженная гипертония
<input type="radio"/>	Б	цирроз печени
<input type="radio"/>	В	туберкулез легких
<input type="radio"/>	Г	ларингит
Ф	147	Какой стерильный раствор нельзя применять для борьбы с остановкой сердца
<input type="radio"/>	А	25% раствор сернокислой магнезии
<input type="radio"/>	Б	10% раствор новокаина
<input type="radio"/>	В	40% раствор глюкозы и инсулин
<input type="radio"/>	Г	10% раствор хлористого кальция
Ф	148	Гематогенный остеомиелит чаще встречается
<input type="radio"/>	А	у детей
<input type="radio"/>	Б	у подростков
<input type="radio"/>	В	у взрослых
<input type="radio"/>	Г	одинаково часто во всех возрастных группах
Ф	149	Кортикальный абсцесс характеризуется наличием
<input type="radio"/>	А	коркового секвестра
<input type="radio"/>	Б	центрального секвестра
<input type="radio"/>	В	проникающего секвестра
<input type="radio"/>	Г	трубчатого секвестра
Ф	150	Псевдоартрозу предшествует
<input type="radio"/>	А	несросшийся перелом
<input type="radio"/>	Б	замедленное костеобразование
<input type="radio"/>	В	свежий перелом
<input type="radio"/>	Г	чрезмерное костеобразование
Ф	151	Для лечения ложных суставов костей применяется
<input type="radio"/>	А	компрессионно-дистрационный остеосинтез
<input type="radio"/>	Б	внутрикостный остеосинтез
<input type="radio"/>	В	бальнеотерапия
<input type="radio"/>	Г	костная пластика
Ф	152	При оперативном лечении патологического вывиха бедра применяется следующий вид вмешательства
<input type="radio"/>	А	артродезирование сустава
<input type="radio"/>	Б	резекция сустава

О	В	остеосинтез
О	Г	эндопротезирование
Ф	153	При приобретенном "коксы вары" применяется
О	А	вальгизирующая остеотомия бедра
О	Б	консервативное лечение
О	В	артродез и артропластика тазобедренного сустава
О	Г	ношение ортопедической обуви и разгрузка сустава
Ф	154	При приобретенном "коксы вальга" применяется
О	А	варизирующая остеотомия
О	Б	артродез тазобедренного сустава
О	В	ношение ортопедической обуви
О	Г	консервативное лечение и разгрузка сустава
Ф	155	Диагноз щелкающего тазобедренного сустава ставится на основании наличия
О	А	щелкающего бедра при активном сгибании с внутренней ротацией
О	Б	уплотнения широкой фасции бедра
О	В	шума в области бедра при ходьбе
О	Г	двусторонности поражения
Ф	156	При лечении кисты мениска используется
О	А	менискоэктомия
О	Б	пункция мениска
О	В	иммобилизация сустава
О	Г	физиотерапия
Ф	157	Основным ранним клиническим симптомом деформирующего артроза тазобедренного сустава является
О	А	боль в области тазобедренного сустава
О	Б	боль в нижней трети бедра и в области коленного сустава
О	В	приводящая сгибательная контрактура
О	Г	укорочение конечности
Ф	158	Дифференцировать коксартроз следует
О	А	с остеохондрозом с корешковым синдромом
О	Б	с сакроилиитом
О	В	с болезнью Бехтерева
О	Г	с туберкулезным процессом

Ф	159	При радионуклидном исследовании в области сустава во II и III степени артроза отмечается
О	А	снижение накопления радиофармпрепарата
О	Б	не отличается по концентрации от здорового сустава, а также от соседнего участка кости
О	В	закономерности не выявляется
О	Г	увеличение накопления пирофосфата технеция
Ф	160	Основная задача консервативного лечения коксартроза состоит в
О	А	снятии болевого синдрома
О	Б	компенсации укорочения конечности
О	В	увеличении объема движений
О	Г	устранении контрактуры сустава
Ф	161	Ранняя операция в I и II стадии показана при
О	А	диспластическом коксартрозе
О	Б	посттравматическом коксартрозе
О	В	последствиях асептического некроза головки бедра
О	Г	идиопатическом коксартрозе
Ф	162	Операцией выбора при идиопатическом коксартрозе II степени является
О	А	операция Мак-Маррея
О	Б	операция эндопротезирования
О	В	артропластическая операция
О	Г	операция Фосса
Ф	163	У больных с коксартрозом III стадии в сочетании с остеохондрозом поясничного отдела позвоночника показана
О	А	операция эндопротезирование сустава
О	Б	остеотомия по Мак-Маррею
О	В	деторсионно-варизирующая остеотомия бедра
О	Г	операция Фосса
Ф	164	У молодых женщин 18-25 лет с диспластическим коксартрозом II стадии показана
О	А	операция на тазобедренном суставе по Мак-Маррею
О	Б	деторсионно-варизирующая остеотомия бедра
О	В	остеотомия по Хиари
О	Г	эндопротезирование сустава

Ф	165	Наиболее часто встречающаяся причина деформирующего артроза коленного сустава
О	А	травмы коленного сустава: внутрисуставные переломы, неправильно сросшиеся переломы голени бедра, последствия повреждения менисков и связок коленного сустава, вывихи голени
О	Б	врожденный вывих надколенника
О	В	болезнь Кенига
О	Г	воспалительные процессы
Ф	166	Патогенез деформирующего артроза коленного сустава
О	А	теория макро-микротравматизации суставного хряща
О	Б	нейротрофическая теория
О	В	васкулярная теория
О	Г	механо-функциональная теория
Ф	167	Показаниями к применению консервативной терапии при деформирующем артрозе коленного сустава является
О	А	поражение I стадии
О	Б	поражение II стадии
О	В	поражение III стадии
О	Г	поражение IV стадии
Ф	168	Операцией выбора при пателло-фemorальном артрозе II-III стадии является
О	А	операция Банди
О	Б	артродез коленного сустава
О	В	эндопротезирование коленного сустава
О	Г	удаление надколенника
Ф	169	При деформирующем артрозе коленного сустава II-III стадии наиболее приемлемой операцией является
О	А	высокая корригирующая остеотомия большеберцовой кости
О	Б	вычerpывающая внутрикостная остеотомия проксимального конца большеберцовой кости
О	В	эндопротезирование коленного сустава
О	Г	артродез коленного сустава
Ф	170	У молодых лиц 24-40 лет с деформирующим артрозом коленного сустава I-II стадии и нестабильностью сустава показана операция
О	А	стабилизирующая операция на коленном суставе с восстановлением связочного аппарата
О	Б	высокой корригирующей остеотомии большеберцовой кости
О	В	артродеза коленного сустава
О	Г	эндопротезирования коленного сустава
Ф	171	Для пациента аутотрансплантацией тканей является

О	А	пересадка собственных тканей
О	Б	пересадка от брата, сестры (близнецов)
О	В	пересадка тканей от другого человека, имеющего ту же группу крови и резус-принадлежность
О	Г	пересадка тканей от ближайших родственников (отца, матери)
Ф	172	Для пациента изотрансплантацией является пересадка
О	А	от брата, сестры (близнецов)
О	Б	от ближайших родственников
О	В	собственных тканей
О	Г	искусственно полученных тканей
Ф	173	Для пациента аллотрансплантацией является пересадка
О	А	трупных тканей, подвергшихся глубокому замораживанию и лиофилизации
О	Б	от ближайших родственников, ткани которых подвергнуты действию ионизирующего излучения большой мощности
О	В	искусственно созданных тканей
О	Г	тканей от животных, подвергнутых действию холода и формализованных
Ф	174	Примером ксенотрансплантации служит пересадка
О	А	свиной лиофилизированной кожи обожженному
О	Б	почки от живого человека-донора
О	В	керамического протеза головки и шейки бедра
О	Г	I-го плюсне-фалангового сустава со стопы пациента на дефект локтевого сустава
Ф	175	Примером эксплантации служит
О	А	пересадка специально выращенной в теле пациента фиброзной трубки в качестве сухожильного влагаллица сгибателя его пальца кисти при его восстановлении
О	Б	вживление фарфорового зуба в челюсть пациента
О	В	пересадка костного трансплантата с голени пациента на дефект его бедра
О	Г	замещение тазобедренного сустава керамическим эндопротезом
Ф	176	Эндопротезированием можно назвать
О	А	замещение резецированной грудины танталовой металлической пластиной
О	Б	пластика грыжевого канала больного прокипяченной кожей с его бедра
О	В	восстановление пищевода больного из его тонкого кишечника
О	Г	пластика ложного сустава бедра больного костным трансплантатом из гребешка его таза на сосудистой ножке
Ф	177	Реплантацией кожи называется
О	А	подшивание отслоенного травмой лоскута, имеющего питающую ножку, на место

О	Б	пластика дефекта кожи лоскутом на ножке с другого органа
О	В	свободная кожная аутопластика
О	Г	пластика кожи трубчатым стеблем
Ф	178	Реимплантацией кожного лоскута является
О	А	подшивание отторгнутого кожного лоскута после его расщепления на место
О	Б	пересадка кожного лоскута внутри грануляций
О	В	свободная кожная пластика с другого органа после его обработки
О	Г	пластика трубчатым стеблем
Ф	179	Имплантацией кожного лоскута называется
О	А	пересадка кожного лоскута внутри грануляций раны
О	Б	подшивание отторгнутого кожного лоскута на место
О	В	пластика трубчатым стеблем
О	Г	пластика кожной раны ксенотрансплантатом
Ф	180	Мобилизация края раны производится при
О	А	пластическом закрытии ран местными тканями с небольшим натяжением ткани
О	Б	закрытии ран местными тканями без натяжений тканей
О	В	закрытии ран местными тканями с избытком местных тканей
О	Г	пластике ран местными тканями с большим натяжением краев
Ф	181	Сократимость кожного трансплантата определяет
О	А	толщина лоскута
О	Б	локализация
О	В	площадь
О	Г	волосистость
Ф	182	При итальянской пластике лоскутом с других отделов тела соотношение ширины к длине составляет
О	А	1:2
О	Б	1:3
О	В	2:4
О	Г	5:2
Ф	183	"Острым стеблем" называют
О	А	стебельчатый лоскут, имеющий одну питающую ножку
О	Б	стебельчатый лоскут длиной не менее 20 см

О	В	лоскут, не сшитый в трубку
О	Г	тонкий стебельчатый лоскут диаметром не больше 1 см
Ф	184	Расщепленный кожный лоскут перед трансплантацией обрабатывается
О	А	раствором антисептика (риваноля, фурациллина)
О	Б	раствором новокаина с добавлением антибиотиков
О	В	вазелиновым маслом
О	Г	спиртом
Ф	185	Нежелательным видом обезболивания при пластических операциях на коже является
О	А	местная инфильтрационная анестезия
О	Б	внутрикостная анестезия
О	В	наркоз
О	Г	проводниковая анестезия
В	186	Суммарная длина нижней конечности включает в себя расстояние от передней верхней ости таза до
О	А	пяточного бугра
О	Б	края наружной лодыжки
О	В	суставной щели коленного сустава
О	Г	большого вертела бедра
Ф	187	Суммарная длина верхней конечности измеряется от акромиального отростка до
О	А	конца пятого пальца
О	Б	конца третьего пальца
О	В	шиловидного плеча отростка лучевой кости
О	Г	середины проекции головки плеча
Ф	188	Линия Шумахера при патологии тазобедренного сустава проходит
О	А	ниже пупка
О	Б	через пупок или чуть выше его
О	В	через точку на передней верхней ости подвздошной кости
О	Г	через точку на вершине большого вертела
Ф	189	Ориентиром при счете позвонков на спондилограмме шейного отдела является
О	А	зуб 2-го шейного позвонка
О	Б	остистый отросток 1-го шейного позвонка
О	В	основание черепа
О	Г	поперечные отростки 2-го шейного позвонка
Ф	190	Чаще всего с применением пневмографии исследуется сустав
О	А	коленный
О	Б	тазобедренный
О	В	плечевой
О	Г	локтевой
Ф	191	При артропневмографии коленного сустава оптимальным давлением вводимого газа является
О	А	150-150 мм рт. ст.
О	Б	50-100 мм рт. ст.

О	В	110-130 мм рт. ст.
О	Г	200-250 мм рт. ст
Ф	192	Пневмографическое исследование рационально применять при
О	А	повреждении крупных сухожилий
О	Б	свежих переломах плоских костей
О	В	свежих переломах длинных трубчатых костей
О	Г	свежих ранах и разрывах мышц
Ф	193	Тепловидение или термографический метод исследования позволяет производить диагностику
О	А	злокачественного опухолевого процесса или острого воспаления
О	Б	разрыва связочного аппарата
О	В	свежего ушиба или гематомы
О	Г	свежего внутриполостного кровотечения
Ф	194	Назовите абсолютное показание к оперативному лечению переломов (остеосинтез)
О	А	интерпозиция мягких тканей между отломками
О	Б	переломы со смещением
О	В	многооскольчатые и раздробленные переломы
О	Г	множественные переломы костей
Ф	195	Клинические симптомы, абсолютные для перелома кости
О	А	патологическая подвижность и крепитация костных отломков
О	Б	отечность и кровоизлияние в мягкие ткани
О	В	деформация конечности
О	Г	локальная болезненность и нарушение функции
Ф	196	Какие данные в отношении перелома позволяет получить рентгенологическое исследование в стандартных проекциях?
О	А	наличие перелома, его локализация, вид смещения отломков
О	Б	повреждение магистральных сосудов и нервов
О	В	вид и степень укорочения конечности
О	Г	патологическая подвижность костных отломков и нарушение функции конечности
Ф	197	Основное показание к иммобилизационному методу лечения переломов костей посредством наложения гипсовой повязки
О	А	перелом без смещения костных фрагментов
О	Б	открытый перелом
О	В	оскольчатый перелом
О	Г	закрытый перелом
Ф	198	При повреждении органов груди и живота, используя метод УЗИ, удастся определить наличие жидкости (кровь, экссудат) в плевральной и брюшной полостях в объеме от

О	А	200 мл
О	Б	150 мл
О	В	100 мл
О	Г	50 мл
Ф	199	При выявлении разрыва внутреннего мениска коленного сустава следует отдать предпочтение методу исследования
О	А	МРТ
О	Б	рентгенографическому
О	В	артроскопическому
О	Г	артропневмографическому
Ф	200	Торакоцентез следует осуществлять при
О	А	осложненном переломе ребер
О	Б	простом переломе ребер
О	В	переломе тела грудины
О	Г	переломе рукоятки грудины
Ф	201	Основной целью проведения первичной хирургической обработки ран является
О	А	иссечение всех нежизнеспособных тканей и создание неблагоприятных условий для развития микробной инвазии
О	Б	возможность сделать края кожи и подлежащих тканей ровными
О	В	удаление сгустков крови и перевязка тромбированных сосудистых стволов с целью профилактики вторичного кровотечения
О	Г	стерилизация ран скальпелем
Ф	202	Используя контрастную рентгенографию в отличие от классической, можно выявить
О	А	секвестры в трубчатой кости
О	Б	повреждения хрящевой прослойки сустава
О	В	подвывих фрагмента мелкого сустава
О	Г	количество костных отломков при оскольчатом переломе кости
Ф	203	Рентгенологическое обследование при переломах костей необходимо
О	А	для проверки и контроля эффективности лечения
О	Б	в случаях, где диагноз твердо установлен клинически
О	В	для получения информации об окружающих перелом мягких тканях
О	Г	при прогнозе возможных осложнений
Ф	204	Диспластический процесс имеет в основе
О	А	неправильное незавершенное формирование органа или системы

<input type="radio"/>	Б	нарушение нервной трофики
<input type="radio"/>	В	нарушение сосудистой трофики
<input type="radio"/>	Г	все правильно
Ф	205	Фиброзная остеодисплазия относится к
<input type="radio"/>	А	остеодисплазиям
<input type="radio"/>	Б	хондродисплазиям
<input type="radio"/>	В	гиперостозу
<input type="radio"/>	Г	костному эозинифилезу
Ф	206	При фиброзной остеодисплазии чаще поражаются
<input type="radio"/>	А	длинные трубчатые кости
<input type="radio"/>	Б	плоские кости
<input type="radio"/>	В	позвоночник
<input type="radio"/>	Г	мелкие кости кистей и стоп
Ф	207	Первые признаки фиброзной остеодисплазии появляются
<input type="radio"/>	А	до 5-летнего возраста
<input type="radio"/>	Б	сразу после рождения
<input type="radio"/>	В	у взрослого человека
<input type="radio"/>	Г	до 10-летнего возраста
Ф	208	Видом оперативного лечения фиброзной остеодисплазии является
<input type="radio"/>	А	краевая резекция кости
<input type="radio"/>	Б	околосуставная резекция
<input type="radio"/>	В	ампутация
<input type="radio"/>	Г	выскабливание
Ф	209	Болезнь Олье относится к
<input type="radio"/>	А	хондродисплазии
<input type="radio"/>	Б	остеодисплазии
<input type="radio"/>	В	гиперостозу
<input type="radio"/>	Г	костному эозинифилезу
Ф	210	Патологические очаги при болезни Олье локализуются
<input type="radio"/>	А	в метафизе
<input type="radio"/>	Б	в диафизе
<input type="radio"/>	В	в зоне роста

О	Г	в эпифизе
Ф	211	Среди методов оперативного лечения при дисхондроплазии применяется
О	А	краевая резекция с замещением дефекта
О	Б	сегментарная резекция с замещением дефекта
О	В	околосуставная резекция
О	Г	выскабливание
Ф	212	По классификации несовершенное костеобразование относится к
О	А	остеодисплазиям
О	Б	гиперостозам
О	В	хондродисплазиям
О	Г	костному эозинофилезу
Ф	213	При несовершенном костеобразовании наиболее часто поражаются
О	А	трубчатые кости
О	Б	плоские кости
О	В	позвоночник
О	Г	мелкие кости кистей и стоп
Ф	214	Рентгенологическая картина несовершенного костеобразования характеризуется
О	А	генерализованным остеопорозом с истончением кортикального слоя
О	Б	преждевременным закрытием зон роста
О	В	периостальной реакцией
О	Г	расширением зон роста
Ф	215	Характерным рентгенологическим признаком остеонидной остеомы является
О	А	наличие гнезда
О	Б	реакция надкостницы в виде гиперостоза
О	В	реакция надкостницы в виде луковичного периостата
О	Г	разрежение костной ткани на участке остеонидной остеомы
Ф	216	Наиболее информативным методом обследования при остеонидной остеоме является
О	А	компьютерная томография
О	Б	ангиография
О	В	сцинтиграфия с пирофосфатом технеция
О	Г	биохимический метод исследования

Ф	217	Ведущим клиническим симптомом при хондробластоме является
О	А	ограничение объема движений в суставе с незначительной припухлостью и реактивным синовитом
О	Б	повышение местной температуры, изменение цвета кожных покровов (гиперемия)
О	В	выраженная припухлость и сосудистый рисунок над пораженной областью
О	Г	сильная боль в пораженном суставе
Ф	218	Больному с эпифизарной хондробластомой показана
О	А	краевая резекция с удалением опухоли и сохранением суставного хряща
О	Б	резекция суставного конца кости
О	В	химиотерапия
О	Г	лучевая терапия
Ф	219	Наиболее часто хондрома встречается в
О	А	коротких трубчатых костях стопы и кисти
О	Б	плоских костях таза и лопатки
О	В	телах позвонков
О	Г	длинных трубчатых костях-диафизах
Ф	220	Основными рентгенологическими признаками гигантоклеточной опухоли являются
О	А	литический процесс с переходом через эпифизарную пластинку и суставной хрящ
О	Б	литический процесс без периостальной реакции
О	В	гиперпластический процесс с периостальной реакцией на локализацию опухоли
О	Г	полость в метафизе без признаков лизиса или гиперпластических образований
Ф	221	Наиболее характерным клиническим признаком неостеогенной фибромы является
О	А	патологический перелом на уровне локализации неостеогенной фибромы
О	Б	клиника бедна, характерных признаков нет
О	В	постоянные боли в области неостеогенной фибромы кости
О	Г	нарушение функции близлежащего сустава и нарушение опорности конечности
Ф	222	Показанием к назначению механотерапии являются
О	А	стойкие контрактуры на почве рубцовых процессов
О	Б	нейрогенные контрактуры
О	В	атрофии мышц
О	Г	контрактуры на фоне длительной иммобилизации
Ф	223	Для большего расслабления мышц конечностям и корпусу больного должно быть придано положение, при котором

О	А	точки прикрепления напряженных мышц сближены
О	Б	точки прикрепления напряженных мышц удалены
О	В	"безвольное" расслабление мышц
О	Г	создается среднефизиологическое положение
Ф	224	При разрыве лонного сочленения и перелома переднего полукольца таза в третьем периоде методика лечебной гимнастики включает
О	А	специальные упражнения для укрепления мышц туловища таза

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ « СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ ХИРУРГИЯ»

Тестовые задания

Тест 1. Открытый артериальный проток приводит к:

- а) гиперволемии малого круга кровообращения;
- б) гиповолемии малого круга кровообращения;
- в) гипертензии малого круга кровообращения;
- г) правильно А и В;
- д) все перечисленное.

Тест 2. Наиболее характерным симптомом изолированного стеноза легочной артерии являются:

- а) боли в области сердца;
- б) тахикардия;
- в) цианоз;
- г) раннее появление одышки;
- д) недостаточность кровообращения.

Тест 3. Для пункции сердечной сорочки, непосредственно прилежащим к передней стенке является:

- А. передний верхний карман перикарда
- Б. передний нижний карман перикарда
- В. задний верхний карман перикарда
- Г. задний нижний карман перикарда

Тест 4. От выпуклой полуокружности дуги аорты справа налево в норме отходят сосуды в следующем порядке:

- А. правая общая сонная артерия – правая подключичная артерия – левая общая сонная артерия – левая подключичная артерия
- Б. правый плечеголовный ствол – левый плечеголовный ствол
- В. плечеголовной ствол – левая общая сонная артерия – левая подключичная артерия

Г. легочный ствол – плечеголовный ствол – левая общая сонная артерия – левая подключичная артерия

Тест 5. Топографо-анатомические взаимоотношения элементов нервно-сосудистого пучка в пределах сонного треугольника шеи (снаружи-внутри):

- А. внутренняя яремная вена – общая сонная артерия – блуждающий нерв
- Б. общая сонная артерия - внутренняя яремная вена – блуждающий нерв
- В. внутренняя яремная вена – блуждающий нерв - общая сонная артерия
- Г. блуждающий нерв - общая сонная артерия - внутренняя яремная вена

Тест 6. При оперативном доступе к общей сонной артерии линия разреза проходит:

- А. от угла нижней челюсти
- Б. от уровня верхнего края щитовидного хряща
- В. по переднему краю грудинно-ключично-сосковой мышцы
- Г. любой из перечисленных

Тест 7. Левая венечная артерия обеспечивает кровоснабжение всех перечисленных отделов сердца, кроме:

- А. передних 2/3 межжелудочковой перегородки
- Б. части передней стенки правого желудочка
- В. межпредсердной перегородки
- Г. левого предсердия, передней и большей части задней стенки левого желудочка

Тест 8. Канюлирование аорты выполняется:

- А. чаще всего в восходящей части аорты
- Б. с наложением одного кисетного шва
- В. с наложением двух кисетных швов, проходящих через наружные слои аорты
- Г. правильно А и В

Тест 9. В верхнем отделе скарповского треугольника бедренная вена, по отношению к бедренной артерии, располагается:

- А. под артерией
- Б. медиально от артерии
- В. впереди т артерии
- Г. латерально от артерии

Тест 10. Для острой стадии крупноочагового инфаркта миокарда наиболее специфичным является регистрация на ЭКГ:

- А. инверсия зубцов Т
- Б. подъема сегмента ST
- В. сочетания патологического зубца Q, подъема сегмента ST и (-) зубца Т
- Г. увеличение амплитуды зубца Т

Тест 11. У больных с мелкоочаговым инфарктом миокарда:

- А. нет изменений комплекса QRS
- Б. может быть депрессия сегмента ST
- В. может быть инверсия зубцов Т, сохраняющаяся более 2 недель
- Г. может быть кратковременный подъем сегмента ST
- Д. возможны все перечисленные варианты

Тест 12. К формам нестабильной стенокардии относятся:

- А. впервые возникшая стенокардия с тенденцией к прогрессированию
- Б. прогрессирующая стенокардия напряжения
- В. постинфарктная стенокардия
- Г. все ответы правильные (А, Б, В)
- Д. правильного ответа нет

Тест 13. Для аномального отхождения левой коронарной артерии от легочного ствола характерно:

- А. ишемическое поражение миокарда левого желудочка
- Б. гиперволемиа малого круга кровообращения
- В. увеличение правого предсердия
- Г. увеличение правого желудочка

Тест 14. Рентгеноморфологический признак аневризмы восходящей части аорты в прямой проекции:

- А. расширение тени сосудистого пучка вправо
- Б. расширение правого предсердия
- В. отклонение контрастированного пищевода вправо

Тест 15. Легочная гипертензия является следствием:

- А. гиповолемии малого круга кровообращения
- Б. гиперволемии малого круга кровообращения
- В. гиперволемии большого круга кровообращения
- Г. гиповолемии большого круга кровообращения

Тест 16. Ведущими факторами в патогенезе внутрисердечного тромбоза являются:

- А. застой крови в левом предсердии, обусловленный характером самого порока
- Б. мерцательная аритмия
- В. частота обострений ревматического процесса
- Г. длительность порока
- Д. правильно А и Б

Тест 17. Синдром Морганьи – Адамса – Стокса характерен для:

- А. брадиаритмий с низкой частотой сердечных сокращений
- Б. тахиаритмий с высокой частотой сердечных сокращений

Тест 18. Для операции эмболэктомии целесообразно использовать баллонный катетер:

- А. Фогарти
- Б. «Дует»
- В. катетер Рашкинда
- Г. любой баллонный катетер

Тест 19. Условиями радикальной эмболэктомии являются:

- А. восстановление хорошего центрального кровотока
- Б. восстановление хорошего ретроградного кровотока
- В. полное удаление тромботических масс из дистального русла
- Г. все перечисленное

Тест 20. При выполнении эндартерэктомии основная проблема это:

- А. сужение артерии
- Б. гемостаз после эндартерэктомии
- В. фиксация дистальной интимы
- Г. расширение артерии
- Д. все перечисленное

Тест 21. К признакам неадекватного анастомоза после включения кровотока относится:

- А. усиленная пульсация дистальнее анастомоза
- Б. усиленная пульсация проксимальнее анастомоза и ослабленная дистальнее
- В. ишемия конечности или органа

Тест 22. Отслойка дистальнее интимы, чаще всего, может произойти после:

- А. эндартерэктомии
- Б. наложения неадекватного анастомоза
- В. эмболэктомии

- Г. ангиографии
- Д. все перечисленное

Тест 23. Дифференциальный диагноз аневризм грудной аорты следует проводить с:

- А. опухолями и кистами средостения
- Б. раком легкого
- В. раком бронхов
- Г. синдромом верхней полой вены
- Д. всеми перечисленными заболеваниями

Тест 24. Наиболее частой сопутствующей патологией при аневризмах брюшной аорты является:

- А. постинфарктный кардиосклероз
- Б. ишемическая болезнь сердца
- В. артериальная гипертензия
- Г. атеросклероз артерий нижних конечностей
- Д. все перечисленное

Тест 25. При окклюзии брюшной аорты операцией выбора является:

- А. резекция и протезирование
- Б. шунтирование
- В. эндартерэктомии
- Г. экстраанатомическое шунтирование
- Д. тромбэктомия

Тест 26. В патогенезе варикозной болезни ведущую роль играет:

- А. врожденная слабость соединительной ткани венозной системы
- Б. нарушение функции клапанного аппарата глубокой венозной системы
- В. нарушение функции коммуникативных вен
- Г. развитие венозной гипертензии в нижних конечностях
- Д. все перечисленное

Тест 27. Радикальность хирургического лечения варикозной болезни зависит от:

- А. тщательной обработки всех коллатералей в области овальной ямки
- Б. удаление варикозной магистральной вены на всем протяжении со всеми коллатеральями
- В. удаление малой подкожной вены при ее поражении
- Г. над- и подфасциальной перевязки всех перфорантных вен
- Д. всего перечисленного

Тест 28. В послеоперационном периоде после флебэктомии назначается:

- А. антибиотикотерапия
- Б. ранняя активизация больных
- В. физиотерапия
- Г. ношение эластических бинтов и ранняя активизация больных
- Д. все перечисленное

Тест 29. Патология венозной гемодинамики при посттромбофлебитической болезни, в первую очередь, связана с:

- А. наличием варикозного расширения поверхностных вен
- Б. патологическим сбросом венозной крови из глубокой венозной системы в поверхностную
- В. развитием венозной гипертензии в нижней конечности
- Г. разрушением клапанов коммуникантных вен
- Д. всем перечисленным

Тест 30. При хирургическом лечении посттромбофлебитической болезни в настоящее время наиболее часто применяется:

- А. операция по имплантации искусственных клапанов в глубокую венозную систему
- Б. операция Коккетта
- В. экстравазальная коррекция клапанов глубоких вен

- Г. аутовенозное шунтирование и протезирование глубоких вен
- Д. операция Линтона в сочетании с комбинированной флебэктомией

Тест 31. В клинической картине синдрома верхней полой вены важную роль играют:

- А. венозный застой в поверхностных и глубоких венах, туловища и верхних конечностях
- Б. венозный застой в головном мозгу
- В. симптоматика основного заболевания
- Г. нарушение сердечной гемодинамики.
- Д. все перечисленное

Тест 32. Синдром Педжета-Шреттера это:

- А. острый венозный тромбоз подключично-подмышечного сегмента
- Б. хроническая венозная недостаточность после острого венозного тромбоза подключично-подмышечного сегмента
- В. острый тромбоз бассейна верхней полой вены
- Г. посттромбофлебитический синдром верхних конечностей
- Д. данный синдром не относится к венозной патологии

Тест 33. Не является характерным для болезни Педжета-Шреттера:

- А. цианоз лица и шеи
- Б. распирающие боли в руке
- В. цианоз кожи рук, усиление венозного рисунка
- Г. отек руки
- Д. синдром Горнера

Тест 34. Радикальной операцией при болезни Педжета-Шреттера следует считать:

- А. венолизис
- Б. тромбэктомия
- В. резекцию первого ребра
- Г. скаленотомия
- Д. аутовенозное шунтирование
- Е. Комбинация операций в зависимости от операций

Тест 35. При хронических венозных окклюзиях верхних конечностей операцией выбора является:

- А. тромбэктомия
- Б. резекция первого ребра, скаленотомия
- В. аутовенозное шунтирование, устранение причины тромбоза
- Г. аутовенозное протезирование
- Д. аутовенозное шунтирование, наложение временной артериовенозной стомы и устранение причины тромбоза

Тест 36. В клинической картине синдрома Клиппель-Треноне ведущую роль играют:

- А. пигментные сосудистые пятна
- Б. варикоз подкожных вен
- В. значительное увеличение объема мягких тканей конечности
- Г. все перечисленное

Тест 37. Парциальная окклюзия магистральных вен, как профилактика тромбоэмболии легочной артерии, возможна:

- А. пликацией швами
- Б. гладкой клеммой
- В. имплантацией зонтичного фильтра
- Г. всеми перечисленными методами

Тест 38. При эмболии верхней брыжеечной артерии с клиникой острого нарушения мезентериального кровообращения операцией выбора является:

- А. протезирование артерии

- Б. шунтирование артерии
- В. эндартерэктомия
- Г. тромбоз эмболэктомия
- Д. все перечисленное

Тест 39. Операцией выбора при тромбозе и эмболии почечной артерии без органического сужения является:

- А. протезирование почечной артерии эксплантатом
- Б. шунтирование аутовеной
- В. трансартериальная эндартерэктомия
- Г. трансаортальная тромбоз эмболэктомия
- Д. все перечисленные методы

Тест 40. Абсолютными противопоказаниями к операции на сосудах при острой артериальной непроходимости являются:

- А. агональное состояние больного
- Б. тотальная ишемическая контрактура
- В. ишемия ША степени, обусловленная тромбозом подколенной артерии
- Г. все перечисленное
- Д. только А и Б

Тест 41. К особенностям хирургического вмешательства при разрыве аневризмы брюшной аорты относятся:

- А. большая кровопотеря
- Б. гипотония у больного
- В. необходимость быстро закончить операцию
- Г. быстрое пережатие аорты выше аневризмы
- Д. все перечисленное

Тест 42. Операцией выбора при разрыве аневризмы дистальных периферических артерий является резекция аневризмы с:

- А. протезированием эксплантатом
- Б. шунтирование эксплантатом
- В. внутрипросветным протезированием
- Г. аутовенозным протезированием
- Д. аутовенозным шунтированием

Тест 43. Острые венозные тромбозы глубоких вен нижних конечностей следует лечить оперативным путем, если от момента начала заболевания прошло не более:

- А. 1-3 суток
- Б. до 5 суток
- В. до 7 суток
- Г. 7-10 суток
- Д. консервативное лечение всегда дает лучший эффект

Тест 44. Сочетанное ранение артерии и вены приводит к:

- А. тромбозу глубоких вен
- Б. артериальному тромбозу
- В. венозной аневризме
- Г. дистальной артериальной эмболии
- Д. артериовенозному свищу

Тест 45. При открытых повреждениях сердца характерно:

- А. наличие раны в проекции сердца
- Б. симптомы малокровия
- В. симптомы тампонады сердца
- Г. правильно Б и В

Д. все перечисленные

Тест 46. Для больных ишемической болезнью сердца наиболее важным прогностическим показателем является:

- А. частота стенокардических признаков
- Б. уровень толерантности к физической нагрузке при велоэргометрии
- В. количество желудочковых экстрасистол при нагрузке
- Г. регулярность выполнения физических упражнений
- Д. курение более 20 сигарет в день

Тест 47. Для хирургии коронарных сосудов все перечисленное правильно, за исключением:

- А. периоперационный инфаркт составляет 4-6 %
- Б. нет различий в проходимости между аутовенозными, аортокоронарными и маммаро-коронарными шунтами в течение 1 год после операции
- В. имеются значительные различия в проходимости между аутовенозными и маммарными шунтами через 10 лет после операции
- Г. во внутренней грудной артерии через 10 лет патологические изменения практически отсутствуют, в то время, как встречаются более чем в 50% в венозных шунтах
- Д. прогноз больных улучшается при применении маммарно-коронарного шунтирование передней межжелудочковой ветви

Тест 48. К осложнениям селективной коронарографии относятся все перечисленные, кроме:

- А. инфаркт миокарда
- Б. фибрилляция желудочков
- В. образования гематомы
- Г. отрыв хорды трикуспидального клапана
- Д. аллергическая реакция на контрастное вещество

Тест 49. Клиническим показанием к аортокоронарному шунтированию является:

- А. тяжелая стенокардия, рефрактерная к медикаментозному лечению
- Б. поражение ствола левой коронарной артерии
- В. трехсосудистое поражение
- Г. предшествующий инфаркт миокарда, клиника застойной сердечной недостаточности

Тест 50. Преимущества аортокоронарного шунтирования включают:

- А. снижение опасности развития острого инфаркта миокарда
- Б. снижение опасности развития застойной сердечной недостаточности
- В. исчезновение или резкое урежение стенокардитических болей
- Г. снижение опасности внезапной смерти
- Д. снижение потребности медикаментов и качества госпитализации по поводу ИБС
- Е. все выше перечисленное

Тест 51. Показанием к хирургическому лечению постинфарктной аневризмы левого желудочка является:

- А. тромбоз полости аневризмы при асимптомном течение заболевания
- Б. сердечная недостаточность при размерах рубцового поля не более 30%
- В. желудочковая аритмия
- Г. сердечная недостаточность при размерах аневризмы 10% и фракции выброса сокращающейся части мене 30%
- Д. стенокардия при однососудистом поражении в бассейне аневризмы

Тест 52. Преимущества аортокоронарного шунтирования включают:

- А. снижение опасности развития острого инфаркта миокарда

- Б. снижение опасности развития застойной сердечной недостаточности
- В. исчезновение или резкое урежение стенокардитических болей
- Г. снижение опасности внезапной смерти
- Д. снижение потребности медикаментов и качества госпитализации по поводу ИБС
- Е. все выше перечисленное.

Тест 53. Причиной тромбоэмболии легочной артерии наиболее часто является тромбоз:

- А. лицевых вен
- Б. глубоких вен нижних конечностей и вен малого таза
- В. глубоких вен верхних конечностей
- Г. поверхностных вен нижних конечностей
- Д. поверхностных вен верхних конечностей

Тест 54. При несостоятельности перфорантных вен нижних конечностей наиболее целесообразной операцией следует считать операцию:

- А. Бебкока
- Б. Троянова - Тренделенбурга
- В. Нарата
- Г. Мини-Линтона
- Д. Маделунга

Тест 55. Для острого тромбоза глубоких вен конечностей характерно все нижеперечисленное, кроме:

- А. резких болей распирающего характера
- Б. повышения температуры тела
- В. отека конечности
- Г. цианоза
- Д. гиперемии кожи по ходу большой подкожной вены

Тест 56. Антикоагулянтная терапия в лечении тромбоза вен применяется с целью:

- А. растворения фибрина
- Б. приостановления роста тромба
- В. увеличения количества сгустков
- Г. изменения внутренней оболочки сосудов
- Д. снижения активности ДНК

Тест 57. Для острого глубокого тромбоза нижних конечностей характерны:

- А. резкий отек нижней конечности
- Б. некроз пальцев стоп
- В. похолодание стопы
- Г. симптом перемежающейся хромоты
- Д. отек и гиперемия по ходу пораженных вен

Тест 58. Профилактика тромбоэмболических осложнений в послеоперационном периоде включает в себя все нижеперечисленное, кроме:

- А. назначения гепарина
- Б. назначения дезагрегантов
- В. лечебной физкультуры
- Г. длительного постельного режима
- Д. бинтования ног эластичным бинтом

Тест 59. При тампонаде сердца наблюдаются:

- А. снижение артериального давления
- Б. цианоз лица
- В. расширение границ сердца
- Г. глухость тонов

Д. все перечисленное

Тест 60. Перевязка внутренней подвздошной артерии в связи с особенностями ее топографии может быть осложнена расположением рядом с ней:

- А. маточной трубы
- Б. мочеточника
- В. наружной подвздошной артерии
- Г. всего перечисленного

Ситуационные задачи:

Задача 1

У больного по ходу большой подкожной вены появилась сильная боль, гиперемия, повысилась локальная температура, вена пальпируется в виде болезненного шнура. При осмотре вена утолщена, в некоторых местах она пальпируется в виде четок, имеется инфильтрация тканей вокруг вены, болезненна. На стопе и голени отеков нет. Участок наивысшего места покраснения находится в нижней трети бедра и в течении 3-4 дней распространения вверх нет. Ваш диагноз? С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику? Ваша тактика?

Задача 2

У 57 летнего больного после ходьбы через каждые 50 метров начали в правой икроножной мышце появляться боли. Ноги стали замерзать даже летом, а при длительном стоянии начал чувствовать в них усталость. При осмотре: правая стопа и правая голень по сравнению с левой бледноваты, холоднее на ощупь. Пульсация на правой ноге определяется лишь на бедренной артерии, пульсация при этом ослаблена, а при аускультации выслушивается систолический шум. Общее состояние больного удовлетворительное. Ваш предварительный диагноз? Какие инструментальные методы необходимо провести? Ваша лечебная тактика?

Задача 3

Больной 55 лет жалуется на боли в левой икроножной мышце, возникающие при ходьбе на расстояние 50 м. Давность заболевания - около 1 года. Объективно: левая стопа холоднее правой. Пульсация на общих бедренных артериях отчетливая, на подколенной артерии слева отсутствует, справа отчетливая. На артериях стопы слева пульсация не определяется.

- Диагноз?
- Инструментальные методы исследования?
- Консервативная терапия?
- Лечебная тактика?
- Прогноз?

Ответ:

1. Атеросклероз, окклюзия поверхностной бедренной артерии слева, ишемия стадии ПБ по Фонтейну-Покровскому.
2. УЗДГ артерий нижних конечностей, ангиография левой нижней конечности.
3. Лечение атеросклероза по стандарту, дезагреганты – пожизненно.
4. При состоятельности дистального русла - реконструктивная операция - бедренно-подколенное шунтирование.
5. Прогноз благоприятный.

Задача 4

Больной 34 лет жалуется на боли в обеих икроножных мышцах, в 1 пальце стопы. Давность заболевания - 4 месяца. Объективно: мраморная окраска голени, дистальные отделы стопы - синюшно-багровые. На первом пальце - участок некроза размерами 2х3 см. Пульс на артериях стопы отсутствует, на подколенной артерии - ослаблен.

- Диагноз?
- Инструментальные методы исследования?
- Консервативная терапия?
- Хирургическая тактика?
- Прогноз?

Ответ:

1. Облитерирующий тромбангиит IV стадии. В дальнейшем - диспансерное наблюдение.
 1. УЗДГ артерий нижних конечностей, ангиография левой нижней конечности.
 2. Противовоспалительная терапия, дезагреганты
 3. Поясничная симпатэктомия, экзартикуляция 1 пальца, консервативная терапия.
 4. Прогноз неблагоприятный.

Задача 5

Больной 57 лет жалуется на боли в обеих нижних конечностях при ходьбе на расстояние до 1000 м, болеет 4 года. На общих бедренных артериях слабый систолический шум, пульсация - на всех уровнях отчетливая. На УЗДГ плече-лодыжечный индекс слева 0,87, справа 0, 81.

- Диагноз?
- Инструментальные методы исследования?
- Консервативная терапия?
- Хирургическая тактика?
- Прогноз?

- Ответ:** 1. Атеросклероз, синдром Лериша, ишемия ст. 1 по Фонтейну - Покровскому.
2. УЗДГ, определение плече-лодыжечного индекса.
3. Лечение атеросклероза, дезагреганты пожизненно.
4. Оперативное лечение не показано. Консервативная терапия, диспансерное наблюдение.
5. Прогноз благоприятный

Задача 6

У больного С., 70 лет, страдающего в течение 14 лет гипертонической болезнью, появились кратковременные (секунды) приступы потери сознания с отсутствием предобморочных предвестников, сопровождающиеся выраженной бледностью кожных покровов в момент потери сознания и их покраснением после приступа, быстрым восстановлением исходного самочувствия. Объективно: в момент приступа отмечено урежение пульса до 32 в минуту.

- Ответ:** 1. Приступ, описанный выше, носит название: Морганьи - Эдемса - Стокса;
2. Основной причиной брадиаритмий следует считать: поперечную блокаду сердца III степени;
 3. Синкопальные состояния при брадиаритмиях обусловлены: асистолией более 5-10 сек;
 4. В диагностике брадиаритмий ведущую роль играют: ЭКГ и холтеровское мониторирование;
 5. Единственно эффективным долгосрочным методом лечения ППБ является: имплантация эодкардиального кардиостимулятора

Задача 7.

У пациента 68 лет, длительно находившегося на постельном режиме после сложной реконструктивной операции на желудочно-кишечном тракте, страдающего в течение многих лет ишемической болезнью сердца, внезапно появилась пароксизмальная одышка более 30 дыхательных движений в минуту, давящие боли в груди, головокружение. Объективно: снижение артериального давления. Метод диагностики: 1. Наиболее вероятным диагнозом при описанной клинике может быть: тромбоз эмболия легочных артерий;

2. Укажите наиболее полный перечень симптомов, позволивших Вам поставить диагноз: пароксизмальная одышка, боли в груди, головокружение и снижение артериального давления у пожилого человека, длительно находившегося в постели после тяжелой операции на органах брюшной полости;
3. Появление описанного осложнения обусловлено:
 1. тромбозом глубоких вен нижних конечностей;
4. «Золотым стандартом» в диагностике массивной ТЭЛА является ангиопульмография;
5. Определите тактику лечения больного:
консервативная терапия: управляемое дыхание, обезболивание, тромболитические и антикоагулянтные средства, сердечные гликозиды, глюкокортикоиды, антиагреганты. При неэффективности ее в течение 30 минут экстренная эмболектомия из ЛА – эндоваскулярное вмешательство или операция в условиях ИК, имплантация кава-фильтра;

Задача 8

Больной 54 лет поступил с жалобами на головные боли, шум в ушах, периодически возникают кратковременное онемение и слабость в правой руке и ноге. Болеет в течение года.

Объективно: отмечается умеренная артериальная гипертензия (150/90 мм.рт.ст.), пульсация магистральных артерий сохранена, в области шеи слева, за углом н/челюсти выслушивается систолический шум. Грубой неврологической симптоматики при первичном осмотре не выявлено.

1. Назовите артериальный сосуд, вовлеченный в патологический процесс:
- левая общая сонная артерия;
2. Неинвазивный метод диагностики: наиболее информативный в этом случае.
- ультразвуковая доплерография.
3. Инвазивный метод диагностики наиболее информативен в этом случае:
- каротидная ангиография;

4. Анатомические образования расположенные выше купола грудной клетки представленные на рисунке:
- общая сонная артерия и внутренняя яремная вена.
5. Назовите оперативное вмешательство, показанное больному:
- каротидная эндартерэктомия с возможной пластикой левых сонных артерий.

Задача 9

В отделение сосудистой хирургии поступил больной 75 лет по срочной помощи страдающий постинфарктной аневризмой сердца, стенокардией покоя, ангиохирург установил 24-часовую ишемию левой ноги, возникшую остро на фоне удовлетворительного общего состояния.

Объективно: полная обездвиженность конечности, отсутствие как активных, так и пассивных движений в пальцах стопы, голеностопном и коленном суставах, мраморная пятнистая окраска кожных покровов, конечность холодная на ощупь, пальпация икроножных мышц резко болезненна. Пульсация определяется только на бедренной артерии в паховой области. Состояние больного расценивается как очень тяжелое, наблюдается прогрессивное снижение диуреза.

1. Патологический процесс, возникший у больного.
- эмболия бедренной артерии с продолженным дистальным тромбозом артериального русла
2. Хирург, создавший классификацию острой ишемии нижних конечностей.
- Савельев
3. Манипуляция - тромбэктомия катетером Фогарти из общей бедренной артерии
4. Вид лечения показанный больному в представленной задаче
- срочная ампутация конечности на уровне верхнесредней трети бедра

Задача 10

Больной 40 лет жалуется на сильные боли и выраженный отек правой нижней конечности. Заболел три дня назад, когда развился отек конечности до паховой складки и появились умеренные распирающие боли в ней. В течение последних суток состояние значительно ухудшилось. Беспокоят сильные боли в конечности, общая слабость, гипертермия до 38,0С. При осмотре состояния больного тяжелое, пульс 100-110 ударов в минуту, сухой язык. Правая нижняя конечность резко отечная, прохладная на ощупь в дистальных отделах, кожа напряжена. Цианоз кожных покровов конечности распространяется на правую ягодичную область. На голени и бедре имеются багрово-цианотичные пятна и пузыри, заполненные геморрагической жидкостью. На стопе кожная чувствительность снижена, на голени и бедре определяется гиперестезия. Пульсация артерий стопы и подколенной артерии пальпаторно не определяется. **Укажите заболевание, которому соответствует эта клиническая картина:**

- а) тромбоз бедренной артерии с развитием субфасциального отека;
- б) острая стадия болезни Бюргера (тромбангиит в сочетании с флебитом);
- *в) острый подвздошной- бедренный венозный тромбоз, венозная гангрена конечности;
- г) белая флегмазия;
- д) краш- синдром.

Примерные темы рефератов (13):

1. Показания к хирургическому лечению ИБС. Условия выполнения операции реваскуляризации миокарда и методы хирургического лечения ИБС
2. Расслаивающие аневризмы аорты: клиника, диагностика, лечение
3. Окклюзия брюшной аорты, синдром Лериша: клиника, диагностика, лечение. Синдром ишемии мужских половых органов (импотенция сосудистого генеза): этиология, клиника, диагностика, лечение.
4. Окклюзия ветвей дуги аорты (хроническая мозговая сосудистая недостаточность): этиология, классификация поражений, клиника, диагностика, лечение Синдром Такаюсу (окклюзия подключичных артерий).
5. Синдром хронической абдоминальной ишемии (окклюзии висцеральных ветвей брюшной аорты): этиология, классификация поражений, клиника, диагностика, лечение.
6. Ишемия нижних конечностей: этиология, классификация, клиника, диагностика, консервативное лечение, показания к хирургическому лечению, виды реконструктивных операций, поясничная симпатэктомия.
7. Облитерирующий эндартериит: этиология, клиника, диагностика, лечение. Облитерирующий тромбангиит (болезнь Бюргера): этиология, клиника, диагностика, лечение.
8. Варикозное расширение вен: этиопатогенез, классификация, клиника, осложнения, показания к операции, оперативное лечение, принципы и методы консервативного лечения.

9. Посттромбофлебитический синдром нижних конечностей: этиопатогенез, клиника, показания к оперативному лечению, виды оперативных вмешательств.
10. Врожденные пороки кровеносных сосудов (гемангиомы, синдром Клиппеля-Треноне, синдром Паркса-Вебера-Рубашова).
11. Эмболия легочной артерии: этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, принципы консервативного лечения, показания к операции, результаты лечения.
12. Эмболии и тромбозы магистральных артерий: этиопатогенез, классификация ишемии, клиника, диагностика, консервативное и хирургическое лечение.
13. Острые венозные тромбозы системы нижней полой вены и вен нижних конечностей: этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, консервативное и хирургическое лечение.

Вопросы (20):

1. Перечислите показания и противопоказания к назначению основных антиаритмических препаратов при тахисистолических формах нарушений ритма сердца.
2. Опишите методику проведения пункции полости перикарда.
3. Опишите способы остановки кровотечения при ранениях сердца и сосудов.
4. Опишите методику проведения непрямого массажа сердца.
5. Перечислите показания к хирургическому и эндоваскулярному лечению стабильной стенокардии напряжения;
6. Опишите принципы дифференциальной диагностики приобретенных пороков сердца;
7. Опишите принципы дифференциальной диагностики врожденных пороков сердца.
8. Составьте и обоснуйте план и объем лечебно-диагностических мероприятий при подготовке больного к операции протезирования аортального клапана.
9. Опишите показания и противопоказания к назначению непрямых антикоагулянтов у пациентов после протезирования клапанов сердца.
10. Дать характеристику основных осложнений антикоагулянтной терапии, методов лабораторного контроля, профилактики.
11. Укажите показания и противопоказания к проведению тромболитической терапии при тромбозе легочной артерии в зависимости от объема поражения и давности заболевания.
12. Что не характерно для посттромбофлебитического синдрома?
 - а) гиперпигментация кожи
 - б) застойный дерматоз и склеродермия
 - в) образование трофических язв
 - г) бледная «мраморная» кожа
 - д) вторичный варикоз поверхностных вен
13. Для чего используется проба Пратта с двумя бинтами?
 - а) выявления непроходимости глубоких вен нижних конечностей
 - б) определения недостаточности артериального кровообращения нижних конечностей
 - в) исследования недостаточности перфорантных вен
 - г) диагностики окклюзии подколенной артерии
14. Какие симптомы нельзя отнести к локальному тромбозу поверхностных вен нижних конечностей?
 - а) дистальные отеки
 - б) распирающие боли
 - в) повышение температуры тела
 - г) гиперемия кожи по ходу вены
 - д) резкую болезненность при пальпации.

15. Какую патологию можно заподозрить у больного с явлениями мигрирующего флебита?
- а) лейкемию
 - б) злокачественную опухоль, чаще поджелудочной железы
 - в) тромбангиитную окклюзию сосудов
 - г) узелковый периартериит
 - д) варикозное расширение вен
16. В чём заключается профилактика тромбоэмболических осложнений операции у больных с высоким риском после перенесённой операции? Она включает, кроме:
- а) антикоагулянтов
 - б) дезагрегантов
 - в) лечебной физкультуры
 - г) длительного постельного режима
 - д) компрессионной терапии нижних конечностей
17. Какие из имеющихся у больного факторов, которые наименее вероятно могут привести к тромбоэмболии легочной артерии после операции, должен учитывать хирург?
- а) ожирение
 - б) варикозную болезнь вен нижних конечностей
 - в) флеботромбоз глубоких вен голени и бедра
 - г) язвенную болезнь желудка.
18. Какова длительность компрессионной терапии нижних конечностей после флебэктомии в условиях поликлиники? Она составляет:
- а) 1 неделю
 - б) 2 недели
 - в) 3 недели
 - г) 1,5–2 месяца
19. Как перевести больного с гепарина на варфарин? Какой показатель контроля свертывания крови необходим?
20. Что такое новые оральные антикоагулянты?

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ»

Тестирование (15)

Тест № 1

Диагностическая плановая лапароскопия показана при всех перечисленных заболеваниях, исключая:

- а) асциты неясного генеза
- б) дивертикулы 12-перстной кишки**
- в) диффузные заболевания печени
- г) женское бесплодие
- д) спленомегалию

Тест № 2

Болевой синдром при остром панкреатите купируется за счет новокаиновой инфильтрации:

- а) брыжейки толстой кишки

- б) желудочно-ободочной связки
- в) круглой связки печени**
- г) брыжейки тонкой кишки
- д) селезеночно-ободочной связки

Тест № 3

Показаниями к плановой торакокопии является все перечисленное, кроме:

- а) плевритов неясной этиологии
- б) пиопневмоторакса
- в) опухолей плевры
- г) бронхогенного рака легкого**
- д) спонтанного пневмоторакса

Тест № 4

При лапароскопии обнаружена жидкая кровь в брюшной полости, левое поддиафрагмальное пространство занято фиксированным сгустком крови, что характерно для:

- а) разрыва печени
- б) расслаивающей аневризмы аорты
- в) разрыва селезенки**
- г) разрыва ободочной кишки

Тест № 5

Для торакоцентеза типичная точка расположена:

- а) В VIII межреберье по заднеподмышечной линии
- б) Во II межреберье по среднеключичной линии
- в) В IV межреберье впереди от среднеподмышечной линии**
- г) В IX межреберье по лопаточной линии д) В VI межреберье по переднеподмышечной линии

Тест № 6

К эндоскопическим признакам рака желудка относятся все перечисленные, исключая:

- а) желудок увеличен в размерах, малая кривизна выступает из-под нижнего края левой доли печени
- б) передняя стенка неровная, слегка бугристая
- в) перистальтика желудка сохранена**
- г) на отдельных участках стенки желудка имеются очаги втяжения

Тест № 7

Для прогрессирующей трубной беременности характерно:

- а) увеличение матки
- б) расширение одной из маточных труб с синюшной окраской расширенной части
- в) расширение сосудов широкой связки матки со стороны трубной беременности
- г) все перечисленное***

Тест № 8

Эндоскопическими признаками катарального аппендицита являются все перечисленные, кроме:

- а) гиперемия серозного покрова отростка

- б) инъекция сосудов отростка
- в) отек и инъекция сосудов брыжейки
- г) **напряжение отростка**

Тест № 9

Если оптика на дистальном конце лапароскопа загрязнена кровью, то необходимо:

- а) протереть лапароскоп о прядь большого сальника
- б) промыть физиологическим раствором
- в) **все перечисленное**
- г) ничего из перечисленного

Тест № 10

Желчный пузырь хорошо доступен осмотру при положении больного:

- а) на спине при горизонтальном положении стола
- б) на спине с опущенным головным концом стола
- в) на правом боку с приподнятым головным концом стола
- г) **на левом боку с приподнятым головным концом стола**
- д) на левом боку с опущенным головным концом стола

Тест № 11

Срочная диагностическая лапароскопия показана:

- а) при подозрении на панкреонекроз
- б) при подозрении на мезентериальный тромбоз
- в) для удаления асцитической жидкости при циррозе печени
- г) **правильно все, кроме в).**

Тест № 12

Пункционная биопсия при лапароскопии показана:

- а) при подозрении на паразитарную кисту печени
- б) **при подозрении на хронический активный гепатит**
- в) при метастазах печени
- г) при подозрении на склерокистоз яичников

Тест № 13

Лапароскопическое дренирование желчного пузыря показано при:

- а) сморщенном желчном пузыре
- б) распространенном раке желчного пузыря
- в) подозрении на паравезикальный абсцесс
- г) **остром панкреатите**
- д) деструктивном желчном пузыре

Тест № 14

Эндоскопическими признаками жирового панкреонекроза являются:

- а) **пятна стеатонекроза на париетальной и висцеральной брюшине**
- б) небольшое количество мутного выпота в подпеченочном пространстве
- в) отек малого сальника и выбухание передней стенки желудка
- г) геморрагическая имбибиция большого сальника

Тест № 15

Определяющим эндоскопическим признаком гидросальпинкса является:

- а) маточные трубы в ампулярных отделах булавовидно расширены
- б) фимбрии деформированных маточных труб не прослеживаются
- в) **расширенная часть маточных труб с просвечивающимся серозным содержанием**
- г) в зоне деформации маточной трубы очагового уплотнения не определяется

Задачи (10)

Задача 1.

Больному К., 51 год, выполнена лапароскопическая холецистэктомия по поводу ЖКБ, хронического калькулезного холецистита. На третьи сутки после операции у больного развилась желтуха, имеющая тенденцию к быстрому прогрессированию. Какая из причин возникшего осложнения наиболее вероятна?

- 1) острый вирусный гепатит
- 2) **ятрогенная травма общего желчного протока**
- 3) спазм сфинктера Одди
- 4) острый панкреатит

Задача 2.

Больной М, 42 года, поступил с жалобами на боли в правом подреберье, субфебрильную температуру. Заболел 2 суток назад. При УЗИ выявлены конкременты в желчном пузыре до 5мм в диаметре, утолщение стенок желчного пузыря, перипузырная инфильтрация. Какой должна быть дальнейшая тактика хирурга?

- 1) наблюдение на фоне спазмолитической терапии
- 2) срочная лапаротомия, холецистэктомия с дренированием желчевыводящих путей
- 3) **срочная лапароскопическая холецистэктомия**
- 4) срочная лапароскопическая холецистэктомия с дренированием желчевыводящих путей

Задача 3.

Больная П, 23 года беспокоят боли в правой подвздошной области, однократный жидкий стул, субфебрильная температура. В анализах крови: лейкоциты 8,5 на 10⁹/л, Нв 130 г/л. Выполнена диагностическая лапароскопия. Какой диагноз наиболее вероятный?

- 1) острый панкреатит
- 2) спаечная кишечная непроходимость
- 3) апоплексия правого яичника
- 4) **острый аппендицит**

Задача 4.

У больного К., 65 лет, увеличен в размерах живот, беспокоят тянущие боли в правом подреберье, слабость. На УЗИ: диффузные изменения в правой доле печени, свободная жидкость в брюшной полости. Выполнена диагностическая лапароскопия для уточнения диагноза. Какое заключение наиболее вероятно?

- 1) рак правой доли печени
- 2) рак желчного пузыря
- 3) **цирроз печени**
- 4) гемангиома правой доли печени

Задача 5.

Во время диагностической лапароскопии обнаружен серозный перитонит по правому флангу и перфоративное отверстие на передней стенке луковицы 12 п.к. Больному 32 года, «язвенный анамнез» отсутствует. Выберите вид хирургического лечения.

- 1) верхнесрединная лапаротомия и ушивание перфоративного отверстия язвы лук. 12 п.к.
- 2) лапароскопическая стволовая двусторонняя ваготомия и ушивание перфорации
- 3) верхнесрединная лапаротомия и резекция 2/3 желудка
- 4) лапароскопическое ушивание перфоративного отверстия язвы, сация и дренирование брюшной полости.
- 5) верхнесрединная лапаротомия и ваготомия с пилоропластикой

Задача 6.

Больная 28 лет поступила с жалобами на резкие боли внизу живота, иррадиирующие в область прямой кишки, головокружение, слабость. Кожные покровы бледные, АД 90/65 мм.рт.ст. Пульс 110 ударов в мин., ритмичен. Живот мягкий, вздут, болезненный в нижних отделах, особенно в левой подвздошной области. Из анамнеза известно, что 2 месяца назад у больной выявлена киста желтого тела левого яичника, по поводу которой она наблюдается у гинеколога. Больной выполнена диагностическая лапароскопия для уточнения диагноза. Какое заключение наиболее вероятно?

- 1) острый аппендицит
- 2) разрыв кисты яичника
- 3) апоплексия яичника
- 4) внематочная беременность

Задача 7.

Больной, 38 лет поступил в хирургическое отделение с жалобами на сильные боли в эпигастрии, опоясывающего характера, тошноту, рвоту. Заболевание связывает с приемом алкоголя. В анализах крови: лейкоцитоз – 13 тыс, диастаза мочи – 1024 ед. На УЗИ : свободная жидкость в брюшной полости, увеличение размеров головки поджелудочной железы, желчный пузырь 8 x 2см, конкрементов нет. Какой должна быть дальнейшая тактика хирурга?

- 1) консервативное лечение
- 2) лапаротомия, дренирование брюшной полости.
- 3) лечебно санационная лапароскопия, дренирование брюшной полости, блокада круглой связки печени р-ром новокаина.

Задача 8.

У больного 77лет с выраженной сердечной недостаточностью, выявлен деструктивный холецистит с явлениями интоксикации. Какому методу оперативного вмешательства отдать предпочтение:

- 1) лапароскопическая холецистостомия.
- 2) лапаротомия, холецистэктомия.
- 3) лапароскопическая холецистэктомия
- 4) холецистэктомия из мини-доступа

Задача 9.

Больная К, 57 лет поступила в хирургическое отделение с жалобами на боли в правой подвздошной области. Заболела 3-е суток назад, когда появились боли в эпигастральной области, тошнота. Затем боли иррадировали в правую подвздошную область, был жидкий однократный стул. Объективно: тем-ра 37 гр, живот умеренно болезненный в правой

подвздошной области, где пальпируется плотное образование. Выполнена диагностическая лапароскопия. Какое заключение наиболее вероятно?

1. острый аппендицит.
2. опухоль сигмовидной кишки.
3. аппендикулярный инфильтрат
4. кистама правого яичника

Задача 10.

У Больного К, 25 лет диагностирован острый флегмонозный аппендицит без явлений перитонита. Какой вид оперативного вмешательства наиболее предпочтительный:

- 1) аппендэктомия из разреза по Кохеру
- 2)) аппендэктомия из разреза по Волковичу-Дьяконову
- 3) лапароскопическая аппендэктомия
- 4) **все верно, кроме ответа а)**

Вопросы (20)

1. Цирроз печени. Классификация. Эндоскопическая семиотика. Способы взятия материала для гистологического исследования.
2. Лапароскопическая диагностика опухолей брюшной полости и их метастазов.
3. Диагностическая торакоскопия. Показания и противопоказания. Аппаратура и инструментарий.
4. Гемопневмоторакс. Возможности лечебно-диагностической торакоскопии.
5. Апоплексия яичников. Эндоскопическая диагностика и возможность хирургического лечения.
6. Осложнения во время лапароскопии и способы их предупреждения.
7. Лапароскопическая диагностика травматических повреждений органов брюшной полости.
8. Хирургическое лечение неосложненной желчекаменной болезни. Операция выбора.
9. Лапароскопическое оборудование (видеостойка, инструментарий).
10. Показания и противопоказания к выполнению лапароскопической холецистостомии.
11. Лапароскопическая спленэктомия. Этапы хирургического лечения.
12. Лапароскопическая герниопластика при паховых грыжах. Этапы хирургического лечения.
13. Виды малоинвазивного хирургического лечения при прободных язвах 12 п.к.
14. Панкреонекроз. Способы эндоскопического лечения.
15. Возможности эндоскопического оперативного лечения при очаговых поражениях печени.
16. Лапароскопическая аппендэктомия. Этапы хирургического лечения.
17. Возможности лечебной торакоскопии.
18. Лапароскопия в дифференциальной диагностике хирургических заболеваний органов брюшной полости.
19. Диагностическая лапароскопия. Показания и противопоказания. Методика выполнения. Возможные осложнения.
20. Острый аппендицит. Классификация. Эндоскопическая семиотика измененного червеобразного отростка.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «НЕЙРОХИРУРГИЯ»

Контрольные вопросы:

1. Краниография. Стандартные укладки. Роль краниографии для экстренной диагностики острой ЧМТ. Компьютерная томография: роль в экстренной диагностике ЧМТ,
2. Проводниковые расстройства чувствительности при поражении спинного мозга.
. Пункция боковых желудочков головного мозга. Методика, показания.
4. Особенности оказания неотложной помощи при травме шейного отдела позвоночника
5. Оценка витальных нарушений при черепно-мозговой травме. Экстренная помощь при нарушениях витальных функций.
6. Хирургическая тактика при травме позвоночника и спинного мозга. Показания к экстренному хирургическому вмешательству.
7. Оценка сознания. Оценка стволовых симптомов. Выявление признаков внутримозговых гематом.
8. Сочетанная ЧМТ. Особенности диагностики и неотложной помощи.
9. Осложнения при оперативных вмешательствах на головном мозге. Хирургическая тактика при ранении сагиттального синуса.
10. Показания к экстренному оперативному вмешательству при позвоночно-спинномозговой травме (ПСМТ), виды операций.
11. Неотложная помощь при травматическом шоке.
12. Классификация травматических повреждений спинного мозга. Ушиб спинного мозга, клиника, диагностика, лечение.
13. Современная классификация ЧМТ. Особенности открытой ЧМТ.
14. Коматозные состояния, шкалы определения уровня сознания.
15. Клиническая картина черепно-мозговых повреждений при алкогольной интоксикации. Лечение травматических повреждений черепа при алкогольной интоксикации.
16. Сотрясение головного мозга. Клиника, диагностика, лечение.
17. Современная классификация позвоночно-спинномозговой травмы (ПСМТ). Особенности открытой ПСМТ.
18. Тяжелая алкогольная интоксикация, симулирующая черепно-мозговые повреждения. Принципы диагностики и неотложной помощи при черепно-мозговых повреждениях на фоне алкогольного опьянения.
19. Компьютерная томография (КТ) головного мозга при ЧМТ. Суть метода, показания, диагностическая ценность в остром периоде ЧМТ.
20. Оценка витальных нарушений при черепно-мозговой травме. Экстренная помощь при нарушениях витальных функций.
21. Основные принципы реанимации и интенсивной терапии у больных с тяжелой черепно-мозговой травмой.
22. Ушиб спинного мозга. Клиника, диагностика.
23. Ушиб головного мозга. Клиника, диагностика.
- 24 Хирургическое лечение внутримозговых гематом. Варианты трепанаций.
25. Опухоли спинного мозга. Клиника, диагностика. Лечение.
26. Опухоли головного мозга. Классификация. Дифференциальная диагностика. Особенности клинической картины при новообразованиях разной локализации.
27. Методы лечения новообразований головного мозга. Основные принципы методов. Показания и противопоказания.

28. Симптомы поражения спинного мозга в зависимости расположения опухоли к его поперечнику.
29. Геморрагический инсульт головного мозга: нейрохирургические аспекты.
30. Аневризмы. Классификация. Клиника (геморрагический и догеморрагический период).
31. Ишемические инсульты. Классификация. Клиника в зависимости от типа инфаркта мозга.
32. Патология магистральных артерий головы и шеи. Клиника. Диагностика. Лечение.
33. Остеохондроз шейного отдела позвоночника. Клинические синдромы. Принципы лечения. Показания к хирургическому лечению.
34. Оперативные вмешательства при грыжах межпозвонкового диска на поясничном уровне.
35. Топографическая анатомия позвоночника
36. Дегенеративный стеноз позвоночного канала на поясничном уровне. Современные методики оперативного лечения.
37. Абсцесс головного мозга. Клиника. Диагностика. Методы хирургических вмешательств.

Примеры заданий, выявляющих практическую подготовку врача:

1. Магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга.
2. Сочетанная ЧМТ. Особенности неотложной помощи.
3. Классификация травматических повреждений спинного мозга. Ушиб спинного мозга, клиника, диагностика, лечение.
4. Оценка сознания. Оценка стволовых симптомов. Выявление признаков внутричерепных гематом.
5. Современная классификация ЧМТ. Особенности открытой ЧМТ.
6. Проводниковые расстройства чувствительности при поражении спинного мозга на разных уровнях.

Тестовые задания:

Инструкция: выберите один правильный ответ.

1. Центральный парез в конечностях развивается при поражении:
 - а) лобно-парасагиттальной области;
 - б) области прецентральной извилины;**
 - в) подкорковых ядер;
 - г) мозолистого тела;
 - д) мозжечка.
 2. Синдром аспонтанности включает в себя:
 - а) слабоумие;
 - б) депрессию;
 - в) отсутствие побуждений и безразличие к окружающему;**
 - г) эйфорическое слабоумие;
 - д) агрессия.
 3. Экстрапирамидные симптомы при опухолях лобной доли это: 1. крупноразмашистый тремор в конечностях 2. мелкоразмашистый тремор в конечностях 3. повышение тонуса в конечностях по спастическому типу 4. повышение тонуса в конечностях по пластическому типу 5. астазия-абазия.
- Выберите правильный ответ по схеме:
- а) если правильны ответы 1, 2 и 3

- б) если правильны ответы 1 и 3
- в) если правильны ответы 2 и 4**
- г) если правильный ответ 4
- д) если правильны все ответы

4. Дифференцировать опухоль лобной доли от опухоли заднечерепной локализации позволяют:
1. наличие гемипареза 2. повышение тонуса в парализованных конечностях 3. снижение тонуса в парализованных конечностях 4. наличие атаксии 5. наличие интенционного дрожания.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3
- б) если правильны ответы 1 и 3
- в) если правильны ответы 2 и 4
- г) если правильный ответ 4
- д) если правильны все ответы**

5. Дислокационный синдром при опухолях лобной доли характеризуется: 1. односторонним снижением корнеального рефлекса 2. Двусторонним снижением конеального рефлексов 3. спонтанным вертикальным нистагмом 4. спонтанным горизонтальным нистагмом 5. нарушением слуха.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3
- б) если правильны ответы 1 и 3
- в) если правильны ответы 2 и 4
- г) если правильный ответ 4
- д) если правильны все ответы

6. Сенсорная афазия преимущественно характеризуется: 1. Приступами торможения речи 2. невозможностью артикуляции 3. наличием словесных эмболов 4. непониманием речи 5. наличием парафазии.

Выберите правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3
- б) если правильны ответы 1 и 3
- в) если правильны ответы 2 и 4
- г) если правильный ответ 4**
- д) если правильны все ответы

7. Моторная афазия характеризуется:

- а) отсутствием понимания речи;
- б) невозможностью произношения слов;**
- в) скандированной речью;
- г) персеверациями;
- д) словесными эмболами.

8. Психопатологический лобно-базальный синдром характеризуется преимущественно:

- а) благодушием;
- б) эйфорией;**
- в) расторможенностью;
- г) акинетическим мутизмом;
- д) галлюцинациями.

9. Опухоли подкорковых узлов вызывают появление у больного всего перечисленного, кроме:
- а) **ранней внутричерепной гипертензии;**
 - б) элементов синдрома Дежерина – Руси;
 - в) гемигипестезии;
 - г) гемианестезии;
 - д) хореиформных пароксизмов.
10. Внутренняя капсула расположена
- а) между хвостатым и лентикулярным ядрами
 - б) между зрительным бугром и лентикулярным ядром
 - в) между наружной стенкой III желудочка и зрительным бугром
 - г) **между скорлупой и оградой**
 - д) правильного ответа нет
11. Причиной развития внутричерепной гипертензии является все перечисленное, исключая:
- а) артериальная гипертензия
 - б) отек мозга
 - в) **артериальная гипотензия**
 - г) нарушение оттока ликвора
12. При опухолях задней черепной ямки вегетативные симптомы возникают вследствие:
- а) **гидроцефалии III желудочка;**
 - б) гидроцефалии боковых желудочков;
 - в) гидроцефалии IV желудочка;
 - г) давления опухоли на ствол мозга;
 - д) всего перечисленного.
13. При стойких грубых бульбарных нарушениях, сочетающихся с дыхательной недостаточностью, требующей пролонгированной ИВЛ, больным с патологией ЗЧЯ следует:
- а) проводить ИВЛ через маску с кислородом;
 - б) проводить ИВЛ через оротрахеальную трубку;
 - в) проводить ИВЛ через наотрахеальную трубку;
 - г) **проводить ИВЛ через трахеостому;**
 - д) держать головной конец кровати в возвышенном положении.
14. К первичным опухолям позвоночника относятся:
- а) менингиомы;
 - б) **остеомы;**
 - в) невриномы;
 - г) холестеатомы;
 - д) липомы.
15. Симптом "остистого отростка" это:
- а) **локальная болезненность при перкуссии по остистым отросткам;**
 - б) разлитая болезненность при перкуссии по остистым отросткам;
 - в) появление локальных болей в позвоночнике после нагрузки по оси позвоночника;
 - г) иррадиирующие боли в конечности при ходьбе;
 - д) правильно а) и в).

16. Triple-H терапия это:

- а) гипернатриемия, гиперосмолярность, гипертензия;
- б) гиперкалиемия, гипертермия, гипотензия;
- в) гиповолемия; гипоосмолярность, гемодилюция;
- г) гипертензия; гиперволемиа, гемодилюция;**
- д) гипотензия, гиповолемия, гемодилюция.

17. При хирургии терминальных отделов основной артерии, особенно при дополнительном рас-
сечении намета мозжечка, важно контролировать:

- а) лицевой нерв;
- б) зрительный нерв;
- в) отводящий нерв;
- г) только б);
- д) варианты а) и в).**

18. Патогенез нарушений мозгового кровообращения при АВМ (без САК):

- а) спазм артерий;
- б) нарушение ликвородинамики;
- в) артерио-венозное шунтирование;**
- г) закупорка сосуда;
- д) гиперплазия эндотелия артерии.

19. К особенностям клинических проявлений при доброкачественных глиомах височной доли относятся:

- а) раннее возникновение фокальных судорог;
- б) длительное существование абсансов;
- в) наличие вкусовых галлюцинаций;
- г) ранние гипертензионные проявления;
- д) правильно б) и в).**

20. При медиальных гематомах предпочтительно хирургическое вмешательство:

- а) прямое;
- б) стереотаксическое;
- в) эндоваскулярное;
- г) декомпрессивная трепанация с установкой вентрикулярного дренажа;
- д) эндоскопическое.**

21. Причина образования внутримозговых гематом:

- а) окклюзия сосуда;
- б) разрыв сосуда;**
- в) стеноз сосуда;
- г) изгиб сосуда;
- д) диссекция интимы.

22. Сотрясение головного мозга относится:

- а) к легкой черепно-мозговой травме;**
- б) к средней черепно-мозговой травме;

- в) к тяжелой черепно-мозговой травме;
- г) к травме с повреждением костей черепа;
- д) к травме с субарахноидальным кровоизлиянием.

23. Для эпидуральной гематомы характерна:

- а) утрата сознания после травмы без светлого промежутка;
- б) утрата сознания, светлый промежуток, после чего повторная утрата сознания;**
- в) утрата сознания через определенное время после травмы;
- г) утрата сознания отсутствует;
- д) все перечисленное.

24. Наиболее часто ликворея возникает при повреждении:

- а) лобной пазухи;
- б) клиновидной пазухи;
- в) верхнечелюстной пазухи;
- г) решетчатой пластинки;**
- д) решетчатых ячеек.

25. Наиболее частая форма базальной ликвореи:

- а) скрытая;
- б) глазная;
- в) назальная;**
- г) ушная;
- д) носоглоточная.

26. Сроки хирургического вмешательства при непрекращающейся ликворее и неэффективности консервативного лечения:

- а) первые 1-3 дня;
- б) через неделю;
- в) через 2 недели;
- г) через 3 недели;**
- д) через 1,5 месяца.

27. Экстракраниальные вмешательства выполняют при локализации ликворной фистулы в области: 1. передних решетчатых ячеек 2. площадки клиновидной кости 3. клиновидной 4. пазухи решетчатой пластинки 5. задние решетчатые ячейки.

Выбрать правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2, 3
- б) если правильны ответы 1,3**
- в) если правильны ответы 2, 4
- г) если правильный ответ 4
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.

28. Показания к шунтирующим операциям: 1. неустановленная локализация ликворной фистулы 2. признаки повышения давления ЦСЖ 3. сочетание ликвореи с гидроцефалией 4. редкая спонтанная ликворея 5. труднодоступная локализация фистулы.

Выбрать правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2, 3

- б) если правильны ответы 1,3
- в) если правильны ответы 2, 4
- г) если правильный ответ 4
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.**

29. При внутричерепной гипертензии изменения пульса характеризуются:

- а) тахикардией;
- б) аритмией;
- в) экстрасистолией;
- г) брадикардией;**
- д) напряженностью пульса.

30. В стадии формирования капсулы абсцесса характерны:

- а) гипертермия;
- б) цитоз в ликворе;
- в) очаговая симптоматика;**
- г) менингеальная симптоматика;
- д) гипертензионный синдром.

31. Ранний травматический абсцесс характеризуется:

- а) очаговой симптоматикой;
- б) стволовой симптоматикой;
- в) гипертензионным синдромом;
- г) плеоцитозом;
- д) менингеальной симптоматикой.**

32. Пункционный (по Спасокукоцкому-Бакулеву) метод лечения абсцессов мозга показан:

- а) в стадии гнойно-воспалительного очагового энцефалита;
- б) в стадии формирования капсулы;
- в) в терминальной стадии;
- г) при поверхностном расположении абсцесса;
- д) при глубинном абсцессе.**

33. Ликворная гипертензия характеризуется:

- а) головной болью распирающего характера;**
- б) головной болью сжимающего характера;
- в) головной болью оболочечного характера;
- г) анизокория;
- д) болью в глазных яблоках.

34. При поступлении больного с черепно-мозговой травмой в приёмное отделение в первую очередь необходимо:

- а) провести неврологическое обследование;
- б) сделать диагностическую люмбальную пункцию;
- в) обеспечить адекватную оксигенацию и гемодинамику;**
- г) сделать анализ свёртывающей системы крови;
- д) определить водно-электролитные показатели.

35. Показанием для контроля внутричерепного давления не является: 1. тяжёлая черпно-мозговая травма; 2. коматозное состояние больного (менее 8 баллов по ШКГ); 3. отёк мозга, признаки смещения срединных структур; 4. контузионные очаги, гематомы; 5. компрессия базальных цистерн.

Выбрать правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2, 3
- б) если правильны ответы 1,3
- в) если правильны ответы 2, 4
- г) если правильный ответ 4
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.**

36. Ушиб задних отделов шейных сегментов спинного мозга сопровождается:

- а) Локальной болезненностью задней поверхности шеи;
- б) Болью, дрожанием, тазовыми нарушениями;
- в) Болью, дрожанием, гипертензией мышц шеи, рук, ног, иногда всего туловища;**
- г) Болью в затылочной области, онемением в кончиках пальцев, вялым верхним парапарезом;
- д) Верно а) и г).

37. Виды повреждений спинного мозга: 1. Сотрясение. 2. Ушиб 3. Сдавление 4. Полный анатомический перерыв спинного мозга. 5. Неполный анатомический перерыв спинного мозга.

Выбрать правильный ответ по схеме:

- а) если правильны ответы 1, 2, 3
- б) если правильны ответы 1,3
- в) если правильны ответы 2, 4
- г) если правильный ответ 4
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.**

38. Основные критерии оценки неврологического осмотра пациентов по классификации ASIA\IMSOP:

- а) Оценка мышечной силы и нарушений тазовых функций;
- 51
- б) Оценка болевой и тактильной чувствительности;
- в) Оценка болевой и тактильной чувствительности с оценкой выпадения периостальных рефлексов;
- г) Оценка мышечной силы, болевой и тактильной чувствительности;**
- д) Все неверно.

39. Хирургическая тактика при травме шейного отдела позвоночника включает:

- а) Декомпрессию спинного мозга;
- б) Стабилизацию позвоночника;
- в) Декомпрессию нервных элементов, стабилизацию позвоночника;**
- г) Декомпрессию нервных корешков, удаление компремирующего агента;
- д) Декомпрессию спинного мозга, ламинопластику.

40. Стабильность позвоночника определяется:

- а) Нормальное анатомическое соотношение тел позвонков при физиологических нагрузках;

б) Способность позвоночника при физиологических нагрузках поддерживать соотношения между позвонками таким образом, чтобы не было ни изначального, ни последующего повреждения спинного мозга или нервных корешков;

- в) Нормальное анатомическое соотношение тел позвонков в вертикальном положении;
- г) Сохранение оси позвоночника, отсутствие компрессии нервных структур;
- д) Верно в) и г).

41. В приемный покой поступил больной с флексионно-компрессионным механизмом перелома тела С6 позвонка со снижением высоты тела на $1/3$ без признаков сдавления спинного мозга. Ваша хирургическая тактика:

- а) Ламинэктомия. Корпородез с передними пластинами;
- б) Операция передним или комбинированным доступом. Консервативная терапия;
- в) Ношение жесткого воротника;**
- г) Вытяжение за скуловые дуги;
- д) Наложение HALO системы.

42. В приемный покой поступил больной с разгибательным механизмом перелома тела С5 позвонка с передним сдавлением спинного мозга. Ваша хирургическая тактика:

- а) Скелетное вытяжение за теменные бугры;
- б) Наложение HALO – системы;
- в) Корпородез и фиксация передними пластинами;**
- г) Все неверно;
- д) Верно а) и б).

43. Церебральное перфузионное давление:

- а) прямо пропорционально сумме системного давления и ВЧД;
- б) прямо пропорционально вязкости крови;
- в) обратно пропорционально радиусу церебрального сосуда;
- г) прямо пропорционально разнице системного давления и ВЧД;**
- д) равно внутричерепному давлению.

44. Сроки формирования зрелой костной мозоли после выполнения межтелового спондилодеза аутокостью:

- а) 1-2 месяца;
- б) 2-3 месяца;
- в) 3-4 месяца;
- г) 4-6 месяцев;**
- д) 6-8 месяцев.

45. Наиболее распространенное осложнение после операций передним доступом при травматическом повреждении шейного отдела позвоночника и спинного мозга:

- а) Повреждение твердой мозговой оболочки;
- б) Нагноение послеоперационной раны;
- в) Повреждение возвратного нерва;
- г) Повреждение пищевода, трахеи;
- д) Верно а) и б).**

46. Показания к декомпрессивно-стабилизирующим операциям в позднем периоде травматической болезни спинного мозга:
- а) Сохраняющаяся компрессия спинного мозга;
 - б) Нестабильность в поврежденных позвоночных двигательных сегментах;
 - в) Прогрессирование миелопатического синдрома;
 - г) Стойкий болевой синдром;
 - д) **Все верно.**
47. Синдромы остеохондроза позвоночника, не требующие открытого хирургического лечения:
- а) Компрессионные;
 - б) **Рефлекторные;**
 - в) Конского хвоста;
 - г) Миелопатический;
 - д) Верно а) и в).
48. Как определяется симптом Вассермана:
- а) Пациент лежит на спине, врач разгибает согнутую в колене ногу;
 - б) Пациент лежит на животе, врач сгибает ногу в коленном суставе;
 - в) Пациент лежит на спине, врач поднимает выпрямленную ногу;
 - г) **Пациент лежит на животе, врач поднимает выпрямленную ногу вверх;**
 - д) Все неверно.
49. Как определяется симптом Мацкевича:
- а) Пациент лежит на спине, врач разгибает согнутую в колене ногу;
 - б) **Пациент лежит на животе, врач сгибает ногу в коленном суставе;**
 - в) Пациент лежит на животе, врач поднимает выпрямленную ногу вверх;
 - г) Пациент лежит на спине, врач поднимает выпрямленную ногу;
 - д) Все неверно.
50. Локтевой нерв в верхней трети плеча располагается:
- а) в толще клювоплечевой мышцы;
 - б) **спереди от плечевой артерии;**
 - в) сзади от глубокой артерии плеча;
 - г) у задневнутреннего края плечевой артерии;
 - д) кнутри от лучевого нерва.
51. Седалищный нерв выходит из полости малого таза через:
- а) малое седалищное отверстие;
 - б) **подгрушевидное отверстие;**
 - в) надгрушевидное отверстие;
 - г) большое седалищное отверстие;
 - д) запирающее отверстие.
52. При повреждении периферического нерва наблюдаются следующие двигательные расстройства: 1. Парез с высокими рефlekсами 2. Парез с низкими рефlekсами 3. Паралич с высоким тонусом 4. Паралич с низким тонусом.
Выбрать правильный ответ по схеме:
- а) если правильны ответы 1, 2, 3
 - б) если правильны ответы 1,3

в) если правильны ответы 2, 4

г) если правильный ответ 4

д) если правильны все ответы

53. Признаками сочетанного повреждения нервов и сосудов являются: 1. Синюшный цвет конечности, отек, нарушение чувствительности 2. Красноватый цвет конечности, отек, нарушение чувствительности, уплотнение мышц 3. Нарушение движений, похолодание конечности 4. Распирающие, сдавливающие, рвущие боли.

Выбрать правильный ответ по схеме:

а) если правильны ответы 1, 2, 3

б) если правильны ответы 1,3

в) если правильны ответы 2, 4

г) если правильный ответ 4

д) если правильны все ответы

54. К методам диагностики повреждений сплетений и нервных стволов относятся: 1. Вентрикулография 2. КТ миелография 3. Ангиография 4. Электродиагностика.

Выбрать правильный ответ по схеме:

а) если правильны ответы 1, 2, 3

б) если правильны ответы 1,3

в) если правильны ответы 2, 4

г) если правильный ответ 4

д) если правильны все ответы

55. Наиболее частыми опухолями периферических нервов являются:

а) Нейрофибромы;

б) Липомы;

в) Фибросаркомы;

г) Злокачественные опухоли периферических нервов;

д) Шванномы.

56. Основные микрохирургические манипуляции, выполняемые при повреждении периферических нервов:

а) Невролиз;

б) Эндоневролиз;

в) Нейрорафия;

г) Нейротрансплантация;

д) Все перечисленные.

Ситуационные задачи.

Инструкция: ответьте на вопросы.

Задача. Пациент, 35 лет, поступил с жалобами на головную боль. Известно, что вчера вечером упал и ударился головой. Чувствовал себя удовлетворительно. Сегодня утром отметил усиление головной боли, тошноту. При поступлении состояние ухудшилось, стали нарастать нарушение сознания до сопора, расходящееся косоглазие за счет правого глазного яблока, мидриаз справа. В правых конечностях отмечено снижение мышечной силы до 4,0 баллов. Брадикардия до 40 уд/мин. На КТ выявляется структура высокой плотности в левой

теменно-височной области, прилегающая к внутренней костной пластинке.

Вопросы:

1. Как называется интервал между травмой и появлением неврологических симптомов?
2. Какому диагнозу соответствует такая клиника?

Ответ.

1. «Светлый» промежуток.
2. Эпидуральная гематома.

Задача. Пациент, 23 года, поступил в отделение с жалобами на слабость и похудание обеих рук, скованность в ногах при ходьбе, императивные позывы на мочеиспускание. В неврологическом статусе глубокие рефлексы с верхних конечностей низкие, в нижних конечностях выявляется умеренно выраженный нижний спастический паразетез. Коленные и ахилловы рефлексы повышены

D > S. Проводниковые расстройства чувствительности с уровня С5 с двух сторон. Симптом Бабинского с двух сторон, клонус стоп. На МРТ шейного отдела позвоночника выявлено увеличение поперечного размера спинного мозга на уровне С2–С6 позвонков за счет объемной структуры

с интенсивностью сигнала, близкой к серому веществу.

Вопросы:

1. Установите достоверный диагноз пациента. Какой специалист его должен установить?
2. Какое лечение необходимо провести?

Ответ.

1. Нейрохирург. Опухоль спинного мозга на уровне С2–С6 позвонков.
2. Оперативное лечение.

Задача. Пациент, 39 лет, поступил в неврологическое отделение в тяжелом состоянии. После эмоционального стресса, когда возникла сильная головная боль, отмечалась однократная рвота, кратковременное психомоторное возбуждение. При осмотре состояние тяжелое. Выраженный менингеальный синдром, отмечается двусторонний симптом Бабинского. При люмбальной пункции получен окрашенный кровянистый ликвор, вытекающий под повышенным давлением. После центрифугирования в осадке эритроциты покрывают все поле зрения.

Вопросы:

1. Какой диагноз можно установить?
2. Какой специалист должен определить тактику лечения?

Ответ.

1. Спонтанное субарахноидальное кровоизлияние, вероятно аневризматического генеза.

1. Нейрохирург после выполнения каротидной ангиографии.

- 2.

Задача. Приятель, бросив во время игры стеклянную полупустую бутылку, попал ею в правую височную область головы своего 16-летнего друга, который в течение 30 секунд казался оглушенным, но затем полностью был контактен, через сутки он внезапно впал в сопор. Его конечности

справа, стали слабыми. Доставленный через 25 минут в больницу, пострадавший не реагировал на боль. Пульс 40 уд/мин, аритмичный. Артериальное давление 120/70 мм рт. ст., справа мидриаз.

Вопросы:

1. Установите диагноз.
2. Какие диагностические исследования необходимо провести?

Ответ.

1. Субдуральная гематома справа.
2. Нейровизуализация (КТ, МРТ головного мозга).

Задача. Пациент 32 лет после дорожно-транспортного происшествия доставлен машиной скорой помощи. В приемном отделении развился судорожный припадок в виде подергиваний левой руки и левой половины лица. Щека слева «парусит», угол рта опущен. Левая рука, поднятая вверх, падает как «плеть», в левой ноге активные движения сохранены. Рефлексы средней живости, S > D. Слева симптом Бабинского.

Вопросы:

1. Какой диагноз установите?
2. В каком отделении должен лечиться пациент?

Ответ.

1. Закрытая черепно-мозговая травма. Травматическое кровоизлияние в правое полушарие головного мозга или ушиб головного мозга.
2. В нейрохирургическое отделение.

Задача. Пациент С., 20 лет, после ныряния в воду головой вниз, почувствовал слабость и онемение в руках и ногах. При осмотре выявлено: боль в шее, спастический умеренный тетрапарез, гипестезия с уровня С3, задержка мочи и кала, нарушение дыхания.

Вопросы:

1. Где локализуется патологический очаг?
2. Перелом какого позвонка можно заподозрить?
3. Какой метод подтвердит диагноз?

Ответ.

1. С2–С3 сегменты шейного отдела спинного мозга.
2. С3 позвонок.
3. МРТ шейного отдела позвоночника.

Задача. Пациентка, 30 лет, разбитым стеклом повредила верхнюю треть левого предплечья. После травмы сразу почувствовала отсутствие движений пальцев левой кисти, затем появились резкие жгучие боли в области левой ладони. В неврологическом статусе определяется ограничение сгибания I, II и, отчасти, III пальца левой кисти, затруднено сжатие пальцев в кулак. Пациентка не может противопоставить большой палец остальным. Карпорадиальный рефлекс слева снижен. Поверхностная чувствительность снижена на ладонной поверхности I–III пальцев левой кисти.

Вопросы:

1. Какой нерв пострадал?
2. Какое лечение необходимо назначить?
3. Показана ли консультация нейрохирурга?

Ответ.

1. Травматическая невропатия срединного нерва слева.
2. Нейропротекторы, сосудорегулирующая терапия, средства, улучшающие нервно-мышечную проводимость, витамины группы В, массаж, лечебная физкультура кисти.
3. Консультация нейрохирурга.

Задача Пациент, 50 лет, поступил в клинику с жалобами на сильные утренние головные боли с тошнотой и рвотой, пошатывание при ходьбе. Болен около 6 месяцев, когда появились головные боли, иногда была рвота. Постепенно присоединилось пошатывание при ходьбе, больше вправо. При осмотре — горизонтальный среднеразмашистый нистагм вправо. В позе Ромберга не устойчив. Диффузная мышечная гипотония в правых конечностях.

Вопрос:

1. Установите диагноз.

Ответ.

1. Опухоль мозжечка в правом полушарии.

Задача. Пациентка, 53 года, жалуется на головную боль в течение полутора лет, шаткость при ходьбе. Объективно: горизонтальный нистагм, атаксия при ходьбе. В позе Ромберга падает вправо. При выполнении пальценосовой и указательной пробы справа интенционное дрожание и мимопадание. Пяточноколенную пробу справа выполнить не может. Мышечный тонус в правых конечностях снижен.

Вопросы:

1. Какие методы исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?

2. Какое заболевание у данной пациентки?

Ответ.

1. МРТ или КТ головного мозга с контрастированием.

2. Опухоль правого полушария мозжечка.

Задача Пациентка, 32 года, заболела 3 года назад. Появилась головная боль, затем постепенно начали увеличиваться руки, ноги. Объективно: резко выражены надбровные дуги, нос большой, губы толстые, нижняя челюсть выступает вперед. Большие кисти и стопы. На глазном дне — нерезко

выраженные застойные диски зрительных нервов. На краниограмме отмечено увеличение размеров турецкого седла, истончение его стенки.

Вопросы:

1. Диагноз у этой пациентки?

2. Консультация какого специалиста должна быть назначена?

Ответ.

1. Аденома гипофиза.

2. Консультация нейрохирурга.

2. МРТ головного мозга с контрастированием и последующей консультацией нейрохирурга.

Задача В приемный покой доставлен пациент 40 лет, который внезапно потерял сознание после физической нагрузки. В неврологическом статусе при осмотре выявлено: кома I степени, оживлены глубокие рефлексы, симптом Бабинского с обеих сторон, ригидность мышц затылка, синдром Кернига.

Вопросы:

1. Диагноз? Какие методы исследования нужно выполнить для уточнения клинического диагноза?

2. Что может служить этиологическим фактором развития данного заболевания?

3. Тактика ведения пациента и лечения.

Ответ:

1. Субарахноидальное кровоизлияние. Необходимо выполнить люмбальную пункцию и КТ.

2. Аневризма, артерио-венозная мальформация, артериальная гипертензия.
3. Каротидная панангиография, консультация нейрохирурга для решения вопроса о хирургическом лечении.

Задача. Пациентка, 64 года, поступила в клинику с жалобами на сильную головную боль, светобоязнь, тошноту, слабость в правых конечностях. В анамнезе артериальная гипертензия. При осмотре: состояние тяжелое, глубокое оглушение, речевой контакт затруднен. Выявляются ригидность мышц затылка, симптомы Кернига. После люмбальной пункции получен ликвор с примесью крови. При КТ головного мозга отмечается распространение крови в субарахноидальном пространстве.

Вопросы:

1. Какой диагноз у данной пациентки?
2. Определите тактику ее дальнейшего ведения.

Ответ.

1. Спонтанное субарахноидальное кровоизлияние.
2. Консультация нейрохирурга для решения вопроса об оперативном лечении после каротидной панангиографии.

Задача . Пациент Н., 35 лет, обратился с жалобами на боли в поясничной области с иррадиацией в левую ногу. Боли возникли после подъема тяжелого груза. При осмотре выявлено: походка шатающаяся, ограничение движений в пояснично-крестцовом отделе позвоночника, болезненность при пальпации паравертебральных точек L5–S1 слева, с этой же стороны симптом Ласега 45 , не определяются подошвенный и ахиллов рефлекс, гипестезия в зоне иннервации S1.

Вопросы:

1. Установите топический и клинический диагноз.
2. Какие методы исследования нужно провести для уточнения диагноза?
3. Какое лечение необходимо назначить?

Ответ.

1. Дискогенная радикулопатия S1 слева.
2. МРТ пояснично-крестцового отдела.
3. Нестероидные противовоспалительные препараты, сосудистые препараты, миорелаксанты, витамины, физиотерапия.

Задача. Пациент перенес двухсторонний гнойный отит, поступил в отделение реанимации. При осмотре: состояние тяжелое, $t 40^{\circ}\text{C}$, выраженная головная боль, повторная рвота. Ригидность затылочных мышц, симптомы Кернига, Брудзинского. Черепные нервы без патологии. Левосторонний гемипарез со снижением силы до 4 баллов, симптом Бабинского слева. Левосторонняя гемигипестезия. В крови: лейкоцитоз свыше 15.000, СОЭ50 мм/час. В ликворе нейтрофильный плеоцитоз до 200 клеток в 1 мкл. На МРТ: объемное образование с капсулой в правой лобновисочной области.

Вопросы:

1. К какому осложнению привел гнойный отит?
2. С чем нужно дифференцировать заболевание?
3. Тактика ведения пациента.

Ответ.

1. К формированию абсцесса головного мозга в правом полушарии.

65

2. Необходимо проверить дифференциальный диагноз с вторичным гнойным менингитом, опухолью головного мозга, инсультом.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ОПЕРАТИВНАЯ ХИРУРГИЯ И ТОПОГРАФИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ»

БАНК ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ

1. В голено-подколенном канале проходят:
 1. большеберцовый нерв,
 2. задняя большеберцовая артерия,
 3. малоберцовая артерия,
 4. поверхностная ветвь большеберцового нерва,
 5. глубокая ветвь большеберцового нерва.

2. При переломе шейки плечевой кости повреждается:
 1. лучевой нерв,
 2. локтевой нерв,
 3. подмышечный нерв,
 4. срединный нерв,
 5. медиальный кожный нерв плеча.

3. "Когтистая кисть" формируется при повреждении:
 1. лучевого нерва,
 2. локтевого нерва,
 3. срединного нерва,
 4. подмышечного нерва,
 5. переднего межкостного нерва.

4. Специальные инструменты для производства трахеостомии:
 1. Острый однозубый крючок,
 2. Кровоостанавливающий зажим,
 3. Канюля люэра,
 4. Трахеорасширитель.

5. Хирургические доступы в сальниковую сумку:
 1. через печеночно-двенадцатиперстную связку,
 2. через желудочно-ободочную связку,
 3. через печеночно-желудочную связку,
 4. через брыжейку поперечно-ободочной кишки,
 5. через сальниковое отверстие.

6. Дно желудка проецируется:
 1. В правую подреберную область,
 2. Левую подреберную область,
 3. Правую боковую область,
 4. Левую боковую область,
 5. Эпигастральную область.

7. Места выхода кривой паховой грыжи:
 1. Латеральная паховая ямка,

2. Медиальная паховая ямка,
3. Надпузырная ямка,
4. Пупочное кольцо,
5. Наружное отверстие пахового канала.

8. При плевральной пункции иглу через межреберный промежуток следует проводить:

1. У нижнего края вышележащего ребра,
2. На середине расстояния между ребрами,
3. У верхнего края нижележащего ребра.

9. При перевязке какой артерии возможна гангрена мочевого пузыря:

1. пупочная артерия,
2. верхняя пузырная артерия,
3. нижняя пузырная артерия,
4. средняя прямокишечная артерия,
5. нижняя прямокишечная артерия.

10. Как осуществляется кровоснабжение предстательной железы:

1. верхняя пузырная артерия,
2. нижняя пузырная артерия,
3. средняя прямокишечная артерия,
4. нижняя прямокишечная артерия,
5. маточная артерия.

Перечень вопросов для собеседования

№	Вопросы для промежуточной аттестации	Проверяемые индикаторы достижения компетенций
1.	Топография подмышечной впадины. Границы, слои, топография сосудисто-нервного пучка, пути распространения гноя по клетчатке.	ОПК-5.1.1
2.	Топография желчного пузыря и внепеченочных желчных протоков (скелетотопия, синтопия, отношение к брюшине, кровоснабжение, иннервация, лимфоотток).	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
3.	Свободная кожная пластика (показания, этапы, техника).	ОПК-5.1.1
4.	Топография тазобедренного сустава (особенности строения, капсула, связочный аппарат, кровоснабжение). Линия Розер-Нелатона.	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
5.	Топографическая анатомия желудка (голотопия, синтопия, скелетотопия, связки, кровоснабжение, иннервация, отток лимфы).	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
6.	Шов и пластика сухожилий. Первичный и вторичный шов сухожилий.	ОПК-5.1.1
7.	Топография голени (границы, мышечно-фасциальные ложа, сосудисто-нервные пучки, клетчатка). Положение стопы при повреждении общего малоберцового и большеберцового нервов.	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
8.	Лимфатическая система шеи. Пути оттока лимфы от органов шеи.	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
9.	Топографо-анатомическое обоснование разрезов передней брюшной стенки.	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
10.	Топография бедренного канала.	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4

11.	Топография шейного отдела трахеи и пищевода (синтопия, скелетотопия, связки, кровоснабжение, иннервация, отток лимфы).	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
12.	Показания и техника операций наложения противоестественного заднего прохода (одноствольный и двухствольный).	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
13.	Топография голени (границы, мышечно-фасциальные ложа, сосудисто-нервные пучки, клетчатка). Положение стопы при повреждении общего малоберцового и большеберцового нервов.	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
14.	Топография ягодичной области (границы, слои, фасциальные ложа, клетчатка, сосуды и нервы, их проекция на кожу).	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
15.	Топография диафрагмы (кровоснабжение, иннервация, лимфоотток).	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
16.	Основные операции по восстановлению тока крови при поражении сосудов. Закрытая тромбэктомия, открытая тромбэктомия, аутовенозная пластика, шунтирование синтетическими протезами.	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
17.	Топография лестничных щелей и лестнично-позвоночного треугольника (границы, содержимое).	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
18.	Топография поджелудочной железы (голотопия, скелетотопия, синтопия, кровоснабжение, иннервация, отток лимфы, хирургические доступы к железе).	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
19.	Хирургические доступы к сердцу. Шов сердца.	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4, ПК-1.1.5
20.	Топография плеча (границы, мышечно-фасциальные ложа, топография сосудисто-нервных пучков, пути распространения гноя).	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
21.	Околоушно-жевательная область. Топография околоушной железы и ее выводного протока.	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
22.	Техника операций при косой паховой грыже.	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
23.	Топография стопы (мышечно-фасциальные ложа тыла и подошвы, сосудисто-нервные пучки, пути распространения гнойных процессов).	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
24.	Клетчаточные пространства шеи и их клиническое значение.	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
25.	Особенности резекции желудка по Бильрот - I и Бильрот – II. Дата первой операции в России.	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
26.	Топография подколенной ямки (границы, слои, сосудисто-нервные пучки). Ямка Жобера. Пути распространения гноя из ямки.	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
27.	Топография сальниковой сумки и сальникового отверстия, их клиническое значение.	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
28.	Понятие об аортокоронарном шунтировании.	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4, ПК-1.1.5
29.	Топография бедренного канала.	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
30.	Топография межреберья (слои, сосудисто-нервный пучок).	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
31.	Техника резекции тонкой кишки, виды межкишечных анастомозов.	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
32.	Топография бедренного треугольника. Запирательный канал, его клиническое значение.	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
33.	33.Техника перевязки наружной сонной артерии, восстановление коллатерального кровотока после перевязки.	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
34.	Топография пахового канала (стенки, глубокое и поверхностное паховые кольца, содержимое канала).	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4

35.	Топография париетальной плевры. Границы, отделы, плевральные синусы, кровоснабжение, иннервация, лимфоотток.	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
36.	Техника фасциопластической ампутации голени в средней трети.	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
37.	Топография бедренного треугольника. Приводящий канал бедра (Гунтеров). Распространение гноя по клетчатке.	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
38.	Топография сердца и перикарда (скелетотопия, синтопия, голотопия, синусы перикарда, кровоснабжение, иннервация, отток лимфы).	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
39.	Первичная хирургическая обработка ран лица.	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
40.	Топография поперечного распила плеча в средней трети.	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
41.	Топография лобно-теменно-затылочной области. Границы, особенности артериального и венозного кровоснабжения. Клетчаточные слои мягких тканей свода черепа (клиническое значение).	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
42.	Ваготомия (показания, виды, техника операции).	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
43.	Топография поднижнечелюстного треугольника. Треугольник Пирогова (границы, слои, содержимое, практическое значение).	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
44.	Прямая кишка (синтопия, скелетотопия, особенности строения, кровоснабжение, иннервация, лимфоотток).	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
45.	Топографо-анатомическое обоснование ректального обследования (ректороманоскопия).	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
46.	Локализация флегмон кисти и техника операций при них.	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
47.	Топография височной области. Черепно-мозговая топография: схема Кронлейна.	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
48.	Послойная топография передне-боковой стенки живота (деление на области, слои, кровоснабжение, иннервация, лимфоотток).	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
49.	Понятия о хирургической операции. Классификация, основные этапы.	ОПК-5.1.1
50.	Топография поперечного распила голени в средней трети.	ОПК-5.1.1
51.	Топография легких (деление на доли, зоны, сегменты). Иннервация, кровоснабжение, отток лимфы. Топография корня легкого.	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
52.	Сосудистый шов – требования, методика, принципы наложения сосудистого шва, бесшовное соединение кровеносных сосудов.	ОПК-5.1.1
53.	Топографическая анатомия щечной области. Границы, кровоснабжение, иннервация, лимфоотток.	ОПК-5.1.1
54.	Топография таза. Скелет, мышцы, фасции, клетчаточные пространства, артерии и вены таза.	ОПК-5.1.1,
55.	Операции при проникающих ранениях грудной клетки. Пневмоторакс (открытый, закрытый, клапанный). Дренирование плевральной полости.	ОПК-5.1.1
56.	Коллатеральное кровоснабжение верхней конечности. Лопаточный артериальный круг. Артериальная сеть локтевого сустава.	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
57.	Деление лица на области. Особенности артериального и венозного кровоснабжения и их практическое значение. Иннервация лица, лимфоотток.	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4

58.	Техника и показания к операции гастростомии (по Витцелю, Топроверу).	ОПК-5.1.1,
59.	Топография и функция лицевого нерва.	ОПК-5.1.1,
60.	Ход брюшины. Отношение органов к брюшине. Малый и большой сальник. Сумки брюшины: печеночные, преджелудочная, сальниковая.	ОПК-5.1.1
61.	Пластика кожи на питающей ножке. Показания, техника выполнения.	ОПК-5.1.1,
62.	Топография предплечья. Границы, мышечно-фасциальные ложа топография сосудисто-нервных пучков. Пространство Пирогова-Парона.	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
63.	Топография и функции тройничного нерва.	ОПК-5.1.1
64.	Холецистэктомия (показания, техника операции).	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
65.	Топография локтевой ямки (границы, содержимое).	ОПК-5.1.1,
66.	Топография гортани (внешние ориентиры, синтопия, скелетотопия, строение, кровоснабжение, иннервация).	ОПК-5.1.1
67.	Аппендэктомия доступом по Волковичу-Дьяконову, параректальным разрезом по Ленандеру. Достоинства и недостатки этих разрезов. Методы обработки культи отростка.	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
68.	Топография белой линии живота, пупочного кольца, влагалища прямых мышц живота.	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
69.	Топография селезенки (голотопия, синтопия, скелетотопия, связки, кровоснабжение, иннервация, лимфоотток). Хирургические доступы к селезенке.	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
70.	Панариций. Виды и локализация. Хирургические разрезы при панарициях.	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
71.	Топография глубокой области лица (клетчаточные промежутки, сосуды, нервы).	ОПК-5.1.1
72.	Топография тощей и подвздошной кишки (голотопия, скелетотопия, синтопия, кровоснабжение, иннервация, лимфоотток). Отличия тонкой кишки от толстой.	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
73.	Хирургическое лечение маститов. Топографическое обоснование применяемых разрезов.	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
74.	Поперечный распил предплечья в средней трети.	ОПК-5.1.1,
75.	Топография сосцевидной области. Формы строения сосцевидного отростка. Трепанационный треугольник Шипо. Осложнения при выполнении трепанации отростка.	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
76.	Кожная пластика местными тканями (показания, техника выполнения).	ОПК-5.1.1
77.	Топография средостения (границы, органы). Топография грудного отдела пищевода. Кровоснабжение, локализация порто-квальных анастомозов.	ОПК-5.1.1
78.	Топография слепой кишки и червеобразного отростка (кровоснабжение, иннервация, лимфоотток).	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
79.	Техника костно-пластической ампутации бедра по Гритти-Альбрехту.	ОПК-5.1.1,
80.	Топография плечевого сустава. Особенности строения, связки, ход капсулы, кровоснабжение, иннервация, лимфоотток. Техника пунк-	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4

	ции.	
81.	Слабые места передне-боковой стенки живота. Классификация грыж. Наружные грыжи живота.	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
82.	Хирургические инструменты. Классификация. Правила пользования.	ОПК-5.1.1
83.	Топография ягодичной области (границы, сосуды, нервы, их проекция на кожу). Пути распространения гноя.	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
84.	Топографическая анатомия щитовидной и паращитовидных желез. Кровоснабжение, топография возвратных нервов.	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
85.	Техника операции бедренной грыжи по Бассини.	ОПК-5.1.1
86.	Топография и строение синовиальных влагалищ сухожилий ладонной поверхности кисти и пальцев.	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
87.	Топография почек (голотопия, скелетотопия, синтопия, кровоснабжение, иннервация, лимфоотток).	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
88.	Топографо-анатомическое обоснование методов дренирования сальниковой сумки.	ОПК-5.1.1
89.	Топография поперечного распила бедра на уровне средней трети.	ОПК-5.1.1
90.	Топография ободочной кишки (голотопия, скелетотопия, синтопия, кровоснабжение, иннервация, лимфоотток).	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
91.	Алгоритм доступа к забрюшинному пространству по Бергману-Израэлю.	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
92.	Топография внутреннего основания черепа.	ОПК-5.1.1
93.	Топография диафрагмы (строение, функции, кровоснабжение, иннервация). Треугольники диафрагмы и их клиническое значение.	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
94.	Трахеостомия. Классификация, показания, техника выполнения, инструменты. Возможные осложнения.	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4, ПК-1.1.6, ПК-1.1.5
95.	Фасции и клетчаточные пространства шеи. Клиническое значение. Пути распространения гноя.	ОПК-5.1.1
96.	Ампутация бедра трехмоментным конусо-круговым способом по Пирогову.	ОПК-5.1.1
97.	Топография желчного пузыря и внепеченочных желчных протоков.	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
98.	Топография кисти (границы, слои, клетчаточные пространства, сосуды). Положение кисти при повреждениях лучевого, локтевого и срединного нервов.	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
99.	Топография 12-ти перстной кишки (голотопия, скелетотопия, синтопия, кровоснабжение, иннервация, лимфоотток).	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
100.	Декомпрессивная трепанация черепа. Показания. Техника.	ОПК-5.1.1
101.	Топография коленного сустава. Особенности строения, ход капсулы, связочный аппарат, завороты, их клиническое значение, техника пункции сустава.	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
102.	Топография сосудов и нервов забрюшинного пространства: аорты, нижней полой вены, забрюшинных лимфоузлов, поясничного отдела симпатического ствола, чревного сплетения.	ОПК-5.1.1
103.	Методы обследования желчевыводящей системы. Топографо-анатомическое обоснование.	ОПК-5.1.1

104.	Строение локтевого сустава, кровоснабжение, техника прокола.	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
105.	Топография сосудов и нервов заднего средостения: грудной аорты, непарной и полунепарной вен, симпатического ствола и грудного лимфатического протока.	ОПК-5.1.1
106.	Техника кишечного шва. Шов Альберта, Ламбера, Шмидена.	ОПК-5.1.1
107.	Топография молочной железы (голотопия, скелетотопия, строение, кровоснабжение, иннервация, лимфоотток).	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
108.	Топография мочевого пузыря, мочеточников, уретры (синтопия, скелетотопия, строение, кровоснабжение, иннервация, лимфоотток).	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
109.	Резекция ребра (показания, техника).	ОПК-5.1.1
110.	Топография сонного треугольника шеи (границы, слои, топография сосудисто-нервного пучка).	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
111.	Этажи таза (границы, содержимое). Клиническое значение образований брюшины малого таза.	ОПК-5.1.1
112.	Оперативная хирургия почек. Нефрэктомия, пиелотомия.	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
113.	Топография плеча (границы, мышечно-фасциальные ложа, сосудисто-нервные пучки, ход клетчатки).	ОПК-5.1.1
114.	Фасции шеи и их клиническое значение.	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
115.	Топография подколенной ямки (границы, слои, топография сосудисто-нервного пучка). Пути распространения гноя.	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
116.	Оболочки мозга. Синусы твердой мозговой оболочки. Межоболочечные пространства.	ОПК-5.1.1
117.	Остановка кровотечения из паренхиматозных органов.	ОПК-5.1.1
118.	Топографическая анатомия щитовидной и паращитовидных желез (синтопия, кровоснабжение, иннервация, лимфоотток).	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
119.	Проекция органов брюшной полости на передне-боковую стенку живота.	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
120.	Паранефральная новокаиновая блокада по А.В. Вишневскому.	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
121.	Деление лица на области, особенности артериального и венозного кровоснабжения, практическое значение.	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
122.	Топография поясничной области (фасциально-мышечная ложа, топография и клиническое значение треугольников Лесгафта и Пти).	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
123.	.Алгоритм доступа по Волковичу-Дьяконову.	ОПК-5.1.1
124.	Топография дельтовидной и лопаточной областей (границы, мышечно-фасциальные ложа, сосудисто-нервные пучки, пути распространения гноя).	ОПК-5.1.1
125.	Топография каналов и пазух нижнего этажа брюшной полости, пути распространения экссудата и крови.	ОПК-5.1.1
126.	Первичная хирургическая обработка ран головы, особенности обработки ран лица.	ОПК-5.1.1
127.	Топография печени (голотопия, скелетотопия, синтопия, связи, сегменты, особенности кровоснабжения, иннервации, лимфооттока).	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
128.	Топография матки и ее придатков (скелетотопия, синтопия, строение, кровоснабжение, иннервация, лимфоотток).	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
129.	Костно-пластическая ампутация голени по Пирогову.	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4

130.	Особенности строения костей свода и основания черепа. Локализация и диагностика переломов. Возможные осложнения.	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
131.	Топографо-анатомическое обоснование портальной гипертензии. Виды. Локализация порто-кавальных анастомозов. Принципы хирургического лечения.	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
132.	Определение эндоскопической хирургии. Этапы развития. Аппаратное и инструментальное обеспечение. Преимущества эндоскопической операции.	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
133.	Топография кисти (границы, слои, клетчаточные пространства, сосуды).	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
134.	Топография медиального сосудисто-нервного пучка шеи (проекционная линия, синтопия, голотопия, уровень бифуркации общей сонной артерии, рефлексогенные зоны, отличительные признаки наружной и внутренней сонных артерий в операционной ране).	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
135.	Костно-пластическая трепанация черепа. Показания, техника.	ОПК-5.1.1
136.	Поперечный распил плеча в средней трети.	ОПК-5.1.1
137.	Топография лобно-теменно-затылочной области. Особенности артериального и венозного кровоснабжения. Клетчаточные слои мягких тканей свода черепа.	ОПК-5.1.1
138.	Техника ваго-симпатической блокады по А.В. Вишневному.	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
139.	Топография поперечного распила голени в средней трети.	ОПК-5.1.1
140.	Лимфатическая система молочной железы. Пути оттока лимфы.	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
141.	Алгоритм косопоперечного доступа Кохера к органам верхнего этажа брюшной полости.	ОПК-5.1.1
142.	Топографическая анатомия щечной области (границы, кровоснабжение, иннервация, лимфоотток).	ОПК-5.1.1
143.	Топография брюшины, свойства брюшины. Отношения органов брюшной полости к брюшине.	ОПК-5.1.1
144.	Алгоритм косопоперечного доступа С.П. Федорова к органам верхнего этажа брюшной полости.	ОПК-5.1.1
145.	Топография и функция тройничного нерва.	ОПК-5.1.1
146.	Топография грудного отдела пищевода. Деление на участки, их синтопия, кровоснабжение, места локализации порто-кавальных анастомозов.	ОПК-5.1.1
147.	ПХО ран шеи. Типичные хирургические разрезы при абсцессах и флегмонах шеи.	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
148.	Коллатеральное кровообращение нижней конечности (коллатерали в области бедра, артериальная сеть коленного сустава).	ОПК-5.1.1
149.	Топография забрюшинного пространства (границы, слои, фасции, клетчаточные пространства).	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4
150.	Техника выполнения струмэктомии по Кохеру и Николаеву.	ОПК-5.1.1, ПК-1.1.4

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «СИМУЛЯЦИОННЫЙ КУРС ПСА»

Тестовые задания

<p>I Раздел 1 «Заболевания и травмы органов брюшной полости»</p>	<p>1. Тампонирование подпеченочного пространства после холецистэктомии наиболее показано</p> <ul style="list-style-type: none">а) При остром деструктивном холецистите;б) При неушитом ложе удаленного желчного пузыря;в) При возможности возникновения кровотечения из ложа желчного пузыря;г) При редких швах ложа удаленного желчного пузыря;д) Тампон не ставят. <p>2. При выборе способа хирургического пособия при перфоративной язве желудка обычно руководствуются:</p> <ul style="list-style-type: none">а) Сроком с момента прободения;б) Степенью воспалительных изменений брюшины;в) Величиной перфоративного отверстия;г) Локализацией перфоративного отверстия;д) Возрастом больного. <p>3. Для уточнения диагноза кровоточащей язвы желудка в первую очередь необходимо сделать:</p> <ul style="list-style-type: none">а) Анализ кала на скрытую кровь;б) Контрастную рентгеноскопию желудка;в) Анализ желудочного сока на скрытую кровь;г) Фиброгастроскопию;д) Определение гемоглобина и гематокрита. <p>1. При язвенной болезни, осложненной кровотечением, рвота содержимым желудка цвета "кофейной гущи" может наблюдаться при всех следующих локализациях язвы: 1. На малой кривизне желудка; 2. В кардиальном отделе желудка; 3. В антральном отделе желудка; 4. В нижнем отделе пищевода; 5. В постбульбарном отделе двенадцатиперстной кишки. Выберите правильные ответы.</p> <p>5. Жалобы больного после резекции желудка на тяжесть в эпигастрии, слабость - вплоть до обморока после приема сладкой или молочной пищи являются признаками:</p> <ul style="list-style-type: none">а) Инсулемы поджелудочной железы;б) Синдрома приводящей петли;в) Пептической язвы анастомоза;г) Демпинг-синдрома;д) Синдрома малого желудка. <p>6. Секретин образуется:</p> <ul style="list-style-type: none">а) В двенадцатиперстной кишке;б) В печени;в) В поджелудочной железе;г) В дистальных отделах тонкой кишки; <p>7. К симптомам стенозирующей язвы двенадцатиперстной кишки относятся: 1. Рвота; 2. Шум плеска над проекцией желудка; 3. Наличие чаш Клойбера; 4. Отрыжка; 5. Похудание. Выберите правильный ответ</p> <p>8. Резекция на выключение может быть выполнена:</p> <ul style="list-style-type: none">а) При низкой постбульбарной язве;б) При пенетрации язвы в печеночно-дуоденальную связку;в) При плотном воспалительном инфильтрате в области двенадцатиперстной кишки;г) При пенетрации язвы в головку поджелудочной железы;д) При пенетрации язвы в печень. <p>9. При сочетании алкогольной интоксикации с перфорацией гастродуоденальных язв возникают определенные диагностические трудности, обусловленные:</p> <ul style="list-style-type: none">а) Снижением болевого синдрома, что приводит к угасанию рефлексов со стороны передней
--	--

	<p>брюшной стенки; б) Поздней обращаемостью; в) Возможностью психозов; г) Возможностью суицидальных попыток; д) Всем перечисленным.</p> <p>10. Наиболее достоверными клиническими проявлениями перфоративной язвы желудка являются: а) Рвота; б) Желудочное кровотечение; в) Напряжение передней брюшной стенки, отсутствие печеночной тупости; г) Частый жидкий стул; д) Икота.</p> <p>11. Для подготовки больного к операции по поводу стеноза желудка язвенного происхождения необходимо: 1. Назначение соляной кислоты с пепсином в большом количестве; 2. Промывание желудка; 3. Введение растворов электролитов; 4. Введение белковых растворов; 5. Коррекция нарушения кислотно-щелочного состояния. Выберите правильный ответ.</p> <p>12. Острое расширение желудка может быть быстро распознано: а) Рентгенографией грудной клетки в вертикальном положении; б) Лапароцентезом; в) Назогастральной интубацией; г) Перкуссией брюшной стенки; д) Исследованием плазмы крови на серотонин.</p> <p>13. Злокачественную трансформацию наиболее часто претерпевают: а) Язвы луковицы двенадцатиперстной кишки; б) Постбульбарные язвы; в) Язвы малой кривизны желудка; г) Язвы большой кривизны желудка; д) Язвы всех указанных локализаций.</p> <p>14. Срочное хирургическое вмешательство требуется при следующих осложнениях язвенной болезни: а) Остановившееся желудочное кровотечение; б) Перфоративная язва; в) Пенетрирующая язва; г) Стеноз выходного отдела желудка; д) Малигнизированная язва.</p> <p>15. Консервативное лечение перфоративной язвы желудка или двенадцатиперстной кишки по Тейлору заключается: а) В применении щелочей и средств, снижающих перистальтику желудка; б) В периодическом (каждые 4-5 часов) зондировании желудка, внутривенном вливании жидкости и фармакологической блокаде блуждающего нерва; в) В постоянном промывании желудка охлажденным физиологическим раствором; г) В местной гипотермии и внутривенном вливании жидкости; д) В постоянной аспирации содержимого желудка, внутривенном введении жидкостей, назначении антибиотиков.</p>
<p>Раздел 2 «Хи- рургические за- болевания лег- ких»»</p>	<p>16. При наличии у больного абсцесса легкого бронхоскопию следует рассматривать как метод: а) Не имеющий никакого значения; б) Имеющий значение для уточнения диагноза; в) Имеющий лечебное значение; г) Имеющий лечебное и диагностическое значение; д) Имеющий ограниченное применение, как вредный и опасный.</p>

17. Учитывая локализацию межреберного сосудисто-нервного пучка пункцию плевральной полости безопаснее проводить: 1. Во 2-3 межреберных промежутках по средней ключичной линии по нижнему краю ребра; 2. **В 7-8 межреберных промежутках по паравerteбральной линии по верхнему краю ребра;** 3. **В 7-8 межреберных промежутках по средней подмышечной линии по верхнему краю ребра;** 4. В любом из указанных мест.

18. Рентгенологически определяемый ателектаз сегмента легкого, доли или всего легкого обязывает врача в первую очередь исключить:

- а) **Центральный рак легкого;**
- б) **Доброкачественную опухоль (центральную);**
- в) Пневмонию;
- г) Пневмоторакс;
- д) Инородное тело.

19. . Достоверным признаком разрыва купола диафрагмы является:

- а) Боль в грудной клетке с иррадиацией в надплечье.
- б) Боль в предреберье.
- в) **Пролабирование органов брюшной полости в грудную, выявляемое при рентгенологическом исследовании.**
- г) **Ослабленное дыхание на стороне травмы.**
- д) **Общее тяжелое состояние больного.**

20. Больной попал в автомобильную катастрофу. Диагностирован левосторонний гемопневмоторакс, подкожная эмфизема левой половины грудной клетки. Рентгенологически обнаружен перелом V, VI, VII ребер слева, причем перелом VI ребра со смещением костных отломков и проникновением одного из них в легочную ткань. Ваши действия включают:

- а) Только дренирование плевральной полости;
- б) Гемостатическую консервативную терапию;
- в) **Торакотомию, остеосинтез ребер и ушивание раны легкого;**
- г) Искусственную вентиляцию легких;
- д) Экстраплевральный остеосинтез.

21. Больной 3 часа назад получил ножевое ранение левой половины грудной клетки. Кожные покровы бледные. Тоны сердца глухие, тахикардия, АД-80/ 20 мм рт. ст. Пульс на лучевых артериях нитевидный. Имеет место укорочение перкуторного звука. Можно предположить:

- а) Ранение легкого;
- б) Торакоабдоминальное ранение;
- в) **Ранение сердца;**
- г) Ранение крупных сосудов средостения;
- д) Плевропульмональный шок.

22. . Больной получил дорожную травму. В процессе обследования выявлен перелом костей таза. Над левой половиной грудной клетки выслушиваются перистальтические шумы. У данного больного можно предположить:

- а) Внутривнутрибрюшное кровоизлияние;
- б) Разрыв легкого;
- в) Тупую травму сердца;
- г) **Разрыв левого купола диафрагмы с пролабированием органов брюшной полости в грудную;**
- д) **Для решения вопроса о характере сочетанной травмы необходимы дополнительные методы исследования.**

23. У больного, поступившего с двусторонним переломом ребер, имеется выраженная подкожная эмфизема. По клиническим и рентгенологическим данным признаков пневмоторакса и гемоторакса нет. Необходимо предпринять:

- а) Дренирование плевральной полости справа;
- б) Дренирование обеих плевральных полостей;
- в) **Введение игл в подкожную клетчатку передней поверхности грудной клетки;**
- г) **Насечки на коже грудной клетки и шеи;**
- д) **Динамическое наблюдение.**

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

- а) Бронхоскопию;
- б) **Трансторакальную игловую биопсию;**
- в) Катетеризационную биопсию при бронхоскопии;
- г) Повторное исследование мокроты на ВК и опухолевые клетки;

- д) Исследование промывных вод при бронхоскопии
25. Абсолютным показанием для широкой торакотомии при проникающем ранении грудной клетки является:
- а) Пневмоторакс;
 б) Свернувшийся гемоторакс;
 в) **Продолжающееся кровотечение в плевральную полость;**
 г) Проникающее ранение грудной клетки;
 д) Гемопневмоторакс.
26. . Больному 47 лет. Давно и много курит. В течение последних месяцев почти ежедневно кро-
 вохарканье. Необходимо заподозрить:
- а) Хронический абсцесс легкого;
 б) Хроническую пневмонию;
 в) **Рак легкого;**
 г) Туберкулез легкого;
 д) Пневмосклероз.
27. Наиболее выгодное место дренирования плевральной полости для устранения пневмоторакса:
- а) **2-е межреберье по средней ключичной линии;**
 б) 4-е межреберье по передней подмышечной линии;
 в) 7-е межреберье по передней аксиллярной линии;
 г) 8-е межреберье по задней аксиллярной линии;
 д) 3-е межреберье по средней ключичной линии.
28. Возбудителем гидраденита чаще всего является:
- а) **Стрептококк;**
 б) Протей;
 в) **Стафилококк;**
 г) Синегнойная палочка;
 д) Кишечная палочка.
30. Для флегмоны характерно все перечисленное: 1. **Общее недомогание;** 2. **Повышение температуры тела;** 3. **Локальная болезненность;** 4. **Локальная гиперемия кожи;** 5. Полость с гноем, окруженная капсулой. Выберите правильный ответ
31. При фурункуле лица с высокой температурой применяется: 1. Строгий постельный режим; 2. **Широкое раскрытие гнойного очага;** 3. Пища в жидком состоянии; 4. **Инфузионная дезинтоксикационная терапия.** Выберите правильный ответ
32. Наиболее опасными осложнениями глубокой флегмоны шеи являются: 1. **Гнойный медиастинит;** 2. **Гнойный менингит;** 3. **Сдавление дыхательных путей;** 4. **Прорыв гноя в пищевод;** 5. **Сепсис.** Выберите правильный ответ.
33. Операцию артротомии при гнойном артрите производят:
- а) При обширном разрушении суставных концов костей;
 б) **При многократных повторных пункциях сустава, не дающих стойкого эффекта;**
 в) **При наличии гноя в полости сустава;**
 г) При разрушении связочного аппарата сустава;
 д) При резко выраженном болевом синдроме.
34. . Профилактическое введение противостолбнячной сыворотки необходимо при: 1. **Ушибленной ране головы;** 2. **Термическом ожоге бедра 2-й степени;** 3. Остром гангренозном аппендиците; 4. **Открытом переломе плеча;** 5. Закрытом переломе голени. Выберите правильный ответ .
35. Наиболее рациональными путями введения антибиотиков при сепсисе являются:
- а) Пероральный;
 б) Внутримышечный и внутривенный;
 в) **Внутривенный и эндолимфатический;**
 г) Внутрикостный и внутримышечный;
 д) Эндолимфатический.
36. Для септикопиемии характерны:
- а) **Общая слабость, истощение организма;**
 б) **Метастазирование гнойных очагов в различные органы и ткани;**
 в) Резкая болезненность и бурное воспаление поверхностных гнойных метастазов;
 г) **Гектическая температура;**
 д) Относительное стихание процесса к концу образования гнойных метастазов.
37. . При наличии поддиафрагмального абсцесса показана: а) Срочная операция - вскрытие абсцесса;

- б) **Пункция абсцесса**; в) Наблюдение; г) **Консервативная терапия**; д) Лапароскопия.
38. Флегмона забрюшинного пространства как осложнение острого аппендицита развивается при:
- а) Переднем подпеченочном расположении червеобразного отростка
 б) Местном перитоните в правой подвздошной области
 в) **Ретроперитонеальном расположении червеобразного отростка**
 г) Медиальном расположении червеобразного отростка
 д) Расположении червеобразного отростка латерально от слепой кишки.
39. К осложнениям сепсиса относятся: 1. **Септические кровотечения**; 2. **Тромбоэмболия артерий конечностей или внутренних органов**; 3. Асцит, анасарка; 4. Септический эндокардит; 5. **Пневмония. Выберите правильный ответ**
40. К мероприятиям, рекомендуемым при сепсисе, относятся: 1. **Вскрытие гнойного очага**; 2. **Ограниченное введение жидкости**; 3. **Внутримышечное введение антибиотиков**; 4. Переливание крови; 5. **Введение витаминов**. Выберите правильный ответ.
41. Возникновение воздушной эмболии сосудов головного мозга после операции на органах шеи объясняется: 1. незаращением межпредсердной перегородки; 2. незаращением артериального протока; 3. незаращением межжелудочковой перегородки; 4. **плотным срастанием вен шеи с фасциями**; 5. **рассечением фасциально-клеточных пространств шеи**. Выберите правильный ответ.
42. У больного 26 лет диагностирован гангренозный абсцесс легкого, осложненный профузным легочным кровотечением. Наиболее эффективным методом лечения у него является:
- а) Гемостатическая терапия;
 б) Искусственный пневмоторакс;
 в) Пневмоперитонеум;
 г) **Тампонада дренирующего бронха**;
 д) **Радикальное хирургическое лечение в виде резекции легкого**.
43. Достоверным признаком легочного кровотечения является:
- а) **Выделение крови изо рта**;
 б) **Кашель с выделением алой пенистой крови**;
 в) Наличие затемнения в легком;
 г) Наличие экссудата в плевральной полости;
 д) **Наличие крови в бронхах при бронхоскопии**.
44. Для немедленного гемостаза при кровотечении из варикозно расширенных вен пищевода следует:
- а) Применять массивные гемостатические средства;
 б) Применять гипотензивные средства;
 в) Вводить малые гемостатические дозы крови;
 г) **Ввести зонд Блек - Мора**;
45. Причиной тромбоэмболии легочной артерии наиболее часто является тромбофлебит:
- а) Лицевых вен; б) **Глубоких вен нижних конечностей и вен малого таза**; в) Глубоких вен верхних конечностей; г) Поверхностных вен нижних конечностей; д) Поверхностных вен верхних конечностей.
46. Для острого тромбофлебита глубоких вен нижних конечностей характерны:
- а) **Резкий отек нижней конечности**;
 б) Некроз пальцев стоп;
 в) Похолодание стопы;
 г) Симптом перемежающейся хромоты;
 д) Отек и гиперемия по ходу пораженных вен.
47. Тромбообразованию после полостных операций способствует: 1. **Повышение фибринолитической активности**; 2. **Ожирение**; 3. **Гиподинамия**; 4. **Онкологические заболевания**; 5. Ишемическая болезнь сердца
48. При несостоятельности коммуникантных вен нижних конечностей наиболее целесообразной операцией следует считать операцию:
- а) Бебкока;
 б) Нарата;
 в) Маделунга;
 г) Троянова-Тренделенбурга;
 д) **Линтона**.
49. При остром тромбозе большой подкожной вены в послеоперационном периоде показано:
- а) **Лечение антикоагулянтами прямого и непрямого действия**;
 б) **Сафенэктомию по комбинированной методике**;

- | |
|---|
| <p>в) Перевязка большой подкожной вены у места впадения в бедренную;
г) Консервативное лечение с использованием масляно-бальзамических повязок;
д) Строгий постельный режим с возвышенным ножным концом кровати, прием дезагрегантов по схеме.</p> <p>50. При ранении воротной вены выполняется:</p> <p>а) Перевязка воротной вены;
б) Создание соустья с селезеночной веной;
в) Наложение сосудистого шва;
г) Операция Экка;
д) Резекция воротной вены.</p> |
|---|