

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: ФГБОУ ВО ВолГМУ Минздрава России
Должность: ФГБОУ ВО ВолГМУ Минздрава России
Дата подписания: 05.09.2023 16:38:57
Уникальный программный ключ:
123d1d365abac3d0cd5b93c39c0f12a00bb02446

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

Министерства здравоохранения Российской Федерации

«УТВЕРЖДАЮ»
Директор института НМФО
Н.И. Свиридова

« 29 » августа 2023 г.



Фонд оценочных средств для итоговой (государственной итоговой) аттестации

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, 2023 года поступления
(актуализированная версия)

Волгоград, 2023г.

Разработчики актуализированной программы:

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

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 № 1 от «28» августа 2023 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 № 1 от «29» августа 2023 года

Председатель УМК



М.М.Королева

Начальник отдела учебно-методического сопровождения и производственной практики
 М.Л.Науменко

Актуализированная рабочая программа утверждена на заседании Ученого совета Института
НМФО

протокол № 1 от «29» августа 2023 г.

Секретарь Ученого совета



В.Д.Заклякова

1. ПЕРЕЧЕНЬ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ ДЛЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ В ОРДИНАТУРЕ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.67 «ХИРУРГИЯ»

РАЗДЕЛ 1. СОЦИАЛЬНАЯ ГИГИЕНА И ОРГАНИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ.

1

Задачами экспертизы временной нетрудоспособности в лечебно-профилактических учреждениях являются (несколько вариантов):

- а) Определение у рабочих и служащих временной утраты трудоспособности;
- б) Рекомендации по обеспечению необходимых условий и видов труда для лиц, не имеющих группу инвалидности, но нуждающихся по состоянию здоровья в более легкой работе (временно или постоянно);
- в) Выявление длительной или постоянной утраты трудоспособности у рабочих и служащих и своевременное направление их на освидетельствование в Бюро медико-социальной экспертизы.

Правильный ответ: а), б), в)

2

Листок нетрудоспособности при хронических заболеваниях выдается:

- а) В случае выраженного обострения;**
- б) При нарушении функции больного органа;
- в) При общем тяжелом состоянии больного;

Правильный ответ: а).

3.

Право на получение листка нетрудоспособности при временной утрате трудоспособности имеют:

- а) Все трудящиеся;
- б) Только те трудящиеся, на которых распространяется государственное социальное страхование;
- в) Только те, которые работают постоянно;
- г) Те, которые работают временно или на сезонных работах;

Правильный ответ: б).

4.

Если трудоспособность больного восстановилась во время лечения в стационаре, листок нетрудоспособности закрывают:

- а) Днем обращения больного к врачу в поликлинику;
- б) В день выписки из стационара;
- в) Через 3 дня после выписки;
- г) Вопрос решается индивидуально.

Правильный ответ: б).

5.

Сроки временного перевода рабочего или служащего на другую работу по болезни определяют: Выберите правильный ответ:

- а) Профсоюзные органы;
- б) Контрольно-экспертная комиссия;
- в) Заведующий отделением;
- г) Лечащий врач;
- д) Бюро медико-социальной экспертизы.

Правильный ответ: б).

6.

Функциями контрольно-экспертной комиссией по экспертизе трудоспособности являются все перечисленные, кроме:

- а) Решения конфликтных вопросов экспертизы трудоспособности;
- б) Продление листка нетрудоспособности на сроки выше 30 дней;
- в) Выдачи листка нетрудоспособности на санаторно-курортное лечение;
- г) Направление в бюро медико-социальной экспертизы;
- д) Трудоустройство лиц, имеющих инвалидность.

Правильный ответ: а).

7.

Наиболее возможными путями прорыва гноя при паротите, объясняемыми особенностями топографии околоушной слюнной железы и ее фаеции, являются (несколько вариантов):

- а) Прорыв гноя в ротовую полость;

- б) В переднее окологлоточное пространство;
- в) Заднее окологлоточное пространство;
- г) Наружный слуховой проход.

Правильный ответ: б), г).

8.

В состав сосудисто-нервного пучка шеи входят следующие нервы (несколько вариантов):

- а) Блуждающий нерв;
- б) Нисходящая ветвь подъязычного нерва;
- в) Промежуточный нерв;
- г) Пограничный симпатический ствол.

Правильный ответ: а), б).

9.

Учитывая локализацию межреберного сосудисто-нервного пучка пункцию плевральной полости безопаснее проводить:

- а) Во 2-3 межреберных промежутках по средней ключичной линии по нижнему краю ребра;
- б) В 7-8 межреберных промежутках по паравертебральной линии по верхнему краю ребра;
- в) В 7-8 межреберных промежутках по средней подмышечной линии по верхнему краю ребра;
- г) В любом из указанных мест.

Правильный ответ: в).

10.

Из-за наличия анастомозов между лимфатическими сосудами червеобразного отростка и других органов, воспалительный процесс при аппендиците может распространяться (несколько вариантов):

- а) На правую почку;
- б) На желчный пузырь;
- в) На желудок;
- г) Никуда не распространяется.

Правильный ответ: а), б), в).

11.

Треугольник Кало образован (несколько вариантов):

- а) Общим печеночным протоком;
- б) Пузырным протоком;
- в) Желчным пузырем;
- г) Печенью;
- д) Двенадцатиперстной кишкой;
- е) Пузырной артерией.

Правильный ответ: а), б), е).

12.

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.

Правильный ответ: а).

13.

Рентгенологические признаки воздуха или бария в желчном пузыре или желчных протоках свидетельствуют:

- а) О холедохолитиазе;
- б) О сальмонеллезе желчного пузыря;
- в) О внутренней желчной фистуле;
- г) О желудочно-толстокишечной фистуле;
- д) О холецистите.

Правильный ответ: в).

14.

Наиболее частой причиной портальной гипертензии у взрослых является:

- а) Тромбоз селезеночной или воротной вены;
- б) Опухолевые поражения печени;
- в) Цирроз печени;
- г) Легочная или сердечно-сосудистая недостаточность;
- д) Синдром Бадд-Хиари.

Правильный ответ: в).

15.

Для распознавания рака поджелудочной железы применяются следующие методы (несколько вариантов):

- а) Ретроградная холангиопанкреатография;
- б) Ультразвуковое сканирование;
- в) Компьютерная томография;
- г) Холецистография;
- д) Ангиография и изотопная сцинтиграфия.

Правильный ответ: а), б), в), д).

16.

При выполнении чрескожной чреспеченочной холангиографии могут возникнуть следующие осложнения (несколько вариантов):

- а) Кровотечение;
- б) Желчеистечение;
- в) Повреждение полого органа с последующим развитием перитонита;
- г) Обострение холангита или развитие острого панкреатита;

Правильный ответ: а), б), в), г).

17.

Противопоказанием для ретроградной эндоскопической холангиографии является:

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

Правильный ответ: а).

18.

Распознаванию причины механической желтухи более всего помогает:

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

Правильный ответ: в).

19.

Рентгенологическое обследование легочного больного должно начинаться:

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

Правильный ответ: д).

20.

Стеаторрея характерна:

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

Правильный ответ: в).

21.

Ирригоскопия при воспалительных изменениях в стенке ободочной кишки обычно выявляет:

- а) Наличие чаш Клойбера;

- б) Изменение рельефа слизистой оболочки кишки;
- в) Дивертикулоподобные выпячивания;
- г) Сегментарный спазм;
- д) Полную обтурацию просвета.

Правильный ответ: г).

22.

Для проведения планового ультразвукового исследования органов пищеварения необходима подготовка:

- а) Путем очистительных клизм вечером накануне обследования и утром перед обследованием;
- б) Путем очистительных клизм вечером накануне обследования и промывания желудка через зонд перед обследованием;
- в) Исключение приема пищи в течение 8-12 часов перед обследованием;
- г) Не требуется специальной подготовки;
- д) Приемом 1,5-2 л, жидкости за два часа до исследования.

Правильный ответ: в).

23.

Для проведения срочного ультразвукового исследования органов пищеварения необходима подготовка:

- а) Путем очистительных клизм вечером накануне обследования и утром перед обследованием;
- б) Путем очистительных клизм вечером накануне обследования и промывания желудка через зонд перед обследованием;
- в) Исключение приема пищи в течение 8-12 часов перед обследованием;
- г) Не требуется специальной подготовки;
- д) Приемом 1,5-2 л, жидкости за два часа до исследования.

Правильный ответ: г).

24.

Наиболее информативным тестом состояния клапанного аппарата магистральных вен нижних конечностей является:

- а) Реовазография;

- б) Проба Дельбе-Пертеса;
- в) Флебография;
- г) Ультразвуковая доплерография;
- д) Ретроградная тазовая флебография на высоте пробы Вальсальвы.

Правильный ответ: д).

25.

Наиболее информативным исследованием при подозрении на холедоходуоденальный свищ является:

- а) ФГДС;
- б) Обзорная Rg-графия брюшной полости;
- в) Пероральная холецистография;
- г) Внутривенная холеграфия;
- д) Рентгенологическое исследование с бариевой взвесью.

Правильный ответ: д).

26.

После острого кровотечения первыми изменяются следующие параметры:

- а) Ph артериальной крови и СО-2;
- б) Гемоглобин и гематокрит;
- в) ЦВД;
- г) Насыщенность крови кислородом;
- д) Количество эритроцитов в периферической крови.

Правильный ответ: в).

27.

При подозрении на несостоятельность швов желудочно-кишечного анастомоза следует выполнить:

- а) Обзорную рентгенографию брюшной полости;
- б) Контрастное рентгенологическое исследование культи желудка;
- в) ФГДС
- г) УЗИ брюшной полости;
- д) Лапароскопию.

Правильный ответ: б).

28.

При подозрении на кровотечение из язвы желудка следует произвести:

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

Правильный ответ: а).

29.

Клиника острой кровопотери возникает при кровопотере, равной:

- а) 250 мл;
- б) 500 мл;
- в) 1000 мл;
- г) 1500 мл;
- д) 2000 мл.

Правильный ответ: в).

30.

Объем циркулирующей крови у взрослых мужчин составляет:

- а) 50 мл/кг;
- б) 60 мл/кг;
- в) 70 мл/кг;
- г) 80 мл/кг;
- д) 90 мл/кг.

Правильный ответ: б).

31.

Удовлетворительную кислородную емкость крови и транспорт O₂ обеспечивает гематокрит не ниже:

- а) 20-25%;
- б) 30%;

в) 35%;

г) 40%;

д) 45%.

Правильный ответ: б).

32.

Лечение острой кровопотери в начальных этапах начинают с переливания (несколько вариантов):

а) Эритромаcсы;

б) Донорской крови;

в) Кристаллоидных растворов;

г) Коллоидных растворов.

Правильный ответ: в), г).

33.

Переливание несовместимой крови ведет к развитию(несколько вариантов):

а) гемотрансфузионного шока;

б) отека легких;

в) гемолиза;

г) острой почечной недостаточности;

д) геморрагического синдрома.

Правильный ответ: а), в), г).

34.

К обязательным пробам, проводимым перед каждым переливанием крови, относятся (несколько вариантов):

а) а) групповая совместимость;

б) б) индивидуальная совместимость;

в) 3. биологическая проба;

г) 4. определение резус - совместимости;

д) 5. определение резус-фактора.

Правильный ответ: а),б),в), г), д).

35.

Для лечения гиповолемии вначале используют:

- а) Вазопрессоры;
- б) Кардиотонические средства;
- в) Плазмозаменители;
- г) Эритромассу;
- д) Донорскую кровь.

Правильный ответ: в).

36.

Гепатотоксическим действием обладает:

- а) Амоксицилин
- б) Тетрациклин;
- в) Линкомицин;
- г) Цефазолин.

Правильный ответ: б).

37.

Среди перечисленных ниже антибиотиков бактерицидным является:

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

Правильный ответ: г).

38.

Высокий риск вирусного гепатита связан с переливанием (несколько вариантов):

- а) Эритромаcсы;
- б) Альбумина;
- в) Плазмы;
- г) Криопреципитата;

д) Тромбомассы.

Правильный ответ: а), в), г), д).

39.

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

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

Правильный ответ: а).

40.

Больному с А2, (II) - необходимо перелить донорскую плазму. Больному возможно переливание плазмы:

- а) А1В (IV);
- б) 0 (I);
- в) Только одногруппную плазму;
- г) В (III);
- д) Любую сухую;

Правильный ответ: в).

41.

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

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

Правильный ответ: г).

42.

Лабораторными признаками декомпенсации метаболического ацидоза являются (несколько вариантов):

- а) рН менее 7,3;
- б) рСО₂ менее 40 мм рт.ст.;
- в) рСО₂ менее 20 мм рт.ст.;
- г) ВЕ более - 5 ммоль/л;
- д) ВЕ более -10 ммоль/л.

Правильный ответ: а), б), г).

43.

Лабораторными признаками декомпенсации метаболического алкалоза являются (несколько вариантов):

- а) рН более 7,45;
- б) рСО₂ менее 40 мм рт. ст.;
- в) рСО₂ менее 60 мм рт. ст.;
- г) ВЕ более +5 ммоль/л;
- д) ВЕ более +10 ммоль/л.

Правильный ответ: а), б), г).

44.

При анафилактическом шоке происходит массивное освобождение:

- а) Гистамина;
- б) Гистамина и серотонина;
- в) Гистамина, серотонина и медленно реагирующей субстанции (МРС);
- г) Гистамина, серотонина, МРС и брадикинина;
- д) Гистамина, серотонина, МРС, брадикинина и ацетилхолина.

Правильный ответ: г).

45.

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

- а) Норадреналин;
- б) Преднизолон;
- в) Димедрол;
- г) Хлористый кальций;
- д) Адреналин.

Правильный ответ: д).

46.

После лапаротомии нормальная перистальтика обычно восстанавливается:

- а) Желудок через-4 ч, тонкая кишка-24 ч, толстая кишка-после I приема пищи
- б) Желудок - 24 часа, тонкая кишка - 4 часа, толстая кишка -3 суток.
- в) Желудок - 3 суток, тонкая кишка - 3 суток, толстая кишка -3 суток.
- г) Желудок - 24 часа, тонкая кишка - 24 часа, толстая кишка - 24 часа.
- д) Желудок - 4 часа, тонкая кишка – немедленно, толстая кишка - 24 часа.

Правильный ответ: б).

47.

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

- а) Увеличения вязкости крови;
- б) Снижения активности крови;
- в) Снижения давления в системе воротной вены;
- г) Активации процесса перехода протромбина в тромбин;
- д) Снятия спазма вен портальной системы.

Правильный ответ: в).

48.

Фентанил является:

- а) Мощным анальгетиком, действующим 20-25 минут;
- б) Анальгетиком короткого действия (2-3 минуты);
- в) Нейролептиком;

г) Препаратом выраженного психотропного действия.

д) Антидепрессантом.

Правильный ответ: а).

49.

Артериальная гипотензия во время общей анестезии может быть вследствие (несколько вариантов):

а) Недостаточной глубины наркоза;

б) Манипуляций в области рефлексогенных зон;

в) Введения солевых растворов;

г) Нарушения газообмена;

д) Уменьшения ОЦК из-за кровопотери.

Правильный ответ: а), б), г), д).

50.

Длительное нахождение катетера в вене может привести ко всему перечисленному (несколько вариантов):

а) Септическому флебиту;

б) Химическому флебиту;

в) Тромбоэмболии;

г) Септицемии;

д) ДВС-синдрому.

Правильный ответ: а), в), б), г).

51.

Изменения кислотно-щелочного состояния считаются компенсированным при рН:

а) 7.25-7.43;

б) 7.46-7.51;

в) 7.35-7.45;

г) 7.19-7.28;

д) 7.10-7.18.

Правильный ответ: в).

52.

Изотонической считается концентрация раствора глюкозы:

- а) 0,8%;
- б) 3%;
- в) 4,2%;
- г) 5%;
- д) 10%.

Правильный ответ: г).

53.

Показанием к немедленной сердечно-легочной реанимации является (несколько вариантов):

- а) отсутствие пульса и АД;
- б) остановка дыхания;
- в) отсутствие сознания;
- г) акроцианоз;
- д) отсутствие сердечных тонов.

Правильный ответ: а), б), д).

54.

Отек легких развивается (несколько вариантов):

- а) при увеличении отрицательного внутрилегочного давления;
- б) при повышении гидродинамического давления в легочных капиллярах;
- в) при повышении коллоидно-осмотического давления крови;
- г) при снижении лимфатической реабсорбции жидкости в легких;
- д) при снижении проницаемости мембран.

Правильный ответ: а), б), г).

56.

Интенсивная терапия при отеке легких включает все перечисленное (несколько вариантов):

- а) Внутривенное введение дыхательных аналептиков;
- б) Санацию трахеобронхиального дерева, пеногашение;
- в) Кислородотерапию, искусственную вентиляцию легких;

г) Введение мочегонных и гормонов;

Правильный ответ: б), в), г).

57.

При утоплении в морской воде следует ожидать развития:

а) Гиперволемии;

б) Гемолиза;

в) Гиперосмолярного отека легких;

г) Повышения калия в крови;

д) Острой почечной недостаточности.

Правильный ответ: в).

58.

Инфекционно-токсический шок может развиваться (несколько вариантов):

а). при перитоните;

б) при пневмонии;

в) при эндометрите;

г) при менингите;

д) при пиелонефрите.

Правильный ответ: а), б), в), г), д).

59.

Время кровотечения удлиняется:

а) При травмах и разможжениях мышц;

б) При гемолитических кризах;

в) При резко выраженной тромбоцитопении;

г) При асфиксии;

д) При ожоговой травме.

Правильный ответ: в).

60.

Время свертывания крови увеличивается:

- а) При гипокоагуляции;
- б) При гиперкоагуляции;
- в) При анемии;
- г) При увеличении фибриногена в крови;
- д) При ожогах.

Правильный ответ: г).

61.

Продукты деградации фибриногена (ПДФ):

- а) Не влияют на свертывание крови;
- б) Обладают антикоагулянтными свойствами;
- в) Вызывают гиперкоагуляцию;
- г) Свидетельствуют о снижении концентрата фибриногена;
- д) Свидетельствуют о снижении тромбинового времени.

Правильный ответ: а).

62.

Для терминальной фазы перитонита характерно (несколько вариантов):

- а) токсическое поражение ЦНС;
- б) развитие функциональной кишечной непроходимости;
- в) развитие ДВС-синдрома;
- г) развитие печеночно-почечной недостаточности;
- д) иммунодефицит.

Правильный ответ: а), б), г).

63.

При диабетической коме наблюдается:

- а) Декомпенсированный дыхательный ацидоз с метаболическим алкалозом;
- б) Гипонатриемия с метаболическим алкалозом;
- в) рН выше 7.35;
- г) Гипонатриемия с метаболическим ацидозом;
- д) Декомпенсированный дыхательный алкалоз с метаболическим алкалозом.

Правильный ответ: а).

64.

Интенсивная терапия при остром панкреатите включает (несколько вариантов):

- а) лечение шока и гиповолемии;
- б) назначение ингибиторов протонной помпы;
- в) назначение антибиотиков
- г) купирование болевого синдрома;
- д) коррекцию острых нарушений водно-электролитного баланса, КЩС

Правильный ответ: а), б), г), д).

65.

Наиболее выраженным объемным эффектом обладают следующие плазмозаменяющие растворы (несколько вариантов):

- а) Декстраны;
- б) Растворы желатина;
- в) Плазма;
- г) Рингер-лактат;
- д) Кристаллоиды.

Правильный ответ: а), б).

66.

При распространенном внутрисосудистом тромбозе необходимо вводить все нижеперечисленное(несколько вариантов):

- а) Гепарин;
- б) Фибриноген;
- в) Фибринолизин;
- г) Тромбоцитарную массу.

Правильный ответ: а), в.

67.

Назовите самый объективный показатель тяжести кровопотери:

- а) Показатели Нв, числа эритроцитов;
- б) Показатели пульса и артериального давления;

- в) Бледность кожных покровов;
- г) Коллапс;
- д) Дефицит глобулярного объема.

Правильный ответ: д).

68.

В ближайшем послеоперационном периоде гипотония может быть связана в большей степени:

- а) С невосполненной кровопотерей, гиповолемией или продолжающимся кровотечением;
- б) С болевым синдромом;
- в) С изменением положения больного на операционном столе;
- г) С передозировкой анестетика;
- д) С эндокринной недостаточностью.

Правильный ответ: а).

69.

Признанным в лечении токсического действия дигоксина является:

- а) Верапамил;
- б) Лидокаин;
- в) Кальций;
- г) Новокаин;
- д) Калий.

Правильный ответ: д).

70.

Кардиотоксическое действие гиперкалиемии купируется применением:

- а) Адреналина гидрохлорида;
- б) Кофеина, эфедрин гидрохлорида;
- в) Препаратов кальция (хлористый Са, глюконат Са);
- г) 10% раствора глюкозы;
- д) Кортикостероидов.

Правильный ответ: в).

71.

При сотрясении головного мозга наиболее характерным является:

- а) Кровотечение из носа;
- б) Потеря сознания;
- в) Головная боль;
- г) Эпилептические припадки;
- д) Головокружение, нистагм.

Правильный ответ: д).

72.

Наиболее надежным признаком перелома костей свода черепа является:

- а) Сильная головная боль;
- б) Рвота;
- в) Ликворея из носа;
- г) Подкожная гематома;
- д) Наличие перелома на краниограмме.

Правильный ответ: д).

73.

Наиболее характерным признаком перелома костей основания черепа является:

- а) Сильная головная боль;
- б) Неоднократные рвоты;
- в) Однократная рвота;
- г) Истечение жидкости из носа;
- д) Кровоподтек под глазом.

Правильный ответ: г).

74.

При наличии проникающей черепно-мозговой травмы с активным артериальным кровотечением из краев раны хирург должен:

- а) Наложить швы на кровоточащую рану;

- б) Наложить давящую повязку;
- в) Произвести первичную хирургическую обработку раны с перевязкой сосудов, удалением костных обломков и ушиванием раны с введением дренажа;
- г) Произвести перевязку кровоточащих сосудов и наложение швов на рану;
- д) Произвести тампонаду раны.

Правильный ответ: в).

75.

Характерными признаками перелома скуловой кости являются:

- а) Ограничение открывания рта;
- б) Нарушение прикуса;
- в) Кровотечение из носа;
- г) Асимметрия лица;
- д) Диплопия.

Правильный ответ: г).

76.

Показанием к хирургическому лечению закрытых повреждений позвоночника и спинного мозга является (несколько вариантов):

- а) Нарастание неврологической симптоматики;
- б) Нарушения проходимости субарахноидального пространства;
- в) Наличие крови в ликворе;
- г) Перелом со смещением I и II шейных позвонков и явлением сдавливания спинного мозга.

Правильный ответ: а), б), г).

77.

Показаниями для ламинэктомии при травме спинного мозга являются:

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

Правильный ответ: в).

78.

Показаниями для экстренной операции при грыжах межпозвонкового диска являются:

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

Правильный ответ: в).

79.

У больного 50 лет жалобы на сухой надсадный кашель. Вероятно, имеются основания заподозрить:

- а) Бронхит острый;
- б) Бронхоэктатическую болезнь;
- в) Плеврит;
- г) Рак легкого;
- д) Бронхит хронический.

Правильный ответ: г).

80.

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.

Правильный ответ: г).

81.

Если на рентгенограммах определяется гиповентиляция сегмента, доли или всего легкого, в первую очередь врач обязан отвергнуть:

- а) Рак Легкого;
- б) Доброкачественную опухоль;
- в) Эмфизему легкого;
- г) Инеродное тело;
- д) Кисту легкого.

Правильный ответ: а).

82.

В реберно-позвоночном углу чаще всего локализуются такие образования, как:

- а) Липома средостения;
- б) Невринома средостения;
- в) Паразитарная киста средостения;
- г) Дермоидная киста средостения;
- д) Мезотелиома локальная.

Правильный ответ: б).

83.

Для лечения гангрены легкого наиболее часто применяются:

- а) Пневмотомия;
- б) Клиновидная резекция легкого;
- в) Пневмоэктомия;
- г) Лобэктомия;
- д) Торакопластика.

Правильный ответ: в).

84.

Из рентгенологических методов исследования наиболее информативным при бронхоэктатической болезни является:

- а) Бронхография;
- б) Рентгенография;
- в) Рентгеноскопия;
- г) Томография;
- д) Компьютерная томография.

Правильный ответ: а).

85.

Наиболее частой локализацией абсцедирующей пневмонии является:

- а) Верхняя доля;
- б) Средняя доля;
- в) Нижняя доля.
- г) Язычковый сегмент;
- д) Любая доля и любой сегмент обоих легких.

Правильный ответ: в).

86.

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.

Правильный ответ: д).

87.

Абсолютными показаниями для реторакотомии являются:

- а) Коллапс легкого вследствие множественных легочных свищей;
- б) Первичная несостоятельность культи бронхе;
- в) Внутривезикулярное кровотечение;
- г) Ателектаз легкого;
- д) Напряженный пневмоторакс.

Правильный ответ: в).

88.

При спонтанном пневмотораксе с полным коллапсом легкого дренирование плевральной полости целесообразно:

- а) По средней аксиллярной линии в 6 межреберье;
- б) Во 2-м межреберье по среднеключичной линии;
- в) В 7-м межреберье по задней аксиллярной линии;
- г) В 8-м межреберье по задней аксиллярной линии;
- д) 2 дренажа: во 2-м межреберье среднеключичной линии и в 8-м межреберье по задней аксиллярной линии.

Правильный ответ: д).

89.

При рентгенологическом исследовании больного был обнаружен коллапс легкого на половину объема. Лечение его необходимо начинать:

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

Правильный ответ: а).

90.

По клиническим данным заподозрен спонтанный неспецифический пневмоторакс. В этом случае наиболее простым диагностическим методом является:

- а) Торакоскопия;
- б) Рентгеноскопия и рентгенография легких;
- в) Плевральная пункция;
- г) Сканирование легких;
- д) Бронхоскопия.

Правильный ответ: б).

91.

Лечение больного с пиопневмотораксом начинается:

- а) С противовоспалительного лечения;
- б) С вагосимпатической блокады;
- в) С плевральной пункции;

- г) С дренирования плевральной полости с постоянным промыванием плевральной полости;
- д) С торакотомии.

Правильный ответ: в).

92.

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.

Правильный ответ: д).

93.

Операция эзофагокардиомиотомии показана:

- а) При карциноме пищевода;
- б) При ахалазии пищевода и кардиоспазме;
- в) При диафрагмальной грыже;
- г) При грыже пищеводного отверстия диафрагмы;
- д) При всем перечисленном.

Правильный ответ: б).

94.

Эндоскопическая картина при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы характеризуется (несколько вариантов):

- а) Эзофагитом;
- б) Надрывами слизистой дна желудка;
- в) Зиянием кардиального жома;
- г) Эндоскопическая картина решающего значения не имеет;
- д) Надрывом слизистой гастро-эзофагального отдела.

Правильный ответ: а), в).

95.

Наиболее частыми причинами разрыва пищевода могут быть:

- а) Эндоскопия;

- б) Инородное тело;
- в) Трахеостомия;
- г) Интубация трахеи при наркозе;
- д) Спонтанный разрыв.

Правильный ответ: б).

96.

Наиболее радикальным методом лечения рака кардии является:

- а) Лучевая терапия;
- б) Химиотерапия;
- в) Хирургическое лечение;
- г) Электрокоагуляции опухоли;
- д) Комбинированное лечение.

Правильный ответ: в).

97.

Основной причиной рефлюкс-эзофагита является:

- а) Недостаточность кардиального сфинктера;
- б) Алкоголизм;
- в) Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы;
- г) Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки;
- д) Употребление горячей пищи.

Правильный ответ: а).

98.

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;
- д) Хирургически прошить кровоточащие сосуды.

Правильный ответ: г).

99.

Наиболее глубокие повреждения пищевода развиваются при приеме следующих химических агентов:

- а) Неорганических кислот;
- б) Щелочей;
- в) Органических кислот;
- г) Лаков;
- д) Суррогатов алкоголя.

Правильный ответ: б).

100.

Наиболее выраженные изменения в пищеводе при его химической травме имеют место:

- а) На всем протяжении пищевода;
- б) В области глотки;
- в) В области кардии;
- г) В местах физиологических сужений;
- д) В абдоминальном отрезке пищевода.

Правильный ответ: г).

101.

Показанием для срочной широкой торакотомии при проникающем ранении грудной клетки является:

- а) Пневмоторакс;
- б) Гемоторакс;
- в) Свернувшийся гемоторакс;
- г) Продолжающееся кровотечение в плевральную полость;
- д) Сам факт проникающего ранения.

Правильный ответ: г).

102.

Оптимальным доступом для ушивания ранений сердца является:

- а) Переднебоковая торакотомия на стороне ранения;

- б) Переднебоковая торакотомия слева;
- в) Стернотомия;
- г) Задне-боковая торакотомия слева;
- д) Левосторонняя торакотомия независимо от стороны ранения.

Правильный ответ: а).

103.

Наиболее характерным признаком разрыва легкого является:

- а) Кровохаркание;
- б) Гемоторакс;
- в) Пневмоторакс;
- г) Затемнение легкого при рентгенологическом исследовании;
- д) Гемопневмоторакс.

Правильный ответ: д).

104.

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.

Правильный ответ: в).

105.

Для разрыва крупного бронха характерным является (несколько вариантов):

- а) Напряженный пневмоторакс;
- б) Напряженная эмфизема средостения;
- в) Общее тяжелое состояние больного;
- г) Кровохарканье;
- д) Подкожная эмфизема.

Правильный ответ: а), б), в), д).

106.

Больной попал в автомобильную катастрофу. Диагностирован левосторонний гемо-пневмоторакс, 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.

Правильный ответ: в).

107.

Основным методом лечения гемоторакса является:

- а) Плевральная пункция;
- б) Дренирование плевральной полости;
- в) Широкая торакотомия;
- г) Торакотомия и ликвидация гемоторакса;
- д) Подход должен быть строго индивидуальным.

Правильный ответ: а).

108.

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.

Правильный ответ: в).

109.

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.

Правильный ответ: г).

110.

Больная 4 часа назад получила множественные ножевые ранения грудной клетки. Кожные покровы нормальной окраски. Пульс 92 удара в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД - 100/70 мм рт. ст. Гемопневмоторакса нет. Больной необходимо произвести:

- а) Плевральную пункцию справа;
- б) Плевральную пункцию слева;
- в) Левостороннюю торакотомию;
- г) Первичную хирургическую обработку ран грудной клетки;
- д) Дренирование левой плевральной полости.

Правильный ответ: г).

111.

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

- а) С дренирования обеих плевральных полостей;
- б) С введения игл в подкожную клетчатку;
- в) С интубации и искусственной вентиляции легких;
- г) С наложения трахеостомии и искусственной вентиляции;
- д) С двусторонней торакотомии.

Правильный ответ: а).

112.

При напряженном пневмотораксе показано:

- а) Искусственная вентиляция легких;
- б) Немедленное дренирование плевральной полости;
- в) Срочная торакотомия;

- г) Торакоскопия;
- д) Трахеостомия.

Правильный ответ: б).

113.

Оптимальная тактика при остром абсцессе легкого первые дни от начала заболевания:

- а) Дренирование плевральной полости
- б) Массивная антибактериальная терапия;
- в) Санационная бронхоскопия;
- г) Плевротомия;
- д) Резекция легкого.

Правильный ответ: б).

114.

Наиболее частая причина развития острого медиастинита:

- а) Разрыв пищевода;
- б) Хирургическое вмешательство;
- в) Гнойный лимфаденит с распространением процесса;
- г) Распространение гнойных процессов с шеи;
- д) Вовлечение средостения в туберкулезный процесс или грибковое поражение при заболеваниях легких.

Правильный ответ: а).

115.

Существующее внутриплевральное давление:

- а) Ниже атмосферного;
- б) Не зависит от давления в воздушных путях;
- в) Не изменяется в процессе дыхательного цикла;
- г) Одинаково во всех отделах плеврального пространства;
- д) Увеличивается при глотании.

Правильный ответ: а).

116.

Абсолютными показаниями для интубации двухпросветной трубкой являются:

- а) Опухоль легкого;
- б) Бронхоплевральный свищ;
- в) Необходимость выполнения лобэктомии;
- г) Ламинэктомия в торакальном отделе;
- д) Операция на пищеводе.

Правильный ответ: б).

117.

Парадоксальное дыхание наиболее часто наблюдается:

- а) При пневмотораксе;
- б) При управляемой вентиляции;
- в) При ателектазе;
- г) При пневмонии;
- д) При ларингоспазме.

Правильный ответ: а).

118.

Развитие неспецифического спонтанного пневмоторакса связано с (несколько вариантов):

- а) Врожденной легочной кистой;
- б) Буллезной болезнью;
- в) Астмой;
- г) Ревматоидным артритом.

Правильный ответ: а), б).

119.

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.

Правильный ответ: б).

120.

Причиной тромбоза легочной артерии наиболее часто является тромбоз:

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

Правильный ответ: б).

121.

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.

Правильный ответ: а).

122.

Проба Претта проводится с целью выявления:

- а) Прходимости глубоких вен нижних конечностей;
- б) Недостаточности артериального кровообращения в нижних конечностях;
- в) Несостоятельных коммуникативных вен;
- г) Острого тромбоза;
- д) Тромбоза подколенной артерии.

Правильный ответ: в).

123.

Тромбообразованию после полостных операций способствует (несколько вариантов):

- а) Повышение фибринолитической активности;
- б) Ожирение;
- в) Гиподинамия;
- г) Онкологические заболевания;
- д) Ишемическая болезнь сердца.

Правильный ответ: а), б), в), г).

124.

Симптомами варикозного расширения подкожных вен нижних конечностей являются (несколько вариантов):

- а) Отеки дистальных отделов конечностей по вечерам;
- б) Перемежающаяся хромота;
- в) Признаки трофических расстройств кожи голени;
- г) Судороги по ночам;
- д) Видимое расширение подкожных вен.

Правильный ответ: а), в), г), д).

125.

К факторам, способствующим улучшению венозного кровотока в послеоперационном периоде, относятся (несколько вариантов):

- а) Сокращение икроножных мышц;
- б) Возвышенное положение нижних конечностей;
- в) Длительный постельный режим;
- г) Бинтование ног эластическими бинтами;
- д) Раннее вставание.

Правильный ответ: г), д).

126.

Операция Троянова-Тренделенбурга заключается:

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

Правильный ответ: а).

127.

Наименьшее количество рецидивов после оперативного лечения варикозного расширения подкожных вен нижних конечностей достигается:

- а) Комбинированным оперативным методом;

- б) Операцией Линтона;
- в) Операцией Бебкока;
- г) Операцией Нарата;
- д) Операцией Маделунга.

Правильный ответ: а).

128.

Основные лечебные мероприятия при тромбозе включают в себя:

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

Правильный ответ: в).

129.

Для острого тромбоза глубоких вен конечностей характерно (несколько вариантов):

- а) Резкие боли распирающего характера;
- б) Повышение температуры тела;
- в) Отек конечности;
- г) Цианоз;
- д) Гиперемия кожи по ходу больной вены.

Правильный ответ: а), б), в), г).

130.

Послеоперационные эмболии легочной артерии обычно бывают следствием:

- а) Абсцессов;
- б) Флегмон;
- в) Флеботромбозов;
- г) Лимфаденитов;
- д) Эндартериита.

Правильный ответ: в).

131.

Смысл бинтования голеней эластическими бинтами в послеоперационном периоде состоит:

- а) В необходимости профилактики лимфостаза;
- б) В необходимости воздействия на артериальный кровоток;
- в) В ускорении кровотока по глубоким венам;
- г) В профилактике трофических расстройств;
- д) В необходимости большей концентрации кровообращения.

Правильный ответ: в).

132.

Оперативное лечение ложных аневризм должно производиться с целью:

- а) Предотвратить дальнейшее расширение сосуда;
- б) Предотвратить двусторонний подострый эндокардит;
- в) Предотвратить сердечную недостаточность;
- г) Восстановить нормальное кровообращение прежде, чем произойдет разрыв сосуда;
- д) Обратить в норму симптом Тинеля.

Правильный ответ: г).

133.

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.

Правильный ответ: в).

134.

Наиболее частым клиническим проявлением тромбоза легочной артерии является:

- а) Кровохарканье;
- б) Боли в грудной клетке;
- в) Одышка;

- г) Кашель с мокротой;
- д) Шум трения плевры.

Правильный ответ: в).

135.

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.

Правильный ответ: в).

136.

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.

Правильный ответ: в).

137.

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

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

Правильный ответ: б).

138.

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

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

Правильный ответ: г).

139.

При язвенной болезни, осложненной кровотечением, рвота содержимым желудка цвета "кофейной гущи" может наблюдаться при всех следующих локализациях язвы (несколько вариантов):

- а) На малой кривизне желудка;
- б) В кардиальном отделе желудка;
- в) В антральном отделе желудка;
- г) В нижнем отделе пищевода;
- д) В постбульбарном отделе двенадцатиперстной кишки.

Правильный ответ: а), б), в), г).

140.

При лечении прободной язвы 12-перстной кишки могут быть применены, как правило, все перечисленные методы оперативного вмешательства (несколько вариантов):

- а) Иссечения язвы;
- б) Ушивания язвы;
- в) Резекции желудка;
- г) Пилоропластики с ваготомией.
- д) Гастрэктомия

Правильный ответ: а), б), в), г).

141.

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.

Правильный ответ: г).

142.

К симптомам стенозирующей язвы двенадцатиперстной кишки относятся (несколько вариантов):

- а) Рвота;
- б) Шум плеска над проекцией желудка;
- в) Наличие чаш Клойбера;
- г) Отрыжка;
- д) Похудание.

Правильный ответ: а), б), г), д).

143.

Для подготовки больного к операции по поводу стеноза желудка язвенного происхождения необходимо (несколько вариантов):

- а) Назначение соляной кислоты с пепсином в большом количестве;
- б) Промывание желудка;
- в) Введение растворов электролитов;
- г) Введение белковых растворов;
- д) Коррекция нарушения кислотно-щелочного состояния.

Правильный ответ: б), в), г), д).

144.

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

- а) Снижением болевого синдрома, что приводит к угасанию рефлексов со стороны передней брюшной стенки;
- б) Поздней обращаемостью;
- в) Возможностью психозов;
- г) Возможностью суицидальных попыток;
- д) Всем перечисленным.

Правильный ответ: а).

145.

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.

Правильный ответ: в).

146.

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.

Правильный ответ: г).

147.

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

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

Правильный ответ: а).

148.

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.

Правильный ответ: б).

149.

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

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

Правильный ответ: г).

150.

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

- а) Двенадцатиперстная кишка;
- б) Пилорический отдел желудка;
- в) Малая кривизна желудка;
- г) Большая кривизна желудка;
- д) Кардинальный отдел желудка.

Правильный ответ: а).

151.

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.

Правильный ответ: д).

152.

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

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

Правильный ответ: г).

153.

Прикрытию перфорации язвы желудка или двенадцатиперстной кишки способствуют:

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

Правильный ответ: в).

154.

Рецидивы гастродуоденальных кровотечений наиболее вероятны:

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

Правильный ответ: г).

155.

Рак желудка всегда метастазирует:

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

Правильный ответ: в).

156.

Операция гастростомии показана:

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

Правильный ответ: в).

157.

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

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

Правильный ответ: б).

158.

При самопроизвольном вправлении ущемленной грыжи тактика хирурга предусматривает:

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

Правильный ответ: б).

160.

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

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

Правильный ответ: д).

161.

Неправимость грыжи зависит:

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

Правильный ответ: б).

162.

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

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

Правильный ответ: б).

163.

При проведении дифференциальной диагностики между пахово-мошоночной грыжей и водянкой оболочек яичек следует прибегнуть (несколько вариантов):

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

Правильный ответ: а), в).

164.

Шейка мешка бедренной грыжи расположена:

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

Правильный ответ: б).

165.

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

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

Правильный ответ: в).

166.

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

- а) Со слизистого слоя;
- б) С подслизистого слоя;
- в) С мышечного слоя;
- г) С субсерозного слоя;
- д) С серозного слоя.

Правильный ответ: а).

167.

При ущемлении петли кишки при грыжах наибольшие патологические изменения происходят:

- а) В приводящей петле;
- б) В отводящей петле;
- в) В приводящей и отводящей петле в равной степени;
- г) В сегменте брыжейки ущемленной кишки;
- д) На всем протяжении кишки.

Правильный ответ: а).

168.

Инфильтративная форма рака большого дуоденального сосочка может вызвать (несколько вариантов):

- а) Обширную инфильтрацию стенки двенадцатиперстной кишки;
- б) Деформацию двенадцатиперстной кишки;
- в) Стеноз двенадцатиперстной кишки;
- г) Стойкий парез кишечника;
- д) Прорастание опухоли в головку поджелудочной железы.

Правильный ответ: а), б), в), д).

169.

При остром панкреатите возможны все указанные осложнения (несколько вариантов):

- а) Абсцесс поджелудочной железы;
- б) Флегмона забрюшинной клетчатки;
- в) Ферментативный перитонит;
- г) Острая сердечная недостаточность;
- д) Обтурационная кишечная непроходимость.

Правильный ответ: а), б), в), г).

170.

Исходом острого панкреатита могут быть все указанные заболевания (несколько вариантов):

- а) Образование ложной кисты;
- б) Развитие хронического панкреатита;
- в) Появление сахарного диабета;
- г) Развитие кистозного фиброза железы;
- д) Возникновение инсуломы.

Правильный ответ: а), б), в), г).

171.

При остром панкреатите наибольшее количество активизированных панкреатических ферментов содержится:

- а) В артериальной крови;

- б) В венозной крови;
- в) В экссудате брюшной полости;
- г) В лимфе;
- д) В моче.

Правильный ответ: в).

172.

Наиболее частой причиной возникновения острого панкреатита у женщин может быть:

- а) Беременность;
- б) Желчнокаменная болезнь;
- в) Алкоголизм;
- г) Травма живота;
- д) Применение кортикостероидов.

Правильный ответ: б).

173.

Неотложный лечебный комплекс при остром панкреатите должен обеспечить, все кроме:

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

Правильный ответ: в).

174.

Наиболее частой причиной возникновения острого панкреатита у мужчин является:

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

Правильный ответ: в).

175.

У больных перитонитом среди перечисленных осложнений наиболее часто встречается:

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

Правильный ответ: г).

176.

Ведущим в лечении больных перитонитом является:

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

Правильный ответ: а).

177.

При посевах перитонеального экссудата чаще всего отмечается рост:

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

Правильный ответ: в).

178.

Незамеченные ранения гепатикохоледоха могут привести в послеоперационном периоде к тяжелым осложнениям (несколько вариантов):

- а) Ограниченному или разлитому желчному перитониту;

- б) Образованию подпеченочных гнойников;
- в) Развитию наружного желчного свища;
- г) Тромбоэмболии мелких ветвей легочной артерии;
- д) Развитию поддиафрагмального абсцесса.

Правильный ответ: а), б), в), д).

179.

Для холангита характерными являются (несколько вариантов):

- а) Лихорадка, проявляющаяся нередко высокой температурой гектического типа;
- б) Потрясающие ознобы;
- в) Повышение потливости, жажда, сухость во рту;
- г) Увеличение селезенки;
- д) Увеличение печени.

Правильный ответ: а), б), в), д).

180.

У больных холедохолитиазом могут возникнуть следующие осложнения (несколько вариантов):

- а) Холангит;
- б) Обтурационная желтуха;
- в) Рубцовые изменения протока;
- г) Рак желчного пузыря.
- д) Пролежни стенки протока;

Правильный ответ: а), б), в), д).

181.

При ущемленном камне в области большого дуоденального сосочка следует:

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

Правильный ответ: г).

182.

Перемежающуюся желтуху можно объяснить:

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

Правильный ответ: г).

183.

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

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

Правильный ответ: в).

184.

Механическая желтуха при остром холецистите развивается в результате (несколько вариантов):

- а) Холедохолитиаза;
- б) Сдавления общего желчного протока лимфоузлами;
- в) Отека головки поджелудочной железы;
- г) Холангита;
- д) Глистной инвазии общего желчного протока.

Правильный ответ: а), б), в), д).

185.

Распознаванию причины механической желтухи более всего способствует:

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

Правильный ответ: в).

186.

Возникновение гнойного холангита наиболее часто связано:

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

Правильный ответ: а).

187.

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

- а) Слепой кишкой;
- б) Малой кривизной желудка;
- в) Двенадцатиперстной кишкой;
- г) Тощей кишкой;
- д) Ободочной кишкой.

Правильный ответ: в).

188

Осложнениями при применении зонда для остановки кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода могут быть (несколько вариантов):

- а) Пневмония;
- б) Трофические изменения слизистой оболочки пищевода;
- в) Тиреоидит.
- г) Гиперсаливация;
- д) Пролежни;

Правильный ответ: а), б), г), д).

189

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

- а) На 6-10 часов;
- б) На 12-18 часов;

- в) На 1-8 суток;
- г) На 9-12 суток;
- д) На 13-15 суток.

Правильный ответ: в).

190

Повышение внутрикишечного давления при острой кишечной непроходимости приводит к (несколько вариантов):

- а) Ухудшению вентиляции легких;
- б) Дополнительной потери жидкости;
- в) Дополнительной потери белков и эритроцитов;
- г) Возникновению мезентеральных тромбозов;
- д) Развитию функциональной кишечной непроходимости.

Правильный ответ: а), б), в), д).

191

Рентгенологическими признаками острой кишечной непроходимости являются (несколько вариантов):

- а) Жидкость в кишечных петлях преобладает над газом;
- б) Вздутие кишечника нерезко выражено и, как правило, относится к той его части, в которой имеется препятствие;
- в) Значительное скопление жидкости и газа в желудке в связи с его расширением;
- г) Чаши Клойбера четко контурируются и, как правило, определяется в большом количестве; 5. Диафрагма расположена на обычном уровне и хорошо подвижна.

Правильный ответ: а), б), г).

192

Операция по поводу заворота сигмовидной кишки может быть закончена любым из следующих оперативных приемов (несколько вариантов):

- а) Деторсией;
- б) Сигмопексией;
- в) Мезосигмопликацией;
- г) Резекцией сигмовидной кишки;
- д) Выведением некротизированной сигмовидной кишки в рану, с наложением анастомоза между приводящим и отводящим коленами.

Правильный ответ: б), в), г), д).

193

При высокой тонкокишечной непроходимости комплекс лечебных мероприятий следует начинать:

- а) С хирургического вмешательства;

- б) С инфузионной терапии;
- в) С введения назогастрального зонда;
- г) С антибиотикотерапии;
- д) С применения препаратов антихолинэстеразного действия.

Правильный ответ: в).

194

В лечении кист поджелудочной железы нередко практикуется наложение анастомозов с желудочно-кишечным трактом. Лучшим из них является:

- а) Цистогастростомия;
- б) Цистоеюностомия с межкишечным анастомозом;
- в) Цистоеюностомия на отключенной петле;
- г) Цистокολостомия;
- д) Цистодуоденостомия.

Правильный ответ: в).

195

Наиболее частым местом кровотечения после типичной резекции желудка является:

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

Правильный ответ: а).

196

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

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

Правильный ответ: а).

197

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

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

Правильный ответ: г).

199

Водянка желчного пузыря развивается вследствие:

- а) Обтурации камнем общего желчного протока;
- б) Обтурации камнем общего печеночного протока;
- в) Обтурации камнем большого дуоденального сосочка;
- г) Обтурации камнем пузырного протока;
- д) Хронического нарушения проходимости двенадцатиперстной кишки.

Правильный ответ: г).

200

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

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

Правильный ответ: а).

201

Наиболее тяжелой клинической формой кишечной непроходимости является:

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

Правильный ответ: а).

202

Наиболее частым осложнением острых язв верхних отделов ЖКТ являются:

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

Правильный ответ: г).

203

Наличие у больного после резекции желудка тошноты, рвоты, вздутия живота, неотхождение газов, болей в покое и при пальпации живота свидетельствуют о (несколько вариантов):

- а) Кишечной непроходимости;
- б) Перитоните;
- в) Панкреатите;
- г) Анастомозите;
- д) Межкишечном абсцессе.

Правильный ответ: а), б), в), д).

204

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

- а) Резекцию желудка по первому способу Бильрота;
- б) Резекцию желудка по Гофмейстеру-Финстереру;
- в) Ушивание язвы, дренирование брюшной полости;
- г) Селективную проксимальную ваготомию и пилороластику;
- д) Стволовую ваготомию и пилороластику.

Правильный ответ: в).

205

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

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

Правильный ответ: г).

206

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

- а) Удаление кровоточащего дивертикула;
- б) Левосторонняя гемиколэктомия;
- в) Сигмотомия перевязка кровоточащего сосуда;
- г) Электрокоагуляция кровоточащего сосуда;
- д) Эндоскопическая пломбировка кровоточащего сосуда.

Правильный ответ: б).

207

Наиболее часто встречаются дивертикулы:

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

Правильный ответ: г).

208

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

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

Правильный ответ: а).

209

Основными признаками жизнеспособности кишки при ущемленной грыже являются:

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

Правильный ответ: г).

210

Частичное удаление желчного пузыря с электрокоагуляцией оставшейся слизистой показано при:

- а) Гангренозном холецистите;
- б) Перивезикальном абсцессе;
- в) Синдроме Мириizzi;
- г) Плотном паравезикальном инфильтрате;
- д) Атипичном расположении желчных протоков.

Правильный ответ: г).

211

Нарушение гемодинамики при остром панкреатите в первой фазе обусловлено:

- а) Токсической дилатацией сосудов;
- б) Резким повышением емкости портальной системы;

- в) Повышением проницаемости сосудов и выходом жидкой части крови в межуточное пространство;
- г) Сердечной недостаточностью;
- д) Перегрузкой правого сердца.

Правильный ответ: в).

212

Длительное нахождение дренажей в брюшной полости после аппендэктомии приводит к:

- а) Образованию кишечных свищей;
- б) Кровотечению;
- в) Нагноению раны;
- г) Хроническому колиту;
- д) Хроническому циститу.

Правильный ответ: а).

213

При травме органов брюшной полости оптимальным хирургическим доступом служит:

- а) Доступ по Кохеру, Федорову;
- б) Торакоабдоминальный доступ;
- в) Доступ по Черни;
- г) Срединная лапаротомия;
- д) Поперечная лапаротомия.

Правильный ответ: г).

214

При ранении желудка выполняется:

- а) Ваготомия + ушивание ран;
- б) Ушивание ран желудка;
- в) Резекция желудка;
- г) Гастроэнтероанастомоз + ушивание;
- д) Пилоропластика + ушивание ран.

Правильный ответ: б).

215

Признаками повреждения забрюшинной части двенадцатиперстной кишки выявленными при лапаротомии являются:

- а) Отек гепатодуоденальной связки;
- б) Отек корня брыжейки тонкой кишки;
- в) Имбибирование кровью малого сальника;
- г) Рефлюкс желчи в желудок;
- д) Имбибирование желчью и появление воздуха в забрюшинной клетчатке в области нисходящего отдела двенадцатиперстной кишки.

Правильный ответ: д).

216

При свежих повреждениях двенадцатиперстной кишки показано:

- а) Ушивание ее раны, зондовое дренирование двенадцатиперстной кишки;
- б) Резекция 2/3 желудка;
- в) Гастроэнтероанастомоз;
- г) Ушивание ран двенадцатиперстной кишки и холецистэктомия;
- д) Гастродуоденостомия по Финнею.

Правильный ответ: а).

217

При ранениях поджелудочной железы без повреждения вирсунгова протока выполняется:

- а) Ушивание ран поджелудочной железы с целью остановки кровотечения;
- б) Дренирование раны, холецистэктомия, дренирование сальниковой сумки, профилактика панкреатита;
- в) Резекция поджелудочной железы;
- г) Резекция поджелудочной железы, спленэктомия;
- д) Дренирование сальниковой сумки.

Правильный ответ: а).

218

Резекция поджелудочной железы при ее ранении показана:

- а) При полных поперечных разрывах и размозжениях;

- б) При посттравматическом панкреатите;
- в) При ранении селезеночной артерии;
- г) При ранении головки поджелудочной железы;
- д) При обширных стеатонекрозах забрюшинной клетчатки.

Правильный ответ: а).

219

Показанием к резекции тонкой кишки при травмах являются:

- а) Точечные кровоизлияния по серозной оболочке в области травмы;
- б) Сквозное ранение тонкой кишки;
- в) Отрыв кишки от брыжейки на протяжении 4 см и более;
- г) Гематома брыжейки;
- д) Обширная забрюшинная гематома.

Правильный ответ: в).

220

При свежих ранениях ободочной кишки показано:

- а) Ушивание раны;
- б) Ушивание раны и дренирование брюшной полости
- в) Гемиколэктомия;
- г) Операция Лахейя;
- д) Колостомия.

Правильный ответ: б).

221

Пересечение желчных протоков в раннем послеоперационном периоде проявляется:

- а) Механической желтухой;
- б) Икотой;
- в) Гнойным холангитом;
- г) Желчеистечением;
- д) Рвотой желчью.

Правильный ответ: г).

222

Перевязка внепеченочных желчных протоков в раннем послеоперационном периоде проявляется:

- а) Желчным перитонитом;
- б) Лихорадкой;
- в) Желчеистечением;
- г) Механической желтухой;
- д) Панкреонекрозом.

Правильный ответ: г).

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

- а) До 30 см;
- б) 30-50 см;
- в) 50-70 см;
- г) 70-90 см;
- д) 90-120 см.

Правильный ответ: в).

224

При раке сигмовидной кишки, осложненном непроходимостью, целесообразна операция:

- а) Левосторонняя гемиколэктомия;
- б) Резекция сигмовидной кишки;
- в) Цекостомия;
- г) Операция Гартмана;
- д) Трансверзостомия.

Правильный ответ: г).

225

Синдром Золлин-гера-Эллисона это:

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

Правильный ответ: г).

226

При флегмоне грыжевого мешка показано:

- а) Консервативное лечение с антибиотиками;
- б) Вскрытие флегмоны;
- в) Дренирование флегмоны двухпросветным дренажем с активной аспирацией;
- г) Интубация кишечника зондом Миллер-Эбота;
- д) Операция лапаротомия, иссечение единым блоком грыжевого мешка с некротизированными петлями кишечника.

Правильный ответ: д).

227

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

- а) Отека малого сальника и печеночно-двенадцатиперстной связки;
- б) Уменьшения в размерах желчного пузыря;
- в) Выбухания стенки желудка кпереди;
- г) Гиперемии висцеральной брюшины верхних отделов брюшной полости;
- д) Серозного выпота в подпеченочном пространстве.

Правильный ответ: б).

228

Причиной рефлекторной паралитической кишечной непроходимости может быть:

- а) Мерцательная аритмия;
- б) Обострения язвенной болезни желудка;

- в) Компрессионный перелом позвоночника;
- г) Гипертонический криз;
- д) Болезнь Крона.

Правильный ответ: в).

229

При транспортировке больного с переломом диафиза плеча наиболее рациональным является применение:

- а) Мягкой повязки Дезо;
- б) Гипсовой повязки Дезо;
- в) Шины Крамера;
- г) Гипсовой повязки по Вайнштейну;
- д) Торакобрахиальной гипсовой повязки.

Правильный ответ: в).

230

При переломах лучевой кисти в типичном месте в качестве иммобилизации используется:

- а) Тыльный гипсовый лангет;
- б) Круговая гипсовая повязка до локтевого сустава;
- в) Круговая гипсовая повязка до нижней трети плеча;
- г) Ладонный гипсовый лангет;
- д) Тыльный и ладонный гипсовый лангет.

Правильный ответ: д).

231

В понятие "растяжение связок" входит:

- а) Частичный надрыв связочного аппарата;
- б) Полный разрыв связок;
- в) Отрыв связок от места прикрепления;
- г) Отрыв связок с местом прикрепления;
- д) Отрыв связочного аппарата с разрывом мышц.

Правильный ответ: а).

232

При переломах костей таза чаще всего повреждаются:

- а) Простата у мужчин и яичники у женщин;
- б) Уретра (простатическая ее часть);
- в) Дистальная часть мочеиспускательного канала;
- г) Мочевой пузырь;
- д) Влагалище у женщин и половой член у мужчин.

Правильный ответ: б).

233

Рентгенодиагностика компрессионных переломов позвоночника основывается на:

- а) Снижении высоты тела позвонка.
- б) Изменении оси позвоночника, исчезновения естественных изгибов (лордоз, кифоз).
- в) Состоянии и нарушении кортикального слоя верхней замыкательной пластинки тела.
- г) Степени смещения межпозвонкового диска.
- д) Наличии гематомы в мягких тканях у тела позвонка.

Правильный ответ: а).

234

Ориентиром при счете позвонков на спондилограмме шейного отдела является (несколько вариантов):

- а) Основание черепа;
- б) Остистый отросток 1 -го шейного позвонка;
- в) Зуб 2-го шейного позвонка;
- г) Остистый отросток 7-го шейного позвонка.

Правильный ответ: в), г).

235

Переломы костей голени без смещения отломков требуют:

- а) Наложения разрезной гипсовой повязки;
- б) Скелетного вытяжения;
- в) Наложения компрессионно-дистракционного аппарата;

- г) Хирургического лечения;
- д) Функционального лечения.

Правильный ответ: а).

236

Для фиксации лодыжек после их вправления показана:

- а) Циркулярная бесподкладочная гипсовая повязка;
- б) Циркулярная гипсовая повязка с ватной прокладкой;
- в) Разрезная циркулярная повязка типа "сапожок";
- г) "У" - образная повязка с лонгетой для стопы;
- д) "У" - образная повязка без лонгеты для стопы.

Правильный ответ: в).

237

Антибиотикотерапия у обожженных применяется:

- а) При поверхностных ожогах;
- б) При ограниченных глубоких ожогах с профилактической целью;
- в) При развитии осложнений;
- г) Для лечения обожженных в условиях поликлиники;
- д) Не применяется.

Правильный ответ: в).

238

При термических ожогах IIIA степени в обязательном порядке повреждается:

- а) Весь сетчатый слой кожи;
- б) Частично органеллы кожи эпителиального характера;
- в) Сосочковый слой;
- г) Частично подкожно-жировая клетчатка.

Правильный ответ: в), г).

239

Оказание первой помощи пострадавшему от ожогов сводится:

- а) К закрытию раны спиртовой повязкой;
- б) К наложению на обожженную конечность повязки с мазью А.В. Вишневского;

в) К охлаждению ожоговых ран водой или помещению пострадавшего под душ для охлаждения, а затем наложение асептической повязки.

г) Наложение повязки с левомиколом;

д) Наложение повязки с фурациллином.

Правильный ответ: в).

240

После отторжения некрозов на ожоговую рану следует накладывать:

а) биологическое покрытие;

б) мазь на жировой основе;

в) мазь на водорастворимой основе;

г) повязку с гипертоническим раствором.

Правильный ответ: а), б).

241

Для открытого лечения ожогов II степени лица и кистей предпочтение следует отдать:

а) Мази на основе ПЭГ (полиэтиленгликоля);

б) Аэрозолям;

в) Биологическим покрытиям;

г) Раствору фурацилина;

д) Лазеротерапии.

Правильный ответ: б).

242

Длина анального канала соответствует:

а) 1-2 см;

б) 2-3 см;

в) 3-4 см;

г) 4-5 см;

д) 5-6 см.

Правильный ответ: в).

243

Анальная трещина чаще расположена на:

- а) Задней полукружности анального канала;
- б) Правой полукружности анального канала;
- в)левой полукружности анального канала;
- г) Передней полукружности анального канала;
- д) Передней и задней полукружности анального канала.

Правильный ответ: а).

244

Геморроидэктомия по Миллигану-Моргану подразумевает:

- а) Циркулярное иссечение слизистой анального канала;
- б) Иссечение геморроидальных узлов на 2, 5, 8 часах по циферблату;
- в) Иссечение геморроидальных узлов на 3, 7, 11 часах по циферблату;
- г) Иссечение выпадающих геморроидальных узлов;
- д) Иссечение геморроидальных узлов на 3, 7, 11 часах по циферблату с восстановлением слизистой анального канала.

Правильный ответ: в).

245

Для диагностики рака прямой кишки в первую очередь необходимо произвести:

- а) Пальцевое исследование прямой кишки и ректороманоскопию;
- б) Анализ кала на скрытую кровь;
- в) Лапароскопию;
- г) Ультразвуковое исследование органов малого таза;
- д) Рентгенологическое исследование ободочной кишки.

Правильный ответ: а).

246

Наиболее радикальным методом в лечении острого тромбоза геморроидальных узлов следует считать:

- а) Склеротерапию;
- б) Пресакральную новокаиновую блокаду;
- в) Антикоагулянты;

- г) Оперативное вмешательство;
- д) Применение холода.

Правильный ответ: г).

247

Для диагностики дивертикулеза толстой кишки наиболее информативными методами исследования являются:

- а) Ректороманоскопия;
- б) Колоноскопия;
- в) Ирригоскопия;
- г) Исследование толстой кишки после приема бария внутрь;
- д) Ультразвуковое исследование органов брюшной полости.

Правильный ответ: в).

248

При гнойном воспалении эпителиального копчикового хода более целесообразно:

- а) Пункция абсцесса, промывание его и введение антибиотика;
- б) Вскрытие абсцесса и дренирование гнойной полости;
- в) Иссечение эпителиального хода с ушиванием раны наглухо;
- г) Вскрытие абсцесса с иссечением эпителиального хода и открытым ведением раны;
- д) Вскрытие абсцесса с иссечением эпителиального хода и подшиванием краев раны по дну.

Правильный ответ: д).

250

При перфорации дивертикула сигмовидной кишки показаны:

- а) Резекция сигмовидной кишки с анастомозом конец в конец;
- б) Наложение обходного анастомоза и дренирование брюшной полости;
- в) Операция Гартмана;
- г) Лапаротомия, дренирование брюшной полости;
- д) Дренирование брюшной полости, трансверзостомия.

Правильный ответ: в).

251

Наиболее частыми осложнениями рака сигмовидной кишки являются:

- а) Воспаление сигмовидной кишки;
- б) Пенетрация опухоли в брыжейку;
- в) Кишечная непроходимость;
- г) Перфорация опухоли;
- д) Профузное кишечное кровотечение.

Правильный ответ: в).

252

Геморроидальное кровотечение характеризуется выделением при акте дефекации:

- а) Алой крови на поверхности кала;
- б) Темной крови со сгустками;
- в) Мелены;
- г) Смешанной крови и кала со слизью;
- д) Алой крови со сгустками.

Правильный ответ: а).

253

Подкожный острый парапроктит в типичных случаях характеризуется:

- а) Отсутствием изменений на коже промежности;
- б) Наличием параректальных свищей;
- в) Припухлостью промежности с гиперемией кожи;
- г) Болями в глубине таза;
- д) Выделением слизи из ануса.

Правильный ответ: в).

254

Признаком почечной колики при ультразвуковом исследовании является:

- а) Округлое эхонегативное образование в почке с тонкими стенками;
- б) Гипоэхогенное образование в собирательной системе почки;
- в) Дилатация чашечно-лоханочной системы и верхней трети мочеточника;

- г) Солидное образование в почке;
- д) Неоднородность паренхимы почки.

Правильный ответ: в).

255

Признаками острого гнойного воспалительного заболевания почки при ультразвуковом исследовании являются (несколько вариантов):

- а) Увеличение размеров почки;
- б) Ограничение подвижности почки;
- в) Неоднородность паренхимы;
- г) Гиперэхогенная структура с акустической тенью;
- д) Наличие гипоехогенного образования в паренхиме почки или в паранефрии с неровными контурами.

Правильный ответ: а), б), в), д).

256

Признаками травмы почки при ультразвуковом исследовании являются несколько вариантов):

- а) Округлое эхонегативное образование с четким контуром в почке;
- б) Дилатация чашечно-лоханочной системы;
- в) Эхонегативное образование в паранефрии;
- г) Прерывистость контура почки;
- д) Ограничение подвижности почки.

Правильный ответ: б), в), г), д).

257

Наиболее информативным методом диагностики паранефрита является:

- а) Обзорная рентгенография мочевых путей;
- б) Экскреторная урография;
- в) Изотопная ренография;
- г) Ультразвуковое исследование;
- д) Паранефральная пункция.

Правильный ответ: г).

258

Наиболее частой причиной внебрюшного разрыва мочевого пузыря является:

- а) Ятрогенная травма;
- б) Перелом костей таза со смещением;
- в) Удар в живот при переполненном мочевом пузыре;
- г) Падение с высоты;
- д) Переполнение мочевого пузыря.

Правильный ответ: б).

259

Наиболее частой причиной внутрибрюшного разрыва мочевого пузыря является:

- а) Ятрогенная травма;
- б) Перелом костей таза со смещением;
- в) Удар в живот при переполненном мочевом пузыре;
- г) Падение с высоты;
- д) Переполнение мочевого пузыря.

Правильный ответ: в).

260

При травме мочевого пузыря первоначальное рентгенологическое исследование включает:

- а) Ретроградную цистографию;
- б) Уретрографию;
- в) Экскреторную урографию;
- г) Пневмоцистографию;
- д) Обзорную урографию.

Правильный ответ: а).

261

Основными признаками повреждения почки являются (несколько вариантов):

- а) Боль в поясничной области;
- б) Лихорадка.
- в) Гематурия;
- г) Припухлость в поясничной области;
- д) Нарушение функции почки;

Правильный ответ: а), в), г), д).

262

Фурункул, как правило, вызывается:

- а) Стрептококком;
- б) Стафилококком;
- в) Гонококком;
- г) Синегнойной палочкой;
- д) Протеем.

Правильный ответ: б).

263

Для флегмоны характерно все перечисленное (несколько вариантов):

- а) Общее недомогание;
- б) Повышение температуры тела;
- в) Локальная болезненность;
- г) Локальная гиперемия кожи;
- д) Полость с гноем, окруженная капсулой.

Правильный ответ: а), б), в), г).

264

Наиболее тяжелые формы гнойного артрита вызываются:

- а) Стафилококком;
- б) Пневмококком;
- в) Протеем;
- г) Синегнойной палочкой;
- д) Гемолитическим стрептококком.

Правильный ответ: д).

265

Возбудителем рожи является:

- а) Золотистый стафилококк;
- б) Стрептококк;
- в) Кишечная палочка;
- г) Ассоциация микроорганизмов;
- д) Синегнойная палочка.

Правильный ответ: б).

266

После установления диагноза острого гнойного медиастенита в первую очередь необходимы:

- а) Массивная антибиотикотерапия;
- б) Иммунотерапия;
- в) Дезинтоксикационная терапия;
- г) Хирургическое лечение;
- д) Гемотрансфузия.

Правильный ответ: г).

267

Основной опасностью фурункула лица является:

- а) Нарушение дыхания за счет отека;
- б) Выраженная интоксикация;
- в) Угроза развития осложнений со стороны органов зрения;
- г) Развитие восходящего лицевого тромбофлебита;
- д) Образование некрозов кожи с последующим грубым рубцеванием.

Правильный ответ: г).

268

Факторами риска, способствующими появлению госпитальной инфекции в дооперационном периоде, являются (несколько вариантов):

- а) Сахарный диабет;
- б) Предшествующие инфекционные заболевания;
- в) Ожирение;
- г) Авитаминоз.

Правильный ответ: а), б).

269

Ярко выраженная картина столбняка обычно протекает со всеми следующими характерными симптомами (несколько вариантов):

- а) Распространенные судороги мышц туловища и конечностей;
- б) Повышение температуры тела до 42° С;

- в) Отсутствие сознания;
- г) Резко выраженная тахикардия;
- д) Задержка мочеиспускания.

Правильный ответ: а), б), г), д).

270

К предрасполагающим факторам развития гематогенного остеомиелита относятся:

- а) Травма кости;
- б) Общее или местное охлаждение;
- в) Перенесенные инфекции;
- г) Наличие гнойно-воспалительного процесса;
- д) Авитаминоз.

Правильный ответ: г).

271

Антибактериальную терапию при сепсисе следует начинать:

- а) При положительных посевах крови;
- б) После получения антибиотикограмм;
- в) При обнаружении первичного очага или метастатических гнойников;
- г) С момента установления диагноза;
- д) При неадекватном вскрытии первичного очага.

Правильный ответ: г).

272

К осложнениям сепсиса относятся (несколько вариантов):

- а) Септические кровотечения;
- б) Тромбоэмболия артерий конечностей или внутренних органов;
- в) Асцит, анасарка;
- г) Септический эндокардит;
- д) Пневмония.

Правильный ответ: а), б), г), д).

273

При наличии поддиафрагмального абсцесса показана:

- а) Срочная операция - вскрытие абсцесса;
- б) Пункция абсцесса;

- в) Наблюдение;
- г) Консервативная терапия;
- д) Лапароскопия.

Правильный ответ: а).

274

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.

Правильный ответ: в).

275

Осложнением сахарного диабета является "диабетическая стопа", в возникновении которой играют роль такие факторы:

- а) Хроническая диабетическая невропатия;
- б) Атеросклеротическая обструкция артерий;
- в) Бактериальная инфекция;
- г) Хроническая диабетическая невропатия и бактериальная инфекция;
- д) Хроническая диабетическая невропатия, атеросклеротическая обструкция артерий, бактериальная инфекция.

Правильный ответ: д).

276

Для гнойно-воспалительных заболеваний при сахарном диабете характерны (несколько вариантов):

- а) Безудержное прогрессирование периферического воспаления;
- б) Вовлечение в процесс сухожильных влагалищ;
- в) Артриты;
- г) Кандидомикоз;
- д) Декомпенсация сахарного диабета.

Правильный ответ: а), б), г), д).

277

Особенностью диабетической гангрены является распространение гнойно-некротического процесса:

- а) По связкам при хорошем состоянии кожных покровов;
- б) По сухожилиям при хорошем состоянии кожных покровов;
- в) По связкам и сухожилиям с нарушением состояния кожных покровов;
- г) По связкам, сухожилиям и апоневрозу при относительно хорошей сохранности кожных покровов;
- д) По мышечным тканям.

Правильный ответ: г).

278

Под диабетической ангиопатией подразумеваем:

- а) Генерализованное поражение кровеносных сосудов (крупного, среднего и мелкого калибра);
- б) Поражение сосудов мелкого калибра;
- в) Поражение сосудов среднего калибра;
- г) Поражение сосудов крупного калибра;
- д) Поражение сосудов мелкого и среднего калибра.

Правильный ответ: а).

279

С воздействием вируса связывают возникновение (несколько вариантов):

- а) Рака шейки матки;
- б) Рака печени;
- в) Рака желудка;
- г) Рака носоглотки;
- д) Лейкозов.

Правильный ответ: а), б), г), д).

280

При лечении злокачественных опухолей мягких тканей применение лучевой терапии наиболее целесообразно (несколько вариантов):

- а) Как самостоятельный метод лечения;
- б) В предоперационном периоде;
- в) В послеоперационном периоде;
- г) Комбинация химиотерапии и лучевого воздействия.

Правильный ответ: б), в).

281

Доброкачественным опухолям присущи:

- а) Инфильтративный рост;
- б) Экспансивный рост;
- в) Нарушение дифференцировки клеток;
- г) Медленное метастазирование.

Правильный ответ: б).

282

К облигатному предраку относится:

- а) Неспецифический язвенный колит;
- б) Болезнь Крона;
- в) Гиперпластический полип;
- г) Диффузный семейный полипоз;
- д) Спастический колит.

Правильный ответ: г).

283

Возникновению опухолей чаще всего способствует:

- а) Снижение показателей клеточного иммунитета;
- б) Снижение показателей гуморального иммунитета;
- в) Состояние иммунитета не влияет на возникновение опухолей;
- г) Влияние иммунитета на возникновение опухолей спорно;
- д) Злоупотребление алкоголем.

Правильный ответ: а).

284

Соблюдение принципа зональности с футлярностью при выполнении онкологических операций направлено:

- а) На обеспечение антибластики;
- б) На обеспечение абдастики;
- в) На снижение риска хирургических вмешательств;

г) На максимальное сохранение функции органа;

д) На уменьшение кровопотери.

Правильный ответ: б).

285

Термину "операбельность" больше - всего соответствует:

а) Состояние больного, позволяющее выполнить операцию;

б) Состояние больного, позволяющее выполнить радикальную операцию;

в) Выявленная во время хирургического вмешательства возможность выполнить радикальную операцию;

г) Отсутствие противопоказаний к различным видам анестезии.

Правильный ответ: а).

286

Радикальные операции при раке молочной железы дают лучший результат при локализации опухоли:

а) В верхне-внутреннем квадранте;

б) В верхне-наружном квадранте;

в) В нижне-внутреннем квадранте;

г) В нижне-наружном квадранте;

д) В центральной части.

Правильный ответ: б).

287

Задачами короткого интенсивного курса предоперационной лучевой терапии являются:

а) Повысить операбельность;

б) Повысить резектабельность;

в) Достигнуть значительного уменьшения опухоли;

г) Получить полную регрессию опухоли;

д) Понизить жизнеспособность опухолевых клеток.

Правильный ответ: д).

288

Радиоактивный йод применяют с целью диагностики опухолей:

а) Поджелудочной железы;

- б) Желудка;
- в) Щитовидной железы;
- г) Печени;
- д) Селезенки.

Правильный ответ: в).

289

Низкодифференцированные опухоли желудочно-кишечного тракта преимущественно обладают:

- а) Инфильтративным ростом;
- б) Экзофитным ростом;
- в) Смешанным ростом;
- г) Ростом опухоли в виде узла;
- д) Все перечисленные типы роста встречаются с одинаковой частотой.

Правильный ответ: а).

290

Рак почки наиболее часто метастазирует:

- а) В кости и печень;
- б) В кости и легкие;
- в) В легкие и головной мозг;
- г) В легкие и печень;
- д) В забрюшинные лимфоузлы и печень.

Правильный ответ: б).

291

При локализации рака молочной железы во внутренних квадрантах первым этапом метастазирования будут:

- а) Подмышечные лимфоузлы;
- б) Парастеральные лимфоузлы;
- в) Паховые лимфоузлы;
- г) Подлопаточные лимфоузлы;
- д) Лимфоузлы средостения.

Правильный ответ: б).

292

Плоскоклеточный рак преимущественно встречается в следующих отделах желудочно-кишечного тракта:

- а) Пищевод и анальном канале прямой кишки;
- б) Желудке и тонкой кишке;
- в) Тонкой и ободочной кишке;
- г) Желудке и ободочной кишке;
- д) Желудке и двенадцатиперстной кишке.

Правильный ответ: а).

293

Наиболее часто малигнизируются следующие типы желудочных полипов:

- а) Гиперпластические;
- б) Аденоматозные;
- в) Аденопапилломатозные;
- г) Папиллярные;
- д) Все, независимо от их гистологического строения, обладают одинаковым индексом малигнизации.

Правильный ответ: г).

294

Малигнизацию язвы желудка позволяют заподозрить следующие из перечисленных признаков (несколько вариантов): (несколько вариантов):

- а) Размеры язвенной ниши более 2 см в диаметре;
- б) Длительное существование язвенной ниши или ее увеличение при одновременном стихании характерных для язвенной болезни болей;
- в) Снижение кислотности желудочного сока;
- г) Высокий уровень кислотности содержимого желудка.

Правильный ответ: а), б), в).

295

При наличии малигнизированного полипа желудка больному показана:

- а) Эндоскопическая полипэктомия;
- б) Хирургическое иссечение полипа;

- в) Клиновидная резекция желудка;
- г) Экономная резекция желудка;
- д) Субтотальная резекция желудка с соблюдением всех онкологических принципов.

Правильный ответ: д).

296

Наиболее характерным клиническим признаком рака пищевода является:

- а) Повышенное слюноотделение;
- б) Тошнота;
- в) Дисфагия;
- г) Рвота;
- д) Боли за грудиной.

Правильный ответ: в).

297

При первичном раке печени отдаленные метастазы чаще встречаются:

- а) В костях;
- б) В забрюшинных лимфоузлах;
- в) В легких;
- г) В головном мозге;
- д) В лимфоузлах.

Правильный ответ: в).

298

Наиболее частым симптомом рака почки является:

- а) Боль;
- б) Пальпируемая опухоль;
- в) Гематурия;
- г) Слабость;
- д) Ускоренная СОЭ.

Правильный ответ: в).

299

В качестве первых проявлений лимфогранулематоза наиболее часто отмечается увеличение:

- а) Шейно-надключичных лимфоузлов;
- б) Медиастальных лимфоузлов;
- в) Забрюшинных лимфоузлов;
- г) Паховых лимфоузлов;
- д) Всех групп лимфоузлов с одинаковой частотой.

Правильный ответ: а).

300

Рак ободочной кишки чаще всего метастазирует:

- а) В парааортальные лимфоузлы;
- б) В лимфатические;
- в) В печень;
- г) В легкие;
- д) В паховые лимфатические узлы.

Правильный ответ: в).

2. ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОВОЙ АТТЕСТАЦИИ В ОРДИНАТУРЕ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.67 «ХИРУРГИЯ»

Сбеседование:

1. Острая кишечная непроходимость. Особенности клиники, диагностики и лечения тонкокишечной непроходимости. Понятия о кишечной гипертензии и энтеральной недостаточности. Выбор метода операции. Показания к резекции кишечника, наложению обходных анастомозов, кишечных свищей.
2. Желтухи. Дифференциальная диагностика. Клинико-диагностическая программа при механической желтухе. Хирургическое лечение механической желтухи.
3. Острое геморроидальное кровотечение, способы гемостаза. Малоинвазивные методики лечения хронического геморроя, показания.

4. Осложнения дивертикулярной болезни толстой кишки: дивертикулит, перфорация, кровотечение. Диагностика, тактика, лечение.
5. Варикозное расширение поверхностных вен нижних конечностей. Этиология, патогенез. Классификация. Клиника, диагностика, диф. диагностика. Консервативное и хирургическое лечение
6. Принципы диагностики и лечения пострадавших с сочетанными и множественными повреждениями опорно-двигательного аппарата. Реанимация и интенсивная терапия при тяжёлой сочетанной травме.
7. Желудочно-кишечные кровотечения язвенной этиологии. Классификация. Этиология. Клиника. Диагностическая программа. Оценка тяжести кровопотери. Показания к оперативному лечению. Выбор метода операций.
8. Торакоабдоминальные повреждения. Диагностика. Клиника. Принципы оперативного лечения.
9. Переломы рёбер. Клиника. Диагностика. Лечение.
10. Болезни оперированного желудка. Классификация. Клиника, диагностика. Методы консервативной терапии. Показания к операции. Выбор метода хирургического лечения
11. Концепция желчной гипертензии и её роль в развитии современной хирургии желчевыводящих путей.
12. Рожистое воспаление. Осложнения. Клиника, диагностика, лечение.
13. Открытая травма живота. Клиника, диагностика. Хирургическая тактика и техника операций при повреждении полых органов желудочно-кишечного тракта.
14. Особенности острого аппендицита у детей и пожилых. Диагностика. Лечебная тактика.
15. Острый парапроктит. Этиология, патогенез. Криптогландулярная теория развития. Классификация. Клиника. Диагностика.
16. Острые холецистопанкреатиты. Классификация. Клиника, диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы консервативной терапии. Показания к хирургическому вмешательству
17. Острый аппендицит и беременность. Особенности клиники и оперативного вмешательства в зависимости от сроков беременности.

18. Выпадение прямой кишки. Стадии выпадения. Осложнения. Методика вправления. Ретропексия (операция Кюммеля-Зеренина, латеральная ленточная ретропексия).
19. Острый панкреатит. Классификация. Осложнения. Клиника. Диагностика. Прогностические критерии тяжести и исхода заболевания. Комплексное лечение
20. Гнойные воспалительные заболевания кожи и подкожной клетчатки. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Принципы консервативного и хирургического лечения.
30. Хронический геморрой. Анатомические предпосылки развития. Патогенез (сосудистая и механическая теории). Классификация по стадиям. Методы диагностики. Хирургическое лечение.
31. Послеоперационные вентральные грыжи. Этиология и патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Методы операций
32. Предраковые заболевания прямой кишки. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
33. Нагноительные заболевания лёгких и плевры: абсцесс, гангрена лёгкого, стафилококковая деструкция лёгких. Клиника. Диагностика. Лечение.
34. Пупочные грыжи. Этиология и патогенез. Клиника, диагностика. Дифференциальная диагностика. Методы операций. Особенности лечения пупочных грыж в детском возрасте.
35. Острый панкреатит. Этиология и патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Консервативная терапия. Показания к операции. Методы операций.
36. Повреждение сухожилий пальцев и кисти. Клиника. Диагностика. Лечение.
37. Деструктивный панкреатит и его осложнения. Клиника. Диагностика. Лечение. Консервативная терапия. Показания и способы дренирования сальниковой сумки.
38. Рак прямой кишки. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы оперативного лечения. Паллиативные и радикальные операции.
39. Артериальные тромбозы и эмболии верхних конечностей. Этиология и патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение.
40. Рак ободочной кишки. Классификация. Клиника. Методы ранней диагностики. Принципы оперативных вмешательств с локализацией в правой и левой половине, поперечно-ободочной и сигмовидной кишке
41. Острый гематогенный остеомиелит. Этиология и патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Диф. диагноз. Консервативное лечение и хирургическая тактика.

- 42.Тромбозы и эмболии мезентериальных сосудов. Современные представления о причинах и механизмах. Клиника. Стадии развития и клинические формы. Трудности диагностики. Диф. диагноз. Показания к хирургическому лечению. Способы оперативных вмешательств.
- 43.Острый холецистит. Этиология и патогенез. Классификация. Клиника, диагностика. Дифференциальный диагноз. Хирургическая тактика. Лечение. Показания к наружному дренированию желчных путей и его варианты.
- 44.Опухоли молочной железы. Мастопатия. Этиология. Патогенез. Клиника. Лечение.
- 45.Термические и химические ожоги. Классификация. Этиология и патогенез. Клиника. Диагностика. Реанимация и интенсивная терапия при термической, холодовой и электротравмах.
- 46.Узлообразования. Клиника. Диагностика. Лечебная тактика. Хирургическое лечение.
- 46.Инородные тела и повреждения пищевода. Клиника, диагностика, лечение. Наиболее важные оперативные вмешательства при повреждениях пищевода.
- 47.Острый гнойный плеврит. Эмпиема плевры. Этиология и патогенез. Классификация. Клиника, диагностика, диф. диагноз. Консервативное и хирургическое лечение.
- 48.Гнойный холангит. Этиология и патогенез. Клиника, диагностика, диф. диагноз. Лечение. Профилактика и лечение печёночно-почечной недостаточности.
- 49.Гемоторакс. Этиология и патогенез. Клиника. Диагностика. Диф. диагноз. Лечение. Показания к оперативному лечению. Методы операции.
- 50.Артериальные тромбозы и эмболии нижних конечностей. Этиология и патогенез. Клиника. Диагностика. Диф. диагноз. Принципы консервативной терапии. Показания к оперативному лечению. Методы операции.
- 51.Механическая желтуха. Этиология и патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Диф. диагноз. Особенности предоперационной подготовки и послеоперационного ведения больных. Эфферентная терапия. Методы операций.
- 52.Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки. Дифференциальная диагностика. Осложнения язвенной болезни (пенетрация, малигнизация). Хирургическая тактика. Методы операций.
- 53.Илеофemorальный венозный тромбоз. Этиология и патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Диф. диагноз. Лечение.

54. Острый холецистит. Осложнения. Клиника. Диагностика. Особенности хирургической тактики. Лечение.
55. Пневмоторакс. Этиология и патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
56. Острый тромбоз поверхностных вен нижних конечностей. Этиология и патогенез. Клиника. Диагностика. Диф. диагноз. Лечение. Методы операций.
57. Постхолецистэктомический синдром. Понятие. Классификация. Клиника. Диагностика. Диф. диагностика. Лечение. Опасности при повторных операциях на желчных путях.
58. Дивертикулярная болезнь толстой кишки. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика.
59. Хирургическая инфекция. Основные принципы диагностики и лечения анаэробной и гнилостной инфекции. Антибиотикотерапия и антибиотико-профилактика.
60. Синдром Меллори-Вейса. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Диф. диагноз. Лечение.
61. Облитерирующие заболевания артерий нижних конечностей. Этиология и патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Диф. диагноз. Показания к хирургическому лечению. Методы операций.
62. Интоксикация в хирургии. Методы экстракорпоральной детоксикации организма.
63. Тиреотоксический зоб. Этиология, патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Диф. диагноз. Лечение. Показания к операции. Методы хирургического лечения. Осложнения.
64. Острый геморрой. Этиология, патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. Показания к операции. Методы хирургического лечения.
65. Травматический остеомиелит. Этиология, патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. Показания к операции. Методы хирургического лечения.
66. Закрытая травма живота. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Диф. диагноз. Лечение.
67. Бедренные грыжи. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Диф. диагноз. Способы лечения. Ошибки и опасности.
68. Гемолитический шок. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Диф. диагноз. Лечение.
69. Ущемленные грыжи. Этиология. Патогенез. Виды ущемления. Клиника. Диагностика. Диф. диагноз. Общие принципы операций. Особенности хирургической тактики и методика операций с

сомнительной жизнеспособностью ущемлённых органов. Признаки жизнеспособности кишки.

70.Рак пищевода. Этиология и патогенез. Клиника. Диагностика. Диф. диагноз. Хирургическое лечение.

71.Гнойные заболевания пальцев. Этиология и патогенез.

Классификация. Клиника. Диагностика. Диф. диагноз. Особенности обезболивания, разрезов и дренирования гнойных полостей.

72.Наружные кишечные свищи. Причины. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. Консервативные мероприятия. Оперативное лечение.

73.Торакоабдоминальные ранения. Диагностика. Тактика. Хирургическое лечение.

74.Переломы позвоночника. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.

75.Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, осложнённая стенозом. Клиника. Диагностика. Диф. диагноз. Показания к оперативному лечению. Выбор метода операций.

76.Диабетическая ангиопатия сосудов нижних конечностей.

77.Трещины заднего прохода. Этиология и патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Диф. диагноз. Лечение.

78.Портальная гипертензия. Этиология и патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Диф. диагноз. Варикозное расширение вен пищевода. Показания к оперативному лечению. Методы хирургического лечения.

79. Гнойные заболевания кисти. Этиология и патогенез.

Классификация. Клиника. Диагностика. Диф. диагноз. Особенности обезболивания, разрезов и дренирования гнойных полостей.

80.Геморрагический шок. Интенсивная терапия. Реинфузия крови. Показания. Методика.

81.Паховые грыжи. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Диф. диагностика. Осложнения. Способы лечения.

Особенности техники грыжесечения при врождённых грыжах. Пластика

82.Посттромбофлебитическая болезнь. Этиология. Патогенез.

Диагностика. Клиника. Диагностика. Диф. диагностика. Лечение.

Показания к оперативному лечению. Методы хирургического лечения.

83.Химические ожоги и рубцовые стриктуры пищевода. Этиопатогенез.

Клиника. Диагностика. Лечение.

84.Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки. Этиология и патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Диф. диагноз. Показания к хирургическому лечению. Выбор метода операции.

85. Острый перитонит. Фазы перитонита. Особенности клинических проявлений. Диагностика. Лечение. Методы дренирования брюшной
86. Отморожения. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
87. Острая послеоперационная спаечная кишечная непроходимость. Особенности клиники. Диагностика. Лечение. Профилактика.
88. Острый гнойный лактационный мастит. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечебная тактика. Показания к подавлению лактации.
89. Острая кишечная непроходимость. Патогенез водно-электролитных нарушений в зависимости от начала заболевания. Методы коррекции. Хирургическое лечение. Показания к двух- и трёхэтапным операциям.
90. Тиреоидиты и струмиты. Аутоиммунный тиреоидит Хашимото. Зоб Риделя. Этиология. Диагностика. Диф. диагностика. Лечение.

3. ПРИМЕР СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ:

ЗАДАЧА № 1

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.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
3. Какие диагностические исследования необходимо назначить больной для верификации диагноза?

4. Лечебная тактика.
5. Расскажите об этиологии и патогенезе данного заболевания?
6. Какова летальность при данной болезни?
7. Какие осложнения встречаются при данном заболевании?
8. Какие осложнения возможны после операции по поводу данной патологии и их профилактика?

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 отлогах 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%.

1. Ваш диагноз?
2. Какие методы исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Назовите возможные причины возникновения данного осложнения у больного?
4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальную диагностику?
5. Алгоритм лечения данного осложнения?
6. Каковы особенности ведения послеоперационного периода?

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.

1. Ваш диагноз?
2. Что необходимо предпринять для подтверждения и уточнения Вашего диагноза?
3. Почему возникла данное заболевание?
4. Объясните патогенез данного состояния?
5. Какой симптом данного осложнения является патогномоничным?
6. Алгоритм неотложной помощи при данном состоянии?
7. Что следует предпринять при неэффективности консервативного лечения?
8. Назовите меры профилактики данного осложнения?

ЗАДАЧА № 4

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 39-40° 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 - 38,8° 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 отечна, 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.

1. Ваш диагноз?
2. Дополнительные методы исследования и их интерпретация?
3. Назовите биохимические методы исследования крови, которые необходимо использовать для верификации диагноза?
4. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
5. Назовите возможные осложнения данного заболевания?
6. Лечение?

7. Сформулируйте принципы профилактики?

ЗАДАЧА № 5

Больная 77 лет госпитализирована с жалобами на резкую боль, отек, покраснение пятнами в области пупка. В течение 15 лет страдает невосприимчивой пупочной грыжей.

Три дня назад у пациентки появились вышеперечисленные жалобы. Также больная отмечает слабость, снижение аппетита, головную боль. Температура тела поднималась до 39° С. Лечилась самостоятельно (спазмолитики и антибиотики) – без эффекта.

Объективно: состояние тяжелое. Температура тела - 38,2° С. Пульс - 100 ударов в минуту. Частота дыхательных движений - 24 в минуту. Имеется экспираторная одышка. Тоны сердца приглушены. В легких дыхание жесткое; выдох удлинен.

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.

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

ЗАДАЧА № 6

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°С. 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°С. 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 невпопад. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, сухие. Пульс 130 ударов в минуту, аритмичный, слабого наполнения. Частота дыхательных движений - 26 в минуту, прерывистое. Артериальное давление - 70/40 мм.рт.ст. с дальнейшей тенденцией к гипотонии.

1. С каким диагнозом поступила больная?
2. Какое осложнение наступило у больной в послеоперационном периоде?
3. Почему у больной возникло данное осложнение, объясните его причину?
4. Тактика лечения больной?
5. Какие меры профилактики данного осложнения Вы знаете?

ЗАДАЧА № 7

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.

1. Сформулируйте Ваш предположительный диагноз?

2. С какими заболеваниями следует дифференцировать данную патологию?
3. Алгоритм диагностики данного заболевания?
4. Составьте план лечения больной.
5. Назовите возможные послеоперационные осложнения при данном заболевании и меры по их профилактике?

ЗАДАЧА № 8

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.

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

ЗАДАЧА № 9

За помощью обратилась женщина 19 лет с жалобами на интенсивные боли в правой подмышечной впадине с иррадиацией в правое плечо, повышение температуры тела до 38° 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.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Дайте определение рассматриваемой патологии?
3. Каковы этиопатогенетические моменты развития данной патологии?
4. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
5. Каковы принципы лечения данного заболевания?
6. Сформируйте способы профилактики данного заболевания?

ЗАДАЧА № 10

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 39,5° 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 4x3,5 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.

1. Ваш диагноз?
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
3. Дайте определение данного заболевания?
4. План лечения?
5. Перечислите возможные осложнения данной болезни?

ЗАДАЧА № 11

Больная 46 лет поступила в клинику с жалобами на постоянную общую слабость, раздражительность, нервозность, повышенную потливость, сердцебиение, снижение работоспособности, потерю веса при сохраненном аппетите, бессонницу, чувство жара и “песка” в глазах, отечность век.

Считает себя больной около 5 лет, когда после тяжелого нервного потрясения появились вышеописанные жалобы. Около двух лет отмечает нарушение менструального цикла; в последние 12 месяцев в виде аменореи.

Объективно: общее состояние средней тяжести. Больная пониженного питания. Отмечается раздражительность, потливость, повышенная возбудимость, плаксивость и суетливость.

Кожные покровы телесного цвета, эластичны, горячие на ощупь. Волосы ломкие, сухие. Выявлен симптом "телеграфного столба".

На передней поверхности шеи определяется опухолевидное образование размерами 6,0х3,0 см, подвижное при акте глотания, не спаянное с кожей и с окружающими тканями, мягкоэластичной консистенции, безболезненное при пальпации. Кожные покровы над образованием не изменены. Лимфатические узлы с двух сторон обычной формы и размеров, безболезненные. Отмечается экзофтальм, напряженный взгляд. Положительные симптомы Дельримпля, Штельвага, Грефе и Мебиуса.

Пульс - 120 ударов в минуту, аритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Артериальное давление - 150/70 мм.рт.ст. Частота дыхательных движений - 20 в 1 минуту. Тоны сердца звонкие. Выслушивается систолический шум над аортой.

Язык подсыхает. Живот участвует в акте дыхания. При пальпации безболезненный во всех отделах. Стул со склонностью к диарее. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие дополнительные методы обследования следует провести больной?
3. С какими заболеваниями Вы будете проводить дифференциальный диагноз?
4. Каков алгоритм лечения больной?
5. Показано ли больной оперативное лечение и если да, то какой объем операции?

ЗАДАЧА № 12

В клинику обратился больной 42 лет с жалобами на сильные, постоянные, пульсирующие боли в области переднебоковой поверхности шеи справа с иррадиацией в затылочную область, ухо и нижнюю челюсть, усиливающиеся при глотании и наклоне головы, чувство жара и потливость, головные боли, повышение температуры тела до 39° С.

Больным себя считает около 5-ти дней, когда после простуды неожиданно стал отмечать вышеописанные симптомы. Температура тела поднималась до 39°-40°С. Самолечение эффекта не принесло. Обратился за помощью.

Объективно: общее состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, сухие. Пульс-100 ударов в 1 минуту, ритмичный. Артериальное давление - 130/90 мм.рт.ст.

В легких дыхание с бронхиальным оттенком, прослушиваются множественные влажные хрипы, особенно в нижних отделах.

Язык подсыхает. Живот правильной формы, участвует в акте дыхания, мягкий, безболезненный во всех отделах.

Локально: На переднебоковой поверхности шеи справа имеется напряженное опухолевидное образование размерами 4х6 см, резко болезненное при пальпации. Кожные покровы над образованием лоснятся, гиперемированы, отечны, кожная температура резко повышена. Симптом флюктуации сомнительный.

Подчелюстные лимфатические узлы с двух сторон увеличены в размерах, болезненны, не спаяны с окружающими тканями.

1. С каким диагнозом поступил больной в клинику?
2. Назовите возможные причины возникновения данного заболевания?
3. Какие методы исследования следует назначить больному для уточнения диагноза?
4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальную диагностику?
5. Определите алгоритм лечения данного заболевания?

ЗАДАЧА № 13

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.

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

ЗАДАЧА № 14

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.

1. Какое заболевание развилось у больной?
2. Проведите дифференциальный диагноз?
3. Какие инструментальные исследования целесообразно выполнить больной для подтверждения диагноза?
4. Какова степень нарушения кровообращения у больной?
5. Тактика и методы лечения?
6. Обоснуйте принципы консервативной терапии?
7. В чем заключается суть хирургического лечения данной патологии?

ЗАДАЧА № 15

Больной 50 лет находился на лечении по поводу объемного образования щитовидной железы. При обследовании отдаленные метастазы не выявлены. В плановом порядке выполнена субтотальная резекция щитовидной железы в связи с тем, что экспресс-биопсия во время оперативного вмешательства не подтвердила наличие опухоли. При детальном гистологическом исследовании (через 10 дней) выявлена папиллярная карцинома. С техническими трудностями произведена повторная операция в объеме тиреоидэктомия с лимфодиссекцией. На 2-е сутки после повторной операции больной стал жаловаться на болезненные судороги мышц рук и лица, парестезии в верхних и нижних конечностях, потливость, головокружение, жжение и покалывание в области кистей и стоп, звон в ушах, перебои в работе сердца. Присоединились судороги, которые повторялись 2-3 раза в течение дня. Во время приступа судорог пациент находился в сознании.

При осмотре: Углы губ больного опущены. Кожные покровы и видимые слизистые сухие, шелушатся. Волосы тонкие, ломкие. Дермографизм красный, стойкий. Отмечаются положительные симптомы Хвостека I степени и Труссо. Пульс - 78 ударов в 1 минуту. Артериальное давление - 150/90 мм. рт. ст. Тоны сердца приглушены. Частота дыхательных движений - 14 в 1 минуту. Мочеиспускание затрудненное, безболезненное. Цвет мочи не изменен.

Локально: на передней поверхности шеи имеется послеоперационный рубец. Ткани в зоне рубца не отечны, обычной окраски, несколько плотноваты, но безболезненные при пальпации.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику у Вашего больного?
3. Какие необходимы дополнительные методы исследования?
4. Каков уровень кальция в крови в норме?
5. Какой препарат необходимо ввести для купирования приступа судорог?
6. Какие осложнения могут возникнуть после тиреоидэктомии?

ЗАДАЧА № 16

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 – 36,8° 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.

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

ЗАДАЧА № 17

Больной 45 лет почувствовал недомогание две недели назад. Появился сухой кашель, высокая температура до 39,5° 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 отстаёт 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.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
3. Какие методы исследования следует провести дополнительно?
4. Тактика и методы лечения больного?
5. Сформулируйте показания к хирургическому лечению?
6. Назовите возможные типы операций?

ЗАДАЧА № 18

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 37,9° 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».

1. Ваш предварительный диагноз?
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?

3. Достоверные диагностические методики.
4. Какие дополнительные методы исследования необходимы для подтверждения диагноза и дифференциальной диагностики?
5. Тактика ведения больного?
6. Сформулируйте показания к операции?
7. Назовите варианты операций?

ЗАДАЧА № 19

В хирургическое отделение доставлена больная 45 лет с жалобами на постоянные боли в эпигастрии и правом подреберье, повышение температуры тела до 38,3 ° С, желтуху. Со слов больной заболела более суток назад. Почти сразу повысилась температура тела. На вторые сутки болезни возникла желтуха. Была тошнота и неоднократная рвота. В анамнезе холецистэктомия, произведенная 1 год назад по поводу ЖКБ, острого обтурационного холецистита.

Объективно: состояние больной средней тяжести. Отмечается выраженная желтушность кожных покровов и видимых слизистых. Температура тела 38,5° С. Частота дыхания 21 в минуту. Пульс - 98 в минуту, Артериальное давление - 110/70 мм.рт.ст. На коже передней брюшной стенки имеется атрофичный послеоперационный рубец в области правого подреберья (холецистэктомия из разреза по Кохеру). Живот при пальпации мягкий, вздут, резко болезненный в эпигастрии и в области правого подреберья. Печень пальпируется на 2 см ниже края реберной дуги, плотная, болезненная. Селезенка не пальпируется. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Диурез не нарушен. Стул ахоличен.

Больная была госпитализирована и ей в течение 3-х дней проводилась консервативная дезинтоксикационная терапия с применением антибактериальных препаратов. На 4-й день лечения отмечена положительная динамика.

1. Какое заболевание можно предположить?
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз? Дифференциальная диагностика желтух.
3. Назовите дополнительные методы диагностики?
4. Назовите нормальные УЗИ-показатели правой и левой долей печени, холедоха, воротной вены?
5. Каковы нормальные показатели общего билирубина, трансаминаз?
6. Тактика и план лечения?
7. Перечислите показания к хирургическому лечению при данной патологии?
8. В чем эти операции будут заключаться?

ЗАДАЧА № 20

У больного 42 лет находящегося в торакальном отделении клиники с диагнозом «Состояние после резекции верхней доли правого легкого по поводу бронхоэктатической болезни. Дренажирование 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 39,5°C, 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.

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

ЗАДАЧА №21

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 °C; 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.

1. Ваш диагноз?
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные методы можно использовать для установления диагноза?
4. Тактика ведения пациента?
5. Сформулируйте показания к хирургическому лечению данной патологии?
6. Назовите возможные типы операций?

ЗАДАЧА № 22

Больной 52 лет предъявляет жалобы на слабость, чувство тяжести в подложечной области, боли, не связанные с приемом пищи, отрыжку тухлым. За два месяца похудел на 7 кг.

В течение 12 лет болеет хроническим гастритом по поводу которого регулярного лечения не получал. Усиление болей отмечает в течение последних 1,5 месяцев.

При осмотре нормостенического телосложения, кожные покровы бледные, видимые слизистые бледно-розовые. Периферические лимфоузлы не увеличены.

Дыхание везикулярное, число дыхательных движений 20 в минуту. Артериальное давление 110/70 мм.рт.ст. Пульс 68 ударов в минуту.

Язык обложен белесоватым налетом. Живот правильной формы, мягкий, участвует в дыхании. Отмечается болезненность при пальпации в эпигастральной области, где нечетко пальпируется инфильтрат. Печень по краю реберной дуги; край ее острый, при пальпации безболезненный. Желчный пузырь не определяется. Селезенка не увеличена. Стул не нарушен. Диурез адекватен.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. С какими другими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?
3. Какие исследования должны быть проведены больному для уточнения диагноза?
4. Какое лечение должно быть назначено больному?
5. Правильной ли была тактика ведения больного на протяжении 15 лет?
6. Стандарты диагностики и лечения данной патологии.

ЗАДАЧА № 23

Больной 65 лет поступил в районную больницу с жалобами на многократную рвоту типа «кофейной гущи».

Подобные жалобы впервые. Заболевание началось после многократной рвоты, вызванной приемом алкоголя. Во время одного из приступов рвоты в рвотных массах появилась кровь, а затем каждая рвота сопровождалась извержением рвотных масс цвета «кофейной гущи». Появилась слабость. Обратился за помощью в больницу.

Объективно: общее состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, влажные. Артериальное давление – 110/70 мм.рт.ст. Пульс – 90 ударов в минуту, ритмичный. Тоны сердца приглушены.

Живот правильной формы, участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень пальпируется по краю реберной дуги, край закруглен, безболезненный, неровный. Селезенка обычных размеров. Мочеиспускание свободное, безболезненное, 5 раз в сутки. Стул жидкий, черного цвета, 3 раза в день.

При ФГДС выявлено, что в просвете желудка до 200 мл жидкой темной крови со сгустками. Кардия смыкается. На левой стенке кардиального жома дефект слизистой 2 x 8 мм, умеренно кровотокающий.

1. Ваш предварительный диагноз?

2. Какие исследования следует провести с целью верификации диагноза?
3. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
4. Какова причина данного заболевания?
5. Ваша тактика ведения больного?
6. Назовите принципы лечения?
7. Диагностическая программа при желудочно-кишечных кровотечениях.

ЗАДАЧА № 24

В приемное отделение доставлен больной в бессознательном состоянии с периодическими приступами клонических судорог. Со слов родственников, он много лет страдал заболеванием желудка. За последний месяц у больного ежедневно была обильная многократная рвота. Пациент сильно похудел. За помощью не обращался.

При осмотре: общее состояние тяжелое; больной истощен; обезвожен. Артериальное давление – 90/65 мм рт.ст. Пульс – 84 удара в минуту, аритмичный. Тоны сердца приглушены.

Отмечается западение нижней половины живота и выпячивание подложечной области, где имеется гиперпигментация кожи и определяется шум плеска. Отмечается симптом «песочных часов». При перкуссии желудок определяется на уровне гребня подвздошной кости. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Край печени пальпируется на 1 см ниже правой реберной дуги, закруглен, безболезненный, неровный. Селезенка не пальпируется. Стул 1 раз в 3-4 дня, диурез адекватен.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. С чем связано состояние больного?
3. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
4. Какие дополнительные методы исследования следует провести для уточнения диагноза?
5. Назовите тактику ведения пациента?
6. В чем будет заключаться его лечение?
7. Каковы варианты операций?
8. Какой вариант нарушения кислотно-щелочного равновесия развился при данной патологии?

ЗАДАЧА № 25

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° С, 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° С, 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 интенсивности 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.

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

ЗАДАЧА № 26

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 облегчения, сухость в ротовой полости.

Объективно: общее состояние тяжелое. Поведение больного беспокойное. Сознание ясное. Кожные покровы бледные. Температура тела 36,9° 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.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
3. Какие исследования следует провести для верификации диагноза?
4. Какое осложнение со стороны легочной системы наступило у больного?
5. Каковы способы его диагностики и лечения?
6. Каков алгоритм консервативного лечения?
7. Что является показанием к оперативному лечению?
8. Каковы современные способы оперативного лечения?

ЗАДАЧА № 27

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 – (-).

1. Ваш диагноз?
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
3. Какие методы исследования необходимы для подтверждения диагноза? Каков «золотой» стандарт диагностики?
4. Чем может осложниться данное заболевание?
5. Тактика ведения пациентки?
6. Назовите лечение больной?

ЗАДАЧА № 28

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.

1. Ваш диагноз?
2. Расскажите об этиологии и патогенезе данного заболевания?
3. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
4. Какие инструментальные методы исследования необходимы в диагностике этого заболевания?
5. Что такое проба Ловенберга?
6. Принципы лечения?
7. Расскажите о хирургическом лечении данного заболевания?
8. Какие методы оперативных вмешательств Вы знаете? Когда их следует выполнять?

ЗАДАЧА № 29

У 62-летнего больного на четвертые сутки после аппендэктомии по поводу флегмонозного аппендицита наступило ухудшение: возник потрясающий озноб, температура тела повысилась до $39,4^{\circ}$ С, отмечались выраженные боли в правом подреберье.

Общее состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, сухие. Пульс – 96 ударов в минуту, аритмичный. Артериальное давление – 160/100 мм.рт.ст. Тоны сердца приглушены.

Язык обложен белым налетом, подсыхает. При пальпации живот не вздут, болезнен в послеоперационной ране и правом подреберье. Симптомы раздражения брюшины отрицательные.

Пальпируется увеличенная, болезненная неровная правая доля печени на 3 см ниже края правой реберной дуги.

В последующие дни ознобы не прекращались, температура приняла гектический характер, появилась желтушность склер.

1. Ваш предварительный диагноз?

2. Какие исследования Вы считаете будут наиболее информативными для верификации диагноза?
3. Этиология и патогенез данной патологии?
4. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
5. Какие могут быть последствия данного осложнения?
6. Тактика лечения? Роль миниинвазивных методов в лечении данной патологии?

ЗАДАЧА № 30

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 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). Волосистой покров отсутствует.

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, Мошковица - 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.

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

ОТВЕТЫ

ОТВЕТ № 1:

1. Диагноз: Острый аппендицит (Тазовое расположение червеобразного отростка).
2. 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.

3. 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.

4. Данный диагноз является показанием к экстренному оперативному вмешательству. В настоящее время применяют открытую и лапароскопическую аппендэктомию. 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.

5. 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.

6. Летальность при остром аппендиците на протяжении последних лет стабильна и составляет 0,11-0,3%. При наличии осложнений эти цифры возрастают.

7. При остром аппендиците возможны следующие осложнения: аппендикулярный инфильтрат, локальные абсцессы брюшной полости (межкишечный, тазовый, поддиафрагмальный), распространенный и местный перитонит, пилефлебит.

8. 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.

ОТВЕТ № 2:

1. По-видимому, произошло внутрибрюшное кровотечение в раннем послеоперационном периоде.
2. Это подтверждает клиническая и лабораторная картина. Можно провести УЗИ-исследование брюшной полости на предмет наличия свободной жидкости (крови).
3. Причиной кровотечения может быть соскочившая лигатура с брыжейки червеобразного отростка, неадекватный гемостаз, технические погрешности операции (небрежное, травматичное обращение с тканями).
4. 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)).
5. Следует в экстренном порядке провести релапаротомию. После релапаротомии и ревизии органов брюшной полости, поиск источника кровотечения с дальнейшим адекватным гемостазом и ушиванием раны.
6. В послеоперационном периоде следует проводить динамическое наблюдение за пациентом с коррекцией нарушений функций организма на фоне кровопотери.

ОТВЕТ № 3:

1. 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.
2. Для абсолютной диагностики данного вида осложнения остаток донорской крови, образец крови и мочи реципиента отправляют в лабораторию для повторного типирования и перекрестного теста.
3. 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.
4. 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).

5. 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.

6. 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.

7. Неэффективность лекарственной терапии острой почечной недостаточности, прогрессирование уремии служит показанием к гемодиализу, гемосорбции, плазмаферезу.

8. Профилактика этого вида осложнений сводится к правильному определению групповой принадлежности крови больного и донора.

ОТВЕТ № 4:

1. Диагноз: Рожистое воспаление левой нижней конечности. Эритематозная форма. Средняя степень тяжести.

2. 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).
3. Для верификации диагноза следует обратить внимание на следующие изменения в крови: лейкоцитоз, нейтрофилез с токсической зернистостью, снижение числа эозинофилов, повышение СОЭ.
4. При дифференциальном диагнозе следует думать о флегмоне, эритеме, дерматите, лимфангите сетчатом, тромбозе и эризепилоиде (свиной краснухе).
5. 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.
6. 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.
7. 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.

ОТВЕТ № 5:

1. У больной на фоне длительно существующей невправимой пупочной грыжи возникло ущемление пупочной грыжи с последующим развитием флегмоны грыжевого мешка.
2. Данное заболевание является осложнением пупочной грыжи.
3. Дифференциальную диагностику проводят с: метастатическим поражением пупка при злокачественных образованиях желудка, гениталий, внепеченочных желчных путей, толстой кишки, с кистами и нагноением урахуса и умбилицитом.
4. 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.
5. После кратковременной по времени предоперационной подготовки (1-2 часа) следует выполнить экстренное оперативное вмешательство.
6. 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.

ОТВЕТ № 6:

1. 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.
2. У больной развился послеоперационный тиреотоксический криз на фоне диффузного токсического зоба.
3. 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).
4. В условиях реанимационного отделения следует провести следующий курс интенсивной терапии: тиреостатические йодсодержащие препараты (мерказолил 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.
5. 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.

ОТВЕТ № 7:

1. Диагноз: Узловой (перешейка и левой доли) эутиреоидный зоб II степени по классификации ВОЗ.
2. 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.
3. 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 за грудиной расположенного зоба необходимо провести рентгеноконтрастное исследование пищевода.
4. Тактика лечения больных с данной патологией неоднозначна. При наличии бессимптомного узлового зоба без признаков 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.
5. 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 прослеживать ход возвратного нерва, не манипулировать в глубине раны без контроля зрения. Не менее важно оставление участка щитовидной железы и адекватное ведение послеоперационного периода.

ОТВЕТ № 8:

1. Диагноз: Ущемленная паховая грыжа справа.
2. Дифференциальный диагноз проводят с невправимой грыжей, паховым лимфаденитом, лимфогрануломатозом, орхоэпидидимитом, варикозной болезнью нижних конечностей, ущемленной бедренной грыжей.
3. 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.
4. 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).

5. 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.

6. 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, Жирару-Спасокукоцкому, Лихтенштейну.

ОТВЕТ № 9:

1. Скорее всего, у больной гидраденит правой подмышечной впадины.
2. Гидраденит – гнойное воспаление апокриновых потовых желез и окружающей клетчатки, локализующееся чаще всего в подмышечной ямке, реже – в паховой и перианальной области.
3. 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.
4. Дифференциальный диагноз следует проводить с: фурункулом, карбункулом и лимфаденитом.
5. Лечение следует построить следующим образом: под анестезией гнойник вскрывается. Также применяется противовоспалительная и антибактериальная терапия, местное лечение гнойной раны.
6. 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.

ОТВЕТ № 10:

1. Мы имеем дело с карбункулом межлопаточной области.
2. Дифференциальный диагноз следует проводить с сибирской язвой, абсцессом, флегмоной, нагноившейся атеромой. Сибиреязвенный карбункул чаще всего бывает у больных, контактирующих с животными. Это, как правило, небольшой зудящий узелок с геморрагической пустулой на вершукше при отсутствии болезненности и гнойных выделений.
3. 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.
4. 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.
5. Возможны следующие осложнения: лимфангит, лимфаденит, прогрессирующий тромбозфлебит, сепсис, гнойный менингит.

ОТВЕТ № 11:

1. Диагноз: Диффузный токсический зоб., 2 степень по классификации ВОЗ, стадия III по Милку.
2. В целом следует провести следующие методы обследования: ультразвуковое обследование щитовидной железы (диффузное увеличение, возможно неравномерное изменение эхогенности ткани железы); ТАБ железы; общий анализ крови (лимфоцитоз, гипохолестеринемия, иногда гипопротеинемия), мочи; сахар крови (патологический диабетический тип); биохимическое исследование крови (снижение антиоксидантной функции печени); определение активности тиреостимулирующих иммуноглобулинов; определение иммуноглобулинов, ингибирующих связывание ТТГ; ТТГ крови (повышен); радиоизотопное сканирование щитовидной железы (выявление функционально активной ткани); рентгенологическое исследование щитовидной железы и контрастное исследование пищевода (с целью исключения загрудинного расположения зоба).
3. Дифференциальный диагноз проводят с: вегетососудистой дистонией, ревматическим миокардитом, туберкулезной интоксикацией, гипофизарной кахексией, органическими поражениями печени, миастенией и токсической аденомой щитовидной железы.
4. Показания к операции будут определены после курса антитиреоидной терапии (мерказолил). При ее неэффективности будут поставлены показания к хирургическому лечению. Перед операцией следует провести предоперационное лечение, направленное на нормализацию функции щитовидной железы (антитиреоидные средства, β -адреноблокаторы, транквилизаторы, седативные средства, препараты йода).
5. Хирургическое лечение заключается в субтотальной резекции щитовидной железы. или тиреоидэктомии.

ОТВЕТ № 12:

1. Диагноз у Вашего больного - острый тиреоидит. Острый тиреоидит - это гнойное воспаление неизменной щитовидной железы; струмит - измененной (на фоне диффузного токсического зоба или узлового зоба).
2. Инфицирование щитовидной железы может происходить гематогенно, лимфогенно и контактно. В данном случае из анамнеза заболевания выяснено, что больной накануне болел простудным заболеванием.
3. Для уточнения диагноза следует провести лабораторные методы исследования (в общем анализе крови – лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом, повышение СОЭ); УЗИ-исследование щитовидной железы (выявление увеличенных размеров последней, нечеткость контуров); сканирование щитовидной железы (определение участка железы с пониженным поглощением изотопа).
4. Заболевание необходимо дифференцировать от подострого тиреоидита де Кервена, кровоизлияния в щитовидную железу, острого негнойного тиреоидита после лучевой терапии.
5. Следует провести курс противовоспалительной и антибактериальной терапии. При его неэффективности и наличии гноя – вскрытие гнойника в условиях стационара.

ОТВЕТ № 13:

1. 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.
2. 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, иррадирующие вниз, анамнез), инфарктом миокарда (анамнез, изменения ЭКГ), расслаивающейся аневризмой аорты (анамнез, похолодание нижних конечностей).
3. 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.
4. 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.
5. Больному показана экстренная операция на фоне инфузионной терапии и выведения из шока. Производят ушивание язвы с ваготомией, иногда с тампонадой салъником 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.

6. 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.

ОТВЕТ № 14:

1. Диагноз: Острая тромбоэмболия правой поверхностной бедренной артерии в средне-нижней трети бедра, ишемия ПБ на фоне митрального стеноза, мерцательной аритмии.
2. Дифференциальный диагноз проводится с артрозо-артритом, остеохондрозом поясничного отдела позвоночника, патологическим переломом справа при миеломной болезни.
3. 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.
4. Используя классификацию степени ишемии, можно предположить, что у больной П Б степень – неврологические расстройства с наличием паралича.
5. После короткой интенсивной терапии (дезагреганты, спазмолитики, анальгетики и др.) следует провести артериотомию: непрямую эмбол- и тромбэктомия при помощи катетера Фогэрти.
6. Консервативное лечение заключается 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.
7. 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 не прямых 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.

ОТВЕТ № 15:

1. Диагноз: Послеоперационный гипопаратиреоз.

2. Дифференциальный диагноз следует проводить с: псевдогипопаратиреозом, дефицитом витамина D, хронической почечной недостаточностью, дефицитом магния, синдромом мальабсорбции с нарушением всасывания кальция в кишечнике, гипогликемией, столбняком, бешенством, отравлением и интоксикацией.
3. Необходимо определить содержание кальция и фосфора в плазме крови; суточную экскрецию кальция с мочой (в норме – не менее 2,8 г). В норме кальций равен 2,1-2,6 ммоль/л; фосфор – 1,0-1,5 ммоль/л. Необходимо также УЗИ-исследование передней поверхности шеи. По показаниям – ЯМР или КТ этой области (оценка отдаленных метастазов в лимфатические узлы и распространение опухоли щитовидной железы – если таковое имеется).
4. В норме кальций крови равен 2,1-2,6 ммоль/л.
5. Для купирования приступа судорог следует внутривенно ввести 10% раствор CaCl₂, в дальнейшем – 10% раствор кальция хлорида по 1 столовой ложке 3 раза в день.
6. После операции тиреоидэктомии возможны следующие осложнения: тиреотоксический криз, гипопаратиреоз, поражение возвратного нерва, кровотечение, воспаление послеоперационной раны, инфильтрат послеоперационного рубца.

ОТВЕТ № 16:

1. У больного стерильный панкреонекроз (клиническая классификация острого панкреатита, принятая в г. Атланте, США в 1992 году). Ферментативный перитонит. Панкреатогенный шок.
2. 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.
3. 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.

4. 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 желудочного 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.

5. 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.

5. 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 лумботомические 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).

ОТВЕТ № 17:

1. Диагноз: Постпневмонический единичный абсцесс нижней доли левого легкого с множественными метастазами в печень. Гипопротеинемия. Печеночно-почечная недостаточность.
2. Дифференциальный диагноз следует проводить с эхинококком легкого, раком легкого, туберкулезом, актиномикозом и кистой легкого.
3. Следует провести исследование мокроты на микрофлору, ВК, чувствительность к антибиотикам, рентгеновское исследование легких, бронхоскопию с диагностической и лечебной целью, компьютерную томографию.
4. Лечение должно быть комплексным: повышение сопротивляемости организма (усиленное парентеральное и энтеральное питание, для возмещения дефицита белка используются аминокислотные смеси), с целью улучшения условий дренирования 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.
5. 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.
6. Возможные типы операций в данном случае: пневмотомия, лобэктомия, торакостомия.

ОТВЕТ № 18:

1. ПХЭС (холецистэктомия в 2003 году). Острый панкреатит, отечная форма. Механическая желтуха.
2. Дифференциальный диагноз проводится с холедохолитиазом, заболеваниями фатерова соска, дивертикулами двенадцатиперстной кишки, перфоративной язвой.
3. 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.
4. 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.

5. 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.

6. Показаниями к оперативному вмешательству будут: клиника панкреонекроза, нарастающая механическая желтуха.

7. 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 Вишневскому 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.

ОТВЕТ № 19:

1. У больной ПХЭС (холецистэктомия 1 год назад). Резидуальный холедохолитиаз? Стеноз Фатерова соска? Холангит. Механическая желтуха.

2. Дифференциальный диагноз проводится с острым панкреатитом, опухолью головки поджелудочной железы, заболеваниями фатерова соска, перфоративной язвой. Следует дифференцировать механическую желтуху с паренхиматозной, характер механической желтухи: доброкачественная или злокачественная.

3. Следует провести следующие методы исследования: УЗИ брюшной полости, ФГДС, ЭРХПГ, компьютерную томографию, лапароскопия (диагностическую).

4. При УЗИ-исследовании можно отметить следующие нормальные параметры: Печень: толщина правой доли – до 170 мм, левой – до 60мм; общий желчный проток (холедох) – диаметр 6-7 мм; воротная вена – 12-15 мм; селезеночная вена – 5 мм.

5. Нормальные показатели общего билирубина (по Иендрассеку) – 8,5-20,52 мкмоль/л; связанного (прямого) – 2,2-5,1 мкмоль/л (25%); несвязанного (непрямого) – 6,3-15,4 мкмоль/л (75%).

6. Больной показана лапаротомия с интраоперационной холангиографией и ревизией вне- и внутривенечных желчных ходов. При подтверждении диагноза «холангит» показана лапаротомия, холедохотомия с дренированием желчевыводящих путей (например, по Керу). Возможна эндоскопическая или трансдуоденальная папиллосфинктеротомия с папиллосфинктеропластикой. Необходима декомпрессия 12-перстной кишки (зонд).

7. В повторном оперативном вмешательстве нуждаются около 64% больных. Это: синдром нарушения желчеоттока; холангит с нарушением дренажной функции протоков; внутренние билио-дигестивные свищи; стойкий наружный желчный свищ.

8. Оперативные вмешательства по ПХЭС бывают восстановительными и реконструктивными. Восстановительные в свою очередь применяются при камнях

холедоха и большого дуоденального сосочка (удаление камня с временным наружным дренированием, папиллосфинктеротомия); при небольшой протяженности рубцовой стриктуры (не более 1-1,5 см) в случае обнаружения дистального отдела протока (продольное рассечение суженного участка с поперечным сшиванием или резекция гепатикохоледоха с анастомозом конец в конец). Возможна пластика аутовеной с применением сквозного транспеченочного дренажа. Реконструктивные операции проводят в плановом порядке при камнях холедоха и стенозах большого дуоденального сосочка (холедоходуоденостомия, холедохоеюностомия). Возможно так же и эндоскопическое вмешательство - эндоскопическая папиллосфинктеротомия.

ОТВЕТ № 20:

1. Диагноз: Послеоперационная тотальная эмпиема плевры справа.
2. Дифференциальный диагноз следует проводить с гемотораксом и кистой легкого.
3. 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.
4. 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.
5. Это, скорее всего, торакастомия с резекцией ребра, удалением легочных секвестров и дренированием плевральной полости широкой трубкой с последующей вышеназванной терапией.
6. 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.

ОТВЕТ № 21:

1. Диагноз: Острые множественные абсцессы нижней доли правого легкого.
2. 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.
3. 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.
4. 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);
5. 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.
6. Возможна лобэктомия справа. При прорыве абсцесса в плевральную полость с развитием эмпиемы плевры проводят дренаж с резекцией ребра (торакоостомию).

ОТВЕТ № 22:

1. У больного предполагается рак тела желудка. Стадия рака может быть установлена только после хирургического лечения и исследования глубины инвазии опухоли, а так же состояния регионарных лимфатических узлов.
2. Проводится дифференциальная диагностика с язвенной болезнью желудка. Основное место в дифференциальной диагностике занимает морфологический метод исследования. В пользу диагноза «Рак» говорит длительный анамнез гастрита, наличие характерных жалоб на слабость, похудание, неприятные ощущения в области эпигастрия. Против язвенной болезни желудка говорит отсутствие связи болей с приемом пищи. Для уточнения диагноза необходимо так же провести эндоскопическое с биопсией и рентгенологическое исследования.
3. Прежде всего, необходимо выполнить ФГДС с биопсией и рентгенографию желудка. Для оценки местной распространенности опухоли показано выполнение УЗИ органов брюшной полости, КТ, исследование толстой кишки. Для исключения метастатического поражения легких необходимо выполнить рентгенологическое исследование органов грудной клетки. Следует изучить анализы: общий анализ крови (с формулой лейкоцитов) и мочи, биохимия крови (билирубин, мочевины, трансаминазы, белок и его фракции), амилаза крови, глюкоза крови, коагулограмма.
4. Больному показана операция – расширенная гастрэктомия с лимфодиссекцией. В случае вторичного поражения других органов: поджелудочной железы, поперечной ободочной кишки показано выполнение комбинированной операции. Для улучшения результатов лечения рака желудка используют комбинированное лечения с применением лучевого метода.
5. Нет, не правильно. Больной с хроническим гастритом должен находиться под диспансерным наблюдением с регулярными контрольными осмотрами, в том числе ФГДС с биопсией.

ОТВЕТ № 23:

1. У больного имеется так называемый синдром Маллори-Вейсса. Кровоточащая трещина стенки желудка. Синдром описан в 1929 году, в основном встречается в 2-13% случаев у мужчин в возрасте от 30 до 50 лет и характеризуется образованием продольных трещин на слизистой оболочке кардиально-пищеводной зоны. При этом повреждаются и сосуды, что сопровождается кровотечением разной интенсивности. Причиной синдрома являются прием больших количеств алкоголя, пищи с возникающей при этом рвотой.
2. С целью верификации диагноза выполнено ФГДС исследование. Необходимо изучить анализы: общий анализ крови (с формулой лейкоцитов) и мочи, биохимия крови (билирубин, мочевины, трансаминазы, белок и его фракции), глюкоза крови, коагулограмма.
3. Дифференциальную диагностику проводят с кровотечением на фоне язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки, рака желудка, рака пищевода, дивертикулеза пищеварительного тракта, доброкачественных неэпителиальных опухолей желудочно-кишечного тракта, гемобилии, болезни Рандю-Вебера-Ослера, лейкозе, гемофилии и портальной гипертензии.
4. В патогенезе заболевания основная роль отводится внезапному повышению внутрижелудочного давления вследствие дискорреляции замыкательной функции кардиального и пилорического сфинктеров. Имеет значение выпадение слизистой оболочки

желудка в просвет пищевода. Предрасполагают к этому истончение желудка при атрофическом гастрите, пожилой возраст пациентов. Рвота ведет к повышению внутрипросветного давления, изменению кровообращения в растянутом желудке вследствие анемизации слизистого слоя при адекватной циркуляции крови в мышечном слое и возникновении разрывов слизистой оболочки. Заболевание может развиваться после икоты, приступа кашля, при бронхиальной астме, после физического перенапряжения.

5. После госпитализации в хирургический стационар следует начать консервативное лечение. Во время ФГДС выполняют эндоскопический гемостаз. При остановке кровотечения интенсивная терапия и динамическое наблюдение в реанимационном отделении. При продолжающемся кровотечении – экстренная операция.

6. Лечение всех случаев данного заболевания начинается с консервативных мероприятий: парентерально вводят гемостатические препараты, назначают инфузионную терапию, определяют показания к гемотрансфузии, проводят орошение слизистой желудка содовым раствором с норадреналином, дают антациды. Возможно проведение диатермической или лазерной коагуляции кровоточащих разрывов через эндоскоп либо больному вводят зонд Блекмора и назначают гемостатики. Наряду с консервативными методами лечения в ряде случаев приходится применять экстренные хирургические вмешательства для остановки профузного кровотечения: производится гастротомия, прошивание трещин шовными материалами начиная с нижнего края дефекта. Обязательна перевязка левой желудочной артерии. При продолжающемся кровотечении вышеописанная операция дополняется ваготомией. В нашем случае на трещину можно наложить обвивной шелковый шов со стороны просвета желудка. Шов должен захватывать все слои стенки желудка, за исключением серозы.

ОТВЕТ № 24:

1. У больного органический стеноз привратника.
2. Коматозное состояние связано с гипохлоремией, развившейся у больного вследствие нарушения проходимости привратника, результатом которой явились частые и обильные рвоты.
3. Дифференциальный диагноз следует проводить с раком желудка, высокой кишечной непроходимостью, раком пищевода, кардиоспазмом, ахалазией кардии.
4. Во время подготовки следует уточнить причину стеноза (анамнез, ФГДС с биопсией, рентгеноскопия и рентгенография желудка с контрастным веществом, УЗИ исследование органов брюшной полости, лапароскопия). Особое внимание уделяется общеклиническим анализам /общему анализу крови (с формулой лейкоцитов) и мочи, биохимия крови (билирубин, мочевины, трансаминазы), глюкозе крови, коагулограмме/. Обращают внимание на уровень электролитов и белка крови.
5. Следует госпитализировать пациента в стационар для предоперационной подготовки и последующего оперативного лечения осложнения язвенной болезни.
6. Подготовка больного к операции не должна превышать 7-10 дней. Для выведения больного из коматозного состояния ему следует ввести в/в 40-60 мл 10% раствора натрия хлорида, а затем организовать постоянное капельное вливание физиологического раствора. При необходимости ввести сердечные и сосудистые средства. Включить в комплекс подготовки больного к операции введение белков, углеводов, жидкостей, комплекса электролитов, переливания крови и плазмы, а также ежедневное 3-кратное промывание желудка.

7. Если стеноз вызван язвенной болезнью 12-ти перстной кишки или удалимой опухолью антрального отдела желудка, больному показана резекция желудка по Бильрот I, - II или Ру. В случае неудалимой опухоли показана паллиативная операция (обходной гастроэнтероанастомоз).

ОТВЕТ № 25:

1. Острая правосторонняя базальная пневмония. Параневмонический плеврит. ДН I.
2. Острый плеврит необходимо дифференцировать от нагноившейся кисты, абсцесса легкого, поддиафрагмального абсцесса. Необходимо так же исключить рак легкого с перифокальным воспалением и выпотом.
3. 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.
4. Тактика ведения данного пациента должна быть по возможности активной.
5. 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.
6. Да, применяются.
7. Эфферентные экстракорпоральные методики лечения эндотоксикоза при нагноительных заболеваниях легких и плевры применяются довольно активно. Это: лимфо- и гемосорбция, УФО крови.

ОТВЕТ № 26:

1. У больного острый панкреатит, отечная форма.
 2. Дифференциальный диагноз следует проводить с: острым гастритом, обострением язвенной болезни, острым аппендицитом, острым холециститом, острой кишечной непроходимостью, почечной коликой слева.
 3. 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.
 4. У больного присоединился панкреатогенный плеврит слева (респираторный дистресс-синдром на фоне острой патологии поджелудочной железы).
 5. Диагностика данного состояния основывается на - рентгенографию или УЗИ грудной клетки. Лечение пункционное, после эвакуации жидкости в плевральную полость следует ввести антиферментные препараты и антиоксиданты.
 6. 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 (октреотида), панкреатической рибонуклеазы, цитостатиков; дезинтоксикация организма (инфузионная терапия); антиферментная терапия; улучшение центральной гемодинамики и периферического кровообращения; профилактика гнойных осложнений путем использования антибиотиков.
 7. 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 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.

8. 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 люмботомические разрезы дренируется парапанкреатическая клетчатка /внебрюшинно/, необходимо наладить систему проточного дренирования сальниковой сумки.

ОТВЕТ № 27:

1. Диагноз: Илеофemorальный тромбоз слева.
2. Дифференциальный диагноз следует проводить с: острым нарушением артериальной проходимости, лимфостазом.
3. Диагноз можно подтвердить следующими исследованиями: флебография, доплеровское исследование, дуплексное УЗИ, сцинтиграфия с использованием фибриногена, меченного I ¹²⁵. Золотым стандартом во флебологии является цветное дуплексное сканирование.
4. Осложнения: переход в «синюю» болевую флегмазию, ТЭЛА.
5. Лечение: тромболитическая терапия, антикоагулянты прямого и непрямого действия, эластическая компрессия, антиагреганты.
6. Хирургическое лечение показано при: выявлении «флотирующего» тромба в просвете вены с угрозой ТЭЛА – тромбэктомия. По показаниям постановка кава-филтра.

ОТВЕТ № 28:

1. Диагноз: Тромбоз глубоких вен правой голени.
2. 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; послеродовый период, применение противозачаточных средств; курение, ДВС-синдром. Сущностью патологического процесса при тромбофлебите 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). Тромбофлебит сопровождается рядом местных и общих реакций.
3. Дифференциальный диагноз проводят с тромбозом артерий, эмболией мелких артерий голени, с облитерирующими заболеваниями артерий, с миозитом, кровоизлиянием в икроножные мышцы, с периферически невритом, артериоспазмом.

4. К дополнительным методам относят: доплеровское исследование, дуплексное УЗИ, сцинтиграфию с I^{125} -фибриногеном, дистальную восходящую флебографию.
5. 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.
6. 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.
7. 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.
8. 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 – тромбэмболектомия из бедренно-подколенного сегмента; при изолированном поражении подвздошной вены – тромбэмболектомия из этой вены. Пликация нижней полой вены заключается в создании в ее просвете узких каналов или введении кава-фильтров, задерживающих тромбы.

ОТВЕТ № 29:

1. У больного вторичный /бактериальный/ абсцесс правой доли печени.
2. Наиболее информативными способами исследования являются: УЗИ и компьютерная томография органов брюшной полости, которые позволяют определить локализацию абсцесса и его объем.
3. Абсцессы печени возникают на почве инфекции, проникающей через систему воротной вены в ткань печени, при переносе инфекции из какого-либо гнойного очага в брюшной полости, чаще всего при осложненном аппендиците (рассматриваемый случай). Возможно развитие абсцесса при холангите.
4. Дифференциальный диагноз проводят с: острым гнойным холангитом, паразитарными абсцессами печени (амебный), нагноившейся эхинококковой кистой печени, острым гепатитом, пилефлебитом.
5. Осложнениями данного заболевания могут быть: а) прорыв в свободную брюшную полость с развитием распространенного перитонита; б) абдоминальный

сепсис; в) правосторонний гнойный плеврит /при поверхностных абсцессах диафрагмальной поверхности печени/.

6. Существует два способа лечения абсцессов печени: 1) лапаротомия, вскрытие, дренирование полости абсцесса и антибиотикотерапия; 2) чрескожное, транспеченочное дренирование полости абсцесса с аспирацией его содержимого под контролем УЗИ, и в последующем с промыванием полости антисептиками и антибиотиками.

ОТВЕТ № 30:

1. Диагноз: Облитерирующий атеросклероз сосудов левой нижней конечности, стадия II Б.

2. На первый план выступает перемежающаяся хромота.

3. Дифференциальный диагноз проводят с облитерирующим эндартериитом, облитерирующим тромбангиитом, диабетической макроангиопатией.

4. Для уточнения диагноза применяют ангиографию, доплеровское исследование, дуплексное сканирование, термографию.

5. 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.

6. 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).

7. 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: тромбинтимэктомию; 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.