

## Типовые контрольные задания для проведения промежуточной аттестации

### Зачет

#### Тестирование 1-ый семестр

1	<p>Возбудителем гидраденита является:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>а) синегнойная палочка</li><li>б) протей</li><li>в) стафилококк</li><li>г) стрептококк</li><li>д) кишечная палочка</li></ul>
2	<p>Различают следующие виды панарициев, кроме</p> <ul style="list-style-type: none"><li>а) кожного</li><li>б) ладонного</li><li>в) костного</li><li>г) сухожильного</li><li>д) подкожного</li></ul>
3	<p>При вскрытии гноя пространства Пирогова глубина разреза распространяется до</p> <ul style="list-style-type: none"><li>а) поверхностной фасции предплечья</li><li>б) поверхностного сгибателя пальцев</li><li>в) подкожной клетчатки</li><li>г) квадратного пронатора</li><li>д) глубокого сгибателя пальцев</li></ul>
4	<p>При рецидивирующей роже нижних конечностей наиболее частое осложнение</p> <ul style="list-style-type: none"><li>а) остеомиелит</li><li>б) тромбофлебит</li><li>в) периостит</li><li>г) лимфостаз</li><li>д) сепсис</li></ul>
5	<p>Заживление раны вторичным натяжением - это</p> <ul style="list-style-type: none"><li>а) заживление по струпом</li><li>б) заживление через грануляции</li><li>в) заживление через нагноение</li><li>г) все перечисленное</li></ul>

6	<p>Возбудителем госпитальной инфекции является</p> <p>а) грамотрицательная флора  б) стафилококк  в) стрептококк  г) анаэробные микроорганизмы</p>
7	<p>В лечении острого гнойного артрита применяется следующее, кроме:</p> <p>а) антибактериальной терапии  б) гемотрансфузии  в) повторных пункций сустава  г) оксигаротерапии</p>
8	<p>При остром гнойном остеомиелите возможны все перечисленные виды оперативного вмешательства, кроме</p> <p>а) вскрытия флегмоны  б) рассечения надкостницы  в) трепанации костно-мозговой полости  г) секвестрэктомии  д) костно-пластической ампутации</p>
9	<p>В отношении первичного очага при сепсисе правильной является следующая тактика:</p> <p>а) пункционное лечение  б) вскрытие гнойника следует производить только при неэффективности консервативных мероприятий  в) вскрытие и дренирование гнойника из минимального разреза  г) широкое вскрытие гнойника с иссечением гнойно-некротических тканей, первичный глухой шов раны с аспирационно-промывным дренированием или ведение раны открытым способом</p>
10	<p>При анаэробном неклостридиальном сепсисе применяют следующие препаратов, кроме</p> <p>а) эритромицина и фурагина  б) клиндамицина  в) фурагина и клиндамицина  г) метрогила и эритромицина  д) ампиокса и метрогила</p>
11	<p>Какие операции применяются при дивертикулах пищевода?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. резекция сегмента пищевода</li> <li>2. дивертикулоэктомия</li> <li>3. операция Добромислова - Торека</li> <li>4. инвагинация дивертикула</li> <li>5. резекция нижней трети пищевода и кардии</li> </ol>

12	<p>Болезнь Менетрие это-</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Парадоксальная дисфагия</li> <li>2. Дивертикулез желудка</li> <li>3. Гигантский гипертрофический гастрит</li> <li>4. Атрофический гастрит</li> <li>5. Лимфома желудка</li> </ol>
13	<p>К отдаленным метастазам рака желудка относятся:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. метастаз Шницлера</li> <li>2. метастаз Крукенберга</li> <li>3. метастаз Вирхова</li> <li>4. метастаз сестры Джозеф</li> <li>5. метастаз в печень</li> </ol>
14	<p>Синдром Меллори-Вейса - это:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. варикозное расширение вен пищевода и кардии, осложненное кровотечением</li> <li>2. кровоточащая язва дивертикула Меккеля</li> <li>3. кровотечение из слизистых на почве геморрагического ангиоматоза</li> <li>4. трещины в кардиальном отделе желудка с кровотечением</li> <li>5. геморрагический эрозивный гастродуоденит</li> </ol>
15	<p>При желчнокаменной болезни плановая холецистэктомия показана:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. во всех случаях</li> <li>2. при латентной форме заболевания</li> <li>3. при наличии клинических признаков заболевания, снижении трудоспособности и отсутствия тяжелой сопутствующей патологии, являющейся противопоказанием к плановой операции</li> <li>4. у больных старше 55 лет</li> <li>5. у лиц моложе 20 лет</li> </ol>
16	<p>Укажите признаки, характерные для синдрома Курвуазье</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. желтушное окрашивание кожи и склер</li> <li>2. непальпируемый сморщенный желчный пузырь</li> <li>3. пальпируется воспаленный и болезненный желчный пузырь</li> <li>4. пальпируется увеличенный, эластичный и безболезненный желчный пузырь при наличии желтушного окрашивания кожи и склер</li> <li>5. увеличение размеров печени</li> </ol>
17	<p>Холецисто-еюностомия или операция Монастырского показана</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. при эмпиеме желчного пузыря</li> <li>2. при неоперабельной опухоли в терминальном отделе холедоха</li> <li>3. при водянке желчного пузыря</li> <li>4. при гнойном холангите</li> <li>5. при опухоли желчного пузыря</li> </ol>

18	<p>Ширина холедоха в норме равна:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. до 0,5 см</li> <li>2. 0,6-1,0 см</li> <li>3. 1,1-1,5 см</li> <li>4. 1,6-2,0 см</li> <li>5. свыше 2,0 см</li> </ol>
19	<p>Если рак прямой кишки локализуется на уровне 7-12 см от заднего прохода, какая операция наиболее целесообразна?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки</li> <li>2. брюшно-анальная резекция прямой кишки</li> <li>3. операция Гартмана</li> <li>4. внутрибрюшинная резекция</li> </ol>
20	<p>При какой локализации опухоли чаще всего возникает анемия?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. левая половина</li> <li>2. правая половина</li> <li>3. поперечно-ободочная кишка</li> <li>4. сигмовидная кишка</li> <li>5. слепая кишка</li> </ol>

### Тестирование 2-ой семестр

1	<p>Внутренние органы могут составлять часть стенки грыжевого мешка при следующих грыжах</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>а) Рихтера</li> <li>б) кривой паховой</li> <li>в) скользящей</li> <li>г) прямой паховой</li> <li>д) ни в одной из перечисленных</li> </ol>
2	<p>При проведении дифференциальной диагностики между грыжей и водянкой оболочек яичек следует прибегнуть</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>а) к трансиллюминации и пальпации</li> <li>б) к пункции</li> <li>в) к перкуссии</li> <li>г) к аускультации</li> <li>д) к пальцевому исследованию прямой кишки</li> </ol>
3	<p>Стенками пахового канала являются все перечисленные образования, кроме</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>а) апоневроза наружной мышцы живота</li> <li>б) подвздошно-гребешковой связки</li> <li>в) паховой связки</li> <li>г) нижнего края внутренней кривой и поперечной мышц</li> <li>д) поперечной фасции живота</li> </ol>

4	<p>К образованию послеоперационной грыжи предрасполагают</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) раневая инфекция</li> <li>б) послеоперационный парез</li> <li>в) срединный разрез</li> <li>г) неправильная техника ушивания раны</li> <li>д) все выше перечисленное</li> </ul>
5	<p>Причиной тромбоза легочной артерии наиболее часто является тромбофлебит</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) лицевых вен</li> <li>б) глубоких вен нижних конечностей и вен малого таза</li> <li>в) глубоких вен верхних конечностей</li> <li>г) поверхностных вен нижних конечностей</li> <li>д) поверхностных вен верхних конечностей</li> </ul>
6	<p>При несостоятельности коммуникантных вен нижних конечностей наиболее целесообразной операцией следует считать операцию</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) Бебкока</li> <li>б) Троянова - Тренделенбурга</li> <li>в) Нарата</li> <li>г) Линтона</li> <li>д) Маделунга</li> </ul>
7	<p>Для острого тромбоза глубоких вен конечностей характерно все нижеперечисленное, кроме</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) резких болей распирающего характера</li> <li>б) повышения температуры тела</li> <li>в) отека конечности</li> <li>г) цианоза</li> <li>д) гиперемии кожи по ходу большой подкожной вены</li> </ul>
8	<p>Антикоагулянтная терапия в лечении тромбоза вен применяется с целью</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) растворения фибрина</li> <li>б) приостановления роста тромба</li> <li>в) увеличения количества сгустков</li> <li>г) изменения внутренней оболочки сосудов</li> <li>д) снижения активности ДНК</li> </ul>
9	<p>Для острого глубокого тромбоза вен нижних конечностей характерны</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) резкий отек нижней конечности</li> <li>б) некроз пальцев стоп</li> <li>в) похолодание стопы</li> <li>г) симптом перемежающейся хромоты</li> <li>д) отек и гиперемия по ходу пораженных вен</li> </ul>

10	<p>Профилактика тромбозмболических осложнений в послеоперационном периоде включает в себя все нижеперечисленное, кроме</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) назначения гепарина</li> <li>б) назначения дезагрегантов</li> <li>в) лечебной физкультуры</li> <li>г) длительного постельного режима</li> <li>д) бинтования ног эластичным бинтом</li> </ul>
11	<p>В начальной серозной стадии острого мастита не применяются</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) разрез</li> <li>б) предупреждение застоя молока</li> <li>в) антибактериальная терапия</li> <li>г) ультразвуковая терапия</li> <li>д) ретромаммарная пенициллиновокаиновая блокада</li> </ul>
12	<p>При локализации рака молочной железы во внутренних квадрантах первым этапом метастазирования будут</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) подмышечные лимфоузлы</li> <li>б) парастернальные лимфоузлы</li> <li>в) паховые лимфоузлы</li> <li>г) подлопаточные лимфоузлы</li> <li>д) все ответы верны</li> </ul>
13	<p>Наиболее неблагоприятной локализацией рака молочной железы в силу анатомических особенностей, путей лимфооттока и метастазирования является</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) наружно-верхняя</li> <li>б) наружно-нижняя</li> <li>в) внутренне-верхняя</li> <li>г) внутренне-нижняя</li> </ul>
14	<p>Диагностика опухолевых образований молочных желез возможна</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) при ультразвуковом исследовании</li> <li>б) при маммографии</li> <li>в) при термографии</li> <li>г) при использовании всех перечисленных методов</li> <li>д) ни при одном из перечисленных методов</li> </ul>
15	<p>Верхняя щитовидная артерия отходит</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) от наружной сонной артерии</li> <li>б) от внутренней сонной артерии</li> <li>в) от подключичной артерии</li> <li>г) от дуги аорты</li> <li>д) от щито-шейного ствола</li> </ul>

16	<p>Количество йода, связанного с белком в плазме (СПБ) в норме, составляет</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) около 4 мкг%</li> <li>б) около 8 мкг%</li> <li>в) около 12 мкг%</li> <li>г) около 16 мкг%</li> <li>д) около 20 мкг%</li> </ul>
17	<p>При болезни Грейвса, ДТЗ на первый план выступают все следующие симптомы, кроме</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) слабости</li> <li>б) похудания</li> <li>в) раздражительности</li> <li>г) одышки</li> <li>д) сердцебиения</li> </ul>
18	<p>Противопоказаниями к лечению I-131 больных тиреотоксикозом являются все перечисленные, кроме</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) беременности и периода лактации</li> <li>б) лейкопении</li> <li>в) токсического зоба, локализующегося в загрудинном пространстве и позади пищевода</li> <li>г) узловых и смешанных форм токсического зоба</li> <li>д) пожилого возраста</li> </ul>
19	<p>При оперативном вмешательстве по поводу диффузного токсического зоба могут возникнуть все следующие осложнения, кроме</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) ранения ветвей возвратного нерва</li> <li>б) кровотечения во время операции и в ближайшие часы после оперативного вмешательства</li> <li>в) гипопаратиреоза</li> <li>г) ларингоспазма, ранения трахеи</li> <li>д) ранения подключичной артерии</li> </ul>
20	<p>Наиболее ценными тестами в диагностике гиперпаратиреоза являются все перечисленные, за исключением установления</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) гиперкальциемии в сочетании с гиперфосфатемией</li> <li>б) гиперкальцинурии, гипоизостенурии на фоне полиурии</li> <li>в) повышенной активности щелочной фосфатазы</li> <li>г) характерной рентгенологической картины со стороны костной системы</li> <li>д) высокого уровня 17 КС и 17 ОКС</li> </ul>

### Тестирование 3-ий семестр

1	<p>В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА НЕ ПРИМЕНЯЮТ:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. анальгетиков</li><li>2. инфузионной терапии</li><li>3. цитостатиков</li><li>4. спазмолитиков</li><li>5. морфина</li></ol>
2	<p>НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА ЯВЛЯЕТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. отечный панкреатит</li><li>2. жировой панкреонекроз</li><li>3. геморрагический панкреонекроз</li><li>4. гнойный панкреатит</li><li>5. жировой панкреонекроз с ферментативным перитонитом</li></ol>
3	<p>В ПЕРВЫЕ ТРОЕ СУТОК ЗАБОЛЕВАНИЯ ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ ПРОТИВОПОКАЗАНО ПРИМЕНЕНИЕ:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. УЗИ</li><li>2. гастроскопии</li><li>3. ЭРХПГ</li><li>4. рентгеноскопии органов брюшной полости:</li><li>5. лапароскопии</li></ol>
4	<p>При каком виде острой кишечной непроходимости наблюдаются кровянистые выделения из прямой кишки</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. заворот тонкой кишки</li><li>2. спастическая непроходимость</li><li>3. инвагинация</li><li>4. паралитическая непроходимость</li><li>5. узлообразование</li></ol>
5	<p>Во время экстренной операции по поводу кишечной непроходимости обнаружена подвижная опухоль сигмовидной кишки, - метастазов не найдено. Какова наиболее целесообразная тактика</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. наложение обходного анастомоза</li><li>2. резекция кишки с восстановлением ее проходимости</li><li>3. операция Гартмана</li><li>4. наложение колостомы проксимальнее опухоли</li></ol>
6	<p>ПРИ НЕЖИЗНЕСПОСОБНОЙ ПЕТЛЕ ТОНКОЙ КИШКИ ПРОИЗВОДИТСЯ:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. резекция приводящей петли, отступя 30 см от некроза, резекция отводящей петли, отступя 15-20 см от некроза</li><li>2. резекция кишки в пределах видимой границы некроза</li><li>3. наложение обходного анастомоза</li><li>4. выведение кишки</li><li>5. резекция приводящей петли, отступя 15-20 см от некроза, резекция отводящей петли, отступя 30 см от некроза</li></ol>

7	<p>Для терминальной фазы перитонита, вызванного перфорацией язвы двенадцатиперстной кишки, характерно</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. токсическое поражение ЦНС</li> <li>2. развитие функциональной кишечной непроходимости</li> <li>3. развитие ДВС-синдрома</li> <li>4. развитие печеночно-почечной недостаточности</li> <li>5. иммунодефицит</li> </ol>
8	<p>Незамеченные ранения гепатикохоледоха могут привести в послеоперационном периоде ко всем перечисленным тяжелым осложнениям, кроме</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>а) ограниченного или разлитого желчного перитонита</li> <li>б) образования подпеченочных гнойников</li> <li>в) развития наружного желчного свища</li> <li>г) тромбоэмболии мелких ветвей легочной артерии</li> <li>д) развития поддиафрагмального абсцесса</li> </ol>
9	<p>При одновременном ножевом ранении мочеточника и кишечника с обширной забрюшинной урогематомой отведение мочи осуществляется путем</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>а) катетеризации мочеточника</li> <li>б) уретеростомии</li> <li>в) нефростомии, дренирования забрюшинной клетчатки</li> <li>г) пиелостомии</li> </ol>
10	<p>Показанием к нефрэктомии при сочетанной травме почки и органов брюшной полости является</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>а) обширная забрюшинная гематома</li> <li>б) разрыв нижнего полюса почки</li> <li>в) разможнение почки</li> <li>г) разрыв лоханки</li> <li>д) субкапсулярная гематома</li> </ol>
11	<p>Противопоказанием к оперативному лечению при ущемленной грыже является</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>а) гигантский размер грыжи</li> <li>б) беременность во второй ее половине</li> <li>в) флегмона грыжевого мешка</li> <li>г) недавно перенесенный инфаркт миокарда</li> <li>д) ни один из перечисленных</li> </ol>
12	<p>При самопроизвольном вправлении ущемленной грыжи тактика хирурга предусматривает</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>а) лапаротомию с ревизией органов брюшной полости</li> <li>б) тщательное наблюдение за больным в условиях стационара</li> <li>в) поставить очистительную клизму</li> <li>г) возможность отпустить больного домой с повторным осмотром</li> <li>д) ни одна из рекомендаций не верна</li> </ol>

13	<p>При тампонаде сердца наблюдаются</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) снижение артериального давления</li> <li>б) цианоз лица</li> <li>в) расширение границ сердца</li> <li>г) глухость тонов</li> <li>д) все перечисленное</li> </ul>
14	<p>При выборе вида хирургического пособия при перфоративной язве желудка обычно руководствуются</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) сроком с момента прободения</li> <li>б) степенью воспалительных изменений брюшины</li> <li>в) величиной перфоративного отверстия</li> <li>г) локализацией перфоративного отверстия</li> <li>д) возрастом больного</li> </ul>
15	<p>При язвенной болезни, осложненной кровотечением, рвота содержимым желудка цвета "кофейной гущи" может наблюдаться при всех следующих локализациях язвы, кроме</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) малой кривизны желудка</li> <li>б) кардиального отдела желудка</li> <li>в) антрального отдела желудка</li> <li>г) нижнего отдела пищевода</li> <li>д) постбульбарного отдела двенадцатиперстной кишки</li> </ul>
16	<p>При операции по поводу острого холецистита, осложненного панкреатитом (отечная форма) наиболее целесообразной тактикой хирурга следует считать</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) типичную холецистэктомию</li> <li>б) после удаления желчного пузыря дренировать холедох через культю пузырного протока</li> <li>в) после холецистэктомии дренировать общий желчный проток T-образным дренажем</li> <li>г) после холецистэктомии дренировать сальниковую сумку</li> <li>д) наложить холецистостому</li> </ul>
17	<p>Острый холецистит необходимо дифференцировать</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>а) с прободной язвой желудка</li> <li>б) с пенетрирующей язвой двенадцатиперстной кишки</li> <li>в) с правосторонней базальной пневмонией</li> <li>г) с острым аппендицитом при атипичном расположении червеобразного отростка</li> <li>д) со всем перечисленным</li> </ul>

18	<p>Механическая желтуха при остром холецистите развивается в результате всего перечисленного, кроме</p> <p>а) холедохолитиаза  б) обтурации камнем или слизистой пробкой пузырного протока  в) отека головки поджелудочной железы  г) холангита  д) глистной инвазии общего желчного протока</p>
19	<p>Перевязка внутренней подвздошной артерии в связи с особенностями ее топографии может быть осложнена расположением рядом с ней</p> <p>а) маточной трубы  б) мочеточника  в) наружной подвздошной артерии  г) всего перечисленного</p>
20	<p>Острый серозный пиелонефрит без нарушения пассажа мочи необходимо дифференцировать со следующими острыми заболеваниями органов брюшной полости</p> <p>а) прободной язвой желудка  б) острым аппендицитом (ретроцекальным)  в) острым холециститом  г) тромбозом мезентериальных сосудов  д) правильно б) и в)</p>

## ПРАКТИКО-ОРИЕНТИРОВАННАЯ ЧАСТЬ ЗАЧЕТА

### *1-ый семестр:*

#### Билет 1

1. Гнойные заболевания костей. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина остеомиелита. Принципы оперативного лечения.

2. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Клиника, диагностика

(рентгенография, эндоскопия, электромиография и др). Принципы консервативного и оперативного лечения. Эндохирургические вмешательства.

3. Рак ободочной кишки. Диагностика, значение рентгеновского обследования, колоноскопии. Дифференциальная диагностика. Выбор метода хирургического лечения (определение объема оперативного вмешательства, одномоментные и многомоментные операции и показания к ним).

#### Билет 2

1. Рожистое воспаление. Этиология, классификация, клиника, диагностика, лечение, осложнения. Значение гипербарической оксигенации в лечении гнойных осложнений.

2. Болезни оперированного желудка. Классификация. Незажившие и рецидивные

язвы, пептические язвы тощей кишки, синдром приводящей петли и демпинг-синдром. Рефлюкс-гастрит и рефлюкс-эзофагит. Причины возникновения. Клиника и диагностика. Показания к хирургическому лечению, методы реконструктивных операций.

3. Рак, желчного пузыря и желчевыводящих путей. Факторы, способствующие развитию. Клиника, методы диагностики, методы хирургического лечения.

#### Билет 3

1. Сепсис. Определение понятия. Причины развития. Патогенез. Возбудители. Принципы диагностики, оценочные шкалы степени тяжести и прогноза заболевания. Антибактериальная терапия, дезинтоксикация. Экстракорпоральные методы детоксикации.

2. Дивертикулы толстой кишки. Клиника, диагностика, показания к хирургическому лечению, виды операций. Осложнения. Клиника, диагностика, лечение.

3. Рак поджелудочной железы. Заболеваемость, факторы, способствующие развитию. Морфология. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз. Радикальные операции при раке поджелудочной железы. Паллиативные операции.

#### Билет 4

1. Гнойные заболевания кожи и подкожной клетчатки. Фурункул, карбункул, гидраденит. Этиология, клиника, принципы лечения.

2. Осложнения желчекаменной болезни. Причины развития этих осложнений. Клиника. Дооперационная и интраоперационная диагностика. Лечение. Показания к холедохотомии и методы завершения ее. Эндоскопическая папиллотомия.

3. Рак желудка. Эпидемиология рака. Этиологические факторы. Классификация. Клиническая картина заболевания в зависимости от локализации и характера роста опухоли. Осложнения: кровотечение, стеноз, перфорация. Диагностика и дифференциальная диагностика. Показания и противопоказания к радикальным и паллиативным операциям. Принципы предоперационной подготовки и послеоперационное ведение.

#### Билет 5

1. Столбняк, анаэробная инфекция. Классификация, этиология, патогенез, диагностика, принципы лечения, профилактика.

2. Кисты поджелудочной железы: истинные и ложные. Этиология и патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальный диагноз. Хирургическое лечение: операции наружного и внутреннего дренирования кист. Чрескожное дренирование кист.

3. Рак пищевода. Заболеваемость. Патологическая анатомия. Клиника и диагностика. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Подготовка к операции. Послеоперационные осложнения. Комбинированное лечение (химиотерапии, лучевой терапии).

### ***2-ой семестр***

#### Билет 1

1. Паховые грыжи. Анатомия пахового канала. Прямая и косая паховые грыжи (анатомические и клинические различия). Врожденная и скользящая паховые грыжи.

Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика паховых грыж. Методы операций.

Пластика синтетической сеткой, видеоскопические операции.

2. Варикозная болезнь нижних конечностей. Этиология, патогенез, патологическая анатомия.

Клиника заболевания в зависимости от стадии заболевания.

Диагностика. Методы определения проходимости глубоких вен, оценки состояния клапанного аппарата поверхностных и коммуникантных вен (функциональные пробы, контрастная флебография, ультразвуковое ангиосканирование, флебосцинтиграфия).

3. Тиреотоксический зоб. Определение, патогенез. Классификация по степени тяжести и стадии развития. Клиника диффузного и узловых форм тиреотоксического зоба, диагностика, лечение. Показания и противопоказания к операции. Методы операций.

#### Билет 2

1. Бедренные грыжи. Анатомия бедренного канала. Клиника, диагностика и дифференциальная диагностика. Методы операций.

2. Варикозная болезнь. Лечение: склерозирующая терапия, консервативное, оперативное. Показания и противопоказания к операции. Виды операций и методы перевязки коммуникантных вен. Эндоскопическая диссекция коммуникантных вен. Ведение послеоперационного периода.

3. Рак щитовидной железы. Классификация клиническая и гистологическая. Клиника, диагностика, лечение. Объем оперативного вмешательства. Комбинированное лечение – лучевое, химиотерапевтическое, гормонотерапия, лечение радиоактивным йодом.

#### Билет 3

1. Пупочные грыжи. Анатомические предпосылки для образования грыжи. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Хирургическое лечение. Особенности лечения пупочных грыж в детском возрасте.

2. Острые тромбозы системы нижней полой вены. Классификация, локализации. Этиология и патогенез венозных тромбозов. Клиника острых венозных тромбозов в зависимости от локализации и распространенности тромбоза. Диагностика. Лечение консервативное, оперативное, показания и противопоказания. Методы операций: тромбэктомия, перевязка вены, пликация нижней полой вены, имплантация кава-фильтра. Профилактика.

3. Опухоли паращитовидных желез. Клиника, диагностика, лечение. Гипопаратиреоз, тетания. Патогенез, клиника, диагностика, прогноз, лечение. Пути профилактики паратиреоидной недостаточности при операциях на щитовидной железе.

#### Билет 4

1. Послеоперационные грыжи. Причины развития. Клиника, диагностика. Методы операций. Причины рецидива послеоперационных грыж. Хирургическое лечение.

2. Посттромбофлебитическая болезнь нижних конечностей.

Патогенез. Классификация. Клиника различных форм заболевания. Специальные методы диагностики. Консервативное лечение. Показания к операции и виды оперативных вмешательств.

3. Доброкачественные опухоли молочной железы. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз. Лечение.

#### Билет 5

1. Грыжи белой линии живота. Анатомические предпосылки для образования грыжи. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Методы операции.

2. Недостаточность лимфатической системы. Классификация лимфостаза. Клиника, методы диагностики, хирургическое лечение. Создание лимфовенозных анастомозов с помощью микрохирургической техники. Слоновость.

3. Рак молочной железы. Заболеваемость. Патологическая анатомия. Клинические формы. Международная классификация рака молочной железы и классификация по стадиям. Методы ранней диагностики заболевания, принципы оперативного лечения.

### 3-ый семестр

#### Билет 1

1. Клиника и диагностика желудочно-кишечных кровотечений. Дифференциальная диагностика. Консервативное и оперативное лечение. Эндоскопические методы остановки кровотечения

2. Обтурационная кишечная непроходимость, причины, патогенез. Особенности нарушений водно-электролитного и кислотно-основного состояния. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз. Предоперационная подготовка и особенности оперативного лечения.

3. Острые нарушения мезентериального кровообращения. Виды острых нарушений мезентериального кровообращения (эмболии, тромбоз артерий, неокклюзивные нарушения мезентериального кровообращения, тромбоз вен). Основные механизмы патогенеза заболевания. Симптомы, клиника и течение. Стадии болезни. Диагностика. Лечение: методика оперативных вмешательств; виды операций. Интенсивная терапия.

#### Билет 2

1. Прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки. Классификация перфораций, патологическая анатомия. Клиническая картина. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечебная тактика.

2. Острый холецистит. Этиология и патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика (УЗИ, лапароскопия). Дифференциальный диагноз. Лечение: консервативное, оперативное. Показания к экстренной операции.

3. Странгуляционная кишечная непроходимость. Определение понятия.

Классификация по этиологическим причинам. Особенности патогенеза. Клиника различных видов странгуляционной непроходимости кишечника. Диагностика, дифференциальный диагноз. Виды операций.

#### Билет 3

1. Острый аппендицит. Классификация. Патологоанатомические формы. Этиология, патогенез. Клиника и диагностика. Лечение.

2. Осложнения острого холецистита. Клиника, диагностика, лечение.

3. Кишечная непроходимость. Классификация. Методы исследования больных.

Предоперационная подготовка и ведение послеоперационного периода у больных с острой кишечной непроходимостью. Борьба с интоксикацией, парезом кишечника, водно-

электролитными нарушениями.

#### Билет 4

1. Осложнения острого аппендицита: аппендикулярный инфильтрат, периаппендикулярный абсцесс, межкишечный, поддиафрагмальный и тазовый абсцесс, пилефлебит. Клиника различных осложнений; их диагностика (УЗИ, КТ и др.) и лечение (хирургическое, пункция абсцессов по УЗИ-контролем).

2. Инвагинация. Определение понятия. Виды инвагинации. Причины. Патогенез. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз. Виды операций. Показания к дезинвагинации и резекции кишки.

3. Современные принципы комплексного лечения перитонита. Показания к дренированию и тампонаде брюшной полости, лапаростомии, проведению программных санаций. Роль антибиотиков и иммуномодуляторов в комплексном лечении перитонита. Интенсивная терапия в послеоперационном периоде. Методы экстракорпоральной детоксикации организма. Исходы лечения.

#### Билет 5

1. Острый панкреатит. Этиология и патогенез. Классификация. Патологическая анатомия. Клиника, периоды течения прогрессирующего панкреонекроза. Диагностика: УЗИ, лапароскопия, КТ, ангиография, чрескожные пункции, ферментная диагностика. Консервативное и оперативное лечение.

2. Ущемленная грыжа. Патологоанатомические изменения в ущемленном органе. Виды ущемления. Клиника ущемленной грыжи. Диагностика и дифференциальная диагностика. Хирургическое лечение ущемленных грыж. Особенности оперативной техники; определение жизнеспособности ущемленной петли кишки.

3. Классификация перитонитов. Острый гнойный перитонит. Источники развития острого гнойного перитонита. Особенности распространения инфекции брюшной полости при различных, острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости. Патологоанатомические изменения при остром гнойном перитоните, патогенез. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз.

#### **Вопросы и задания для подготовки к занятиям по первой теме (разделу) « Гнойно-септическая хирургия»:**

1. Общие вопросы гнойной хирургии. Классификация, возбудители. Пути внедрения и распространения. Общая и местная реакция организма. Принципы лечения: антибактериальная, иммунная, дезинтоксикационная, стимулирующая, общеукрепляющая терапия, местное лечение.

2. Флегмоны мягких тканей. Лечение по стадиям. Этиология, патогенез, клиническая картины флегмоны мягких тканей

3. Маститы. Патогенетическая терапия. Показания и методы оперативного лечения

4. Аденофлегмоны. Этиология, патогенез. Консервативное и хирургическое лечение

5. Парaproктит. Классификация. Патогенез. Осложнения. Медикаментозное и хирургическое лечение

6. Парапроктит. Показания к оперативному лечению. Виды операций. Варианты дренирования. Послеоперационное ведение
7. Гнойные заболевания пальцев и кисти. Анатомические особенности строения кисти, определяющие течение воспалительных процессов
8. Панариций. Консервативное и хирургическое лечение
9. Сепсис. Этиология, патогенез. Клиническая картина
10. Виды сепсиса. Комплексное лечение
11. Синдром системной воспалительной реакции. Клиническая картина
12. Принципы рациональной антибактериальной терапии

**Вопросы и задания для подготовки к занятиям по второй теме (разделу) «Заболевания желудочно-кишечного тракта и гепатобилиарной зоны»:**

1. Анатомия и физиология желудочно-кишечного тракта.
2. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Показания к оперативному лечению.
3. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Выбор метода оперативного лечения.
4. Техника резекция желудка.
5. Техника дренирующих операций в сочетании с ваготомией, техника селективной ваготомии
6. Техника операции пилоропластики (различные методы) в сочетании со стволовой ваготомией.
7. Техника резекции желудка при осложненных формах язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки
8. Болезни оперированного желудка. Классификация. Патофизиология.
9. Пептическая язва анастомоза. Клиника, диагностика, медикаментозное и хирургическое лечение.
10. Функциональные расстройства (демпинг-синдром, синдром приводящей петли и др.) Лечение.
11. Показания и методы хирургического лечения различных форм болезни оперированного желудка.
12. Рак желудка. Диагностические клинические «маски» рака желудка. Ранние рентгенологические признаки рака желудка. Эндоскопические методы исследования.
13. Техника операции проксимальной резекции желудка. Этапы операций.
14. Техника операции гастрэктомии
15. Паллиативные операции: гастростомия, гастроэнтеростомия. Консервативное лечение неоперабельных форм рака желудка в поликлинических условиях. Ведение больных с раком желудка в до и послеоперационном периоде.
16. Хирургическое лечение функциональных расстрой Консервативное лечение неоперабельных форм рака желудка в поликлинических условиях.
17. Доброкачественные опухоли — аденоматозный полип, семейный полипоз, синдром Гарднера, ворсинчатые опухоли. Клиника, диагностика.
18. Хирургическое лечение доброкачественных опухолей толстой кишки.
19. Рак ободочной кишки. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика в зависимости от локализации опухоли.

20. Техника правосторонней гемиколэктомии. Техника резекции поперечно-ободочной кишки. Техника левосторонней гемиколэктомии.
21. Клиника, диагностика и хирургическая тактика при осложненных формах рака толстой кишки (обтурационная кишечная непроходимость, воспаление, перфорация, кровотечение).
22. Хирургическое лечение осложненных форм рака толстой кишки, показания к одномоментным и двухмоментным операциям. Техника одномоментных радикальных операций.
23. Техника двухмоментных радикальных операций. Техника паллиативных операций. Послеоперационное ведение больных с операциями на толстой кишке.
24. Рак прямой кишки. Клиника, диагностика. Дифференциальная диагностика с предраковыми заболеваниями.
25. Принципы оперативного лечения рака прямой кишки. Радикальные операции. Показания. Особенности оперативной техники.
26. Паллиативные операции. Показания. Техника операций.
27. Трещина заднего прохода. Парапроктит.
28. Геморрой. Патогенез, классификация. Диагностика, дифференциальная диагностика, инструментальные методы исследования. Методы операций. Ведение послеоперационного периода.
29. Анатомия и физиология гепатобилиарной системы.
30. Желчекаменная болезнь. Этиология и патогенез камнеобразования. Клиника, диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение (экстракорпоральная литотрипсия, медикаментозное растворение камней), показания к операции. Методы операции, показания к ним.
31. Осложнения желчекаменной болезни. Причины развития этих осложнений. Клиника. Дооперационная и интраоперационная диагностика. Лечение. Показания к холедохотомии и методы завершения ее. Эндоскопическая папиллотомия.
32. Этиология и патогенез хронического панкреатита. Классификация. Клиника, диагностика и дифференциальная диагностика. Специальные методы диагностики. Лечение: консервативное и хирургическое.
33. Кисты поджелудочной железы: истинные и ложные. Этиология и патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальный диагноз. Хирургическое лечение: операции наружного и внутреннего дренирования кист. Чрескожное дренирование кист.
34. Рак поджелудочной железы. Заболеваемость, факторы, способствующие развитию. Морфология. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз.
35. Радикальные операции при раке поджелудочной железы. Паллиативные операции.

**Вопросы и задания для подготовки к занятиям по третьей теме (разделу) «Заболевания передней брюшной стенки и вен нижних конечностей»:**

1. Анатомия передней брюшной стенки.
2. Общая симптоматика грыж. Диагностика, дифференциальная диагностика
3. Пупочные грыжи. Диагностика, дифференциальная диагностика. Техника операций при пупочных грыжах.
4. Грыжи белой линии живота. Техника операций
5. Паховые грыжи. Врожденные и приобретенные, врожденные и приобретенные. Выбор метода оперативного лечения. врожденные. Особенности лечения прямых и косых паховых грыж

6. Бедренные грыжи. Клиника, диагностика. Техника операций при бедренных грыжах
7. Послеоперационные грыжи. Клиника. Диагностика. Показания к оперативному лечению. Предоперационная подготовка. Послеоперационное ведение
8. Анатомия и физиология вен нижних конечностей.
9. Диагностика варикозной болезни: определение состояния клапанного аппарата, магистральных и перфорантных вен при помощи различных проб, диагностических исследований, капилляроскопии, реовазографии, флебографии
10. Дифференциальная диагностика между варикозным расширением вен и тромбофлебитическим синдромом.
11. Техника операции Троянова-Тренделенбурга, Маделунга-Нарата, Бибкока, Кляппа, Шедер-Кохера
12. Посттромбофлебитический синдром. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика — варикозной, отеочно-болевого и язвенных форм
13. Показания к оперативному лечению. Техника операции Пальма, Линтен-Коккета, пластические операции при язвах
14. Ошибки и осложнения при операциях по поводу варикозно измененных вен.

**Вопросы и задания для подготовки к занятиям по четвертой теме (разделу) «Эндокринная хирургия и маммология»:**

1. Анатомия и физиология щитовидной железы и паращитовидных желез
2. Эндемический зоб. Классификация. Клиника. Диагностика. Консервативное лечение. Показания к хирургическому лечению
3. Спорадический зоб. Классификация, клиника, диагностика. Консервативное лечение. Показания к оперативному лечению
4. Тиреотоксикоз. Клиника, диагностика диффузного и узлового тиреотоксического зоба. Диагноз, дифференциальный диагноз, классификация
5. Консервативное лечение больных тиреотоксикозом.
6. Техника операции на щитовидной железе: энуклеация, субтотальная субфасциальная резекция по Николаеву. Осложнения и профилактика осложнений во время операций
7. Хашимото, Риделя. Клиника, диагностика, лечение
8. Тиреоидиты и струмиты. Клиника и диагностика, дифференциальная диагностика. Консервативное лечение тиреоидитов и струмитов. Показания к оперативному лечению тиреоидитов и струмитов. Техника оперативного лечения
9. Анатомия и физиология молочных желез.
10. Рак молочной железы. Клинические формы, диагностика заболевания. Международная классификация по стадиям рака молочной железы. Показания к предоперационной и послеоперационной рентгенотерапии и радиотерапии, овариоэктомия, гормонотерапия, химиотерапия, больных раком молочной железы
11. Техника радикальной мастэктомии. Ошибки и опасности операции. Паллиативные операции. Показания. Техника операции.
12. Ведение послеоперационного периода у больных после хирургического лечения рака молочной железы. Принципы диспансеризации больного раком молочной железы
13. Дисгормональные заболевания молочной железы. Клиника. Лечение.
14. Показания к хирургическому лечению доброкачественных заболеваний молочной железы.
15. Техника операций при доброкачественных заболеваниях молочной железы

**Вопросы и задания для подготовки к занятиям по пятой теме (разделу) «Неотложная хирургия»:**

1. Острый аппендицит. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика хирургическая тактика при остром аппендиците.
2. Особенности клиники острого аппендицита в детском и пожилом возрасте, у беременных и при атипичном расположении отростка
3. Показания к дренированию и техника дренирования брюшной полости.
4. Тактика хирурга при лечении осложненных форм аппендицита, аппендикулярного инфильтрата, периаппендикулярного абсцесса, перитонита.
5. Предоперационная подготовка и послеоперационное ведение больного
6. Диагностические и тактические ошибки при остром аппендиците
7. Дифференциальная диагностика ущемленных грыж.
8. Хирургическая тактика у больных с ущемленными грыжами, наиболее частые и тактические ошибки
9. Особенности диагностики атипичных ущемлений грыж
10. Предоперационная подготовка больных с ущемленными грыжами. Общие принципы операции
11. Диагностика, дифференциальная диагностика профузных желудочно-кишечных кровотечений
12. Консервативное лечение острых гастродуоденальных кровотечений
13. Показания и подготовка к операции, выбор метода оперативного лечения Тактика паллиативных операций
14. Техника радикальных операций
15. Техника операции при синдроме Меллори–Вейса
16. Основные принципы лечения при портальной гипертензии и кровотечении из варикозно расширенных вен пищевода
17. Ведение больных с профузным желудочно-кишечным кровотечением в послеоперационном периоде
18. Ошибки и опасности при лечении профузных желудочно-кишечных кровотечений
19. Кишечная непроходимость. Классификация. Патогенез. Этиология.
20. Принципы терапии при кишечной непроходимости, показания к операции
21. Хирургическое лечение кишечной непроходимости, принципы, задачи. Операции у пожилых, ослабленных больных. Операции у онкологических больных.
22. Острый холецистит. Принципы диагностики, терапии, показания к операции.
23. Техника операции при остром холецистите, операции у пожилых и ослабленных больных. Послеоперационное ведение.
24. Механическая желтуха, этиология, патогенез. Особенности диагностики, инструментальные методы исследования. Особенности дооперационного обследования и подготовки.
25. Хирургическое лечение механической желтухи, принципы, виды, задачи, сроки оперативного лечения. Техника операции, операции у пожилых и ослабленных больных. Малоинвазивные операции.
26. Острый панкреатит. Классификация, этиопатогенез. Принципы диагностики, терапии, показания к операции.
27. Техника операций при остром панкреатите, операции у пожилых и ослабленных больных. Малоинвазивные операции. Послеоперационное ведение. Осложнения послеоперационного периода.

28. Острый перитонит. Классификация, этиопатогенез. Дооперационная подготовка, принципы диагностики.
29. Оперативное лечение перитонита, принципы, задачи. Особенности ведения в послеоперационном периоде.
30. Классификация, этиопатогенез, принципы лечения МКБ. Дифференциальная диагностика.
31. Острая задержка мочи. Диагностика, катетеризация мочевого пузыря, оперативное лечение.
32. Внематочная беременность, дифференциальная диагностика, принципы лечения.
33. Воспалительные заболевания придатков матки.
34. Разрыв и перекрут кисты яичников. Диагностика, принципы терапии.

**Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации обучающихся по амбулаторной практике.**

**Зачетные тесты :**

001. В поликлинику явилась больная с послеродовым правосторонним маститом в стадии серозного воспаления. Какое лечение нецелесообразно?

- 1) массаж груди
- 2) сцеживание молока
- 3) смазывание сосков дезинфицирующими растворами
- 4) возвышенное положение груди
- 5) УФ-терапия

002. Нельзя отнести к первично-хроническому остеомиелиту:

- 1) абсцесс Броди
- 2) остеомиелит Гарре
- 3) остеомиелит Олье
- 4) посттравматический остеомиелит

003. В какие сроки на рентгенограммах появляются признаки остеопороза у больных с острым гематогенным остеомиелитом?

- 1) на 1 неделе заболевания
- 2) на 2 неделе заболевания
- 3) на 3–4 неделях заболевания
- 4) на 5–6 неделях заболевания

004. В какие сроки на рентгенограммах появляются линейные просветления у больных с гематогенным остеомиелитом?

- 1) к концу 1 недели
- 2) к концу 2 недели
- 3) к концу 3 недели
- 4) к концу 4 недели.

005. В первую очередь следует искать первичный очаг воспаления при остром гематогенном остеомиелите:

- 1) в диафизе кости
- 2) в эпифизе кости
- 3) в метафизе кости
- 4) не имеет значения

006. Нельзя считать характерным для начального периода острого гематогенного остеомиелита:

- 1) лейкоцитоз
- 2) боль в конечности
- 3) нарушение функции конечности
- 4) гипертермию
- 5) анемию

007. Введение профилактической дозы противостолбнячной сыворотки не показано:

- 1) при термическом ожоге 2 степени
- 2) при ушибленной ране головы
- 3) при колотой ране стопы
- 4) при закрытом переломе фаланги
- 5) при открытом переломе фаланги

008. Не является характерным для картины острой фазы столбняка:

- 1) судороги мышц конечностей и туловища

- 2) гипертермия
- 3) тахикардия
- 4) «сардоническая» улыбка
- 5) коллапс, анемия

009. К ранним симптомам столбнячной инфекции не следует относить:

- 1) судороги
- 2) усиление болей в ране
- 3) раздражительность
- 4) головные боли
- 5) потливость

010. К местным признакам туберкулезного поражения тазобедренного сустава не следует относить:

- 1) гиперемию кожи
- 2) атрофию мягких тканей
- 3) деформацию сустава
- 4) нарушение функции сустава
- 5) боли в суставе

011. Вторичное заживление раны наблюдается при заживлении через:

- 1) нагноение
- 2) струп
- 3) грануляции
- 4) все указанное
- 5) ничего из указанного

012. В какие сроки выполняется поздняя хирургическая обработка инфицированной раны?

- 1) 18–24 часа
- 2) 24–36 часов

- 3) 36–48 часов
- 4) 48–72 часа
- 5) более 72 часов

013. В какие сроки выполняется отсроченная хирургическая обработка инфицированной раны?

- 1) через 6 часов
- 2) до 18 часов
- 3) 18–24 часа
- 4) 24–48 часов
- 5) более 48 часов

014. В какие сроки осуществляют раннюю хирургическую обработку раны?

- 1) до 6 часов
- 2) до 12 часов
- 3) до 18 часов
- 4) более 24 часов

015. Какое осложнение не является характерным для рецидивирующей рожи нижних конечностей?

- 1) лимфостаз
- 2) тромбоз
- 3) вторичный варикоз
- 4) сепсис
- 5) периостит

016. Эризепелоид от панариция отличается:

- 1) отсутствием отека
- 2) отсутствием локальной болезненности и зудом
- 3) лимфангитом
- 4) гиперемией пальца

017. Какое типичное осложнение можно наблюдать при фурункуле верхней губы?

- 1) тромбоз кавернозного синуса
- 2) тромбоз сонной артерии
- 3) периостит верхней челюсти
- 4) рожистое воспаление лица
- 5) некроз кожи

018. При надпоясничной флегмоне ладони не наблюдается:

- 1) отек
- 2) гиперемия
- 3) флюктуация
- 4) нарушение функции
- 5) гипертермия

019. При постановке диагноза «карбункул» с локализацией на конечности амбулаторный хирург должен:

- 1) оперировать больного
- 2) назначить антибиотики
- 3) назначить физиотерапевтическое лечение
- 4) наблюдать процесс в динамике

020. Лечение фурункула в первой фазе заболевания не предусматривает:

- 1) операции
- 2) физиотерапии
- 3) спиртовых компрессов
- 4) антибиотиков
- 5) методов иммунотерапии

021. Воспаление каких сухожильных влагалищ сгибателей пальцев может осложниться флегмоной предплечья?

- 1) I и V
- 2) I и III
- 3) III и IV
- 4) II и IV

022. Нельзя использовать в лечении серозной фазы мастита:

- 1) рассечение
- 2) антибиотикотерапию
- 3) физиотерапию
- 4) профилактику лактостаза
- 5) ретромаммарную новокаиновую блокаду с антибиотиками

023. Инфильтрат от абсцесса мягких тканей отличается:

- 1) болью
- 2) гиперемией
- 3) отсутствием флюктуации
- 4) гипертермией
- 5) лейкоцитозом

024. Гидраденит чаще всего локализуется в области:

- 1) подмышечной впадины
- 2) паха
- 3) локтевой ямки
- 4) подколенной области
- 5) не имеет значения

025. Возбудителем рожистого воспаления является:

- 1) стафилококк
- 2) стрептококк
- 3) палочка свиной рожи

4) клебсиелла

5) анаэробы

026. Возбудителем фурункула чаще всего является:

1) стафилококк

2) стрептококк

3) палочка свиной рожи

4) клебсиелла

5) анаэробы

027. Возбудителем гидраденита чаще всего является:

1) стафилококк

2) стрептококк

3) палочка свиной рожи

4) клебсиелла

5) анаэробы

028. Оперативное лечение абсцедирующего фурункула предусматривает:

1) линейный разрез

2) дугообразный разрез

3) иссечение гнойника

4) крестообразный разрез

5) все верно

029. Оперативное лечение карбункула предусматривает:

1) линейный разрез

2) дугообразный разрез

3) иссечение гнойника

4) крестообразный разрез

5) все верно

030. При вскрытии подкожного панариция в условиях поликлиники используют анестезию по методу:

- 1) Оберста-Лукашевича
- 2) Брауна
- 3) инфильтрационную местную анестезию
- 4) блокаду плечевого сплетения
- 5) все верно

031. К амбулаторному хирургу пришел больной с загрязненной укушенной раной правого предплечья. В анамнезе – нападение бездомной собаки. Что из нижеперечисленного не показано данному пациенту?

- 1) первичная хирургическая обработка раны
- 2) ушивание раны
- 3) введение антибиотиков
- 4) профилактика столбняка

032. К амбулаторному хирургу обратился пациент с жалобами на резкую боль во 2 пальце правой кисти, повышение температуры тела до 37,9.

С. При осмотре палец резко увеличен в объеме, неправильной формы, кожа цианотична, движения в суставах пальца отсутствуют. Давность заболевания – 5 суток. Наиболее вероятный диагноз:

- 1) костный панариций
- 2) тендовагинит
- 3) пандактилит
- 4) подкожный панариций

033. К амбулаторному хирургу обратился пациент с жалобами на интенсивные, «сверлящего» характера боли на протяжении дистальной фаланги 3 пальца правой руки, повышение температуры тела до 39.

С, головную боль, общее недомогание. При осмотре наблюдается колбообразное утолщение фаланги, кожа над ним гиперемирована. Давление по оси пальца резко болезненно. Давность заболевания – 3 суток. Наиболее вероятный диагноз:

- 1) костный панариций
- 2) тендовагинит
- 3) пандактилит
- 4) подкожный панариций

034. Наиболее частой причиной смерти при столбнячной инфекции является:

- 1) асфиксия
- 2) присоединение анаэробной инфекции
- 3) пневмония
- 4) поражение нервной системы

035. Какой из симптомов флегмоны не характерен при локализации процесса на ладонной поверхности кисти?

- 1) боль
- 2) флюктуация
- 3) повышение температуры тела
- 4) локальная отечность
- 5) гиперемия кожи

036. На прием к амбулаторному хирургу пришел пациент с вросшим ногтем на 1 пальце левой стопы. При осмотре выявлена незначительная гиперемия и болезненность в области ногтевой пластинки. Что показано данному пациенту?

- 1) произвести продольную резекцию ногтевой пластинки
- 2) удалить ноготь
- 3) гигиена стопы, ванночки с марганцовкой, в последующем – оперативное лечение
- 4) в лечении не нуждается.

037. К амбулаторному хирургу обратился больной с температурой 38.

С, жалобами на озноб, выраженные головные боли. При осмотре в области затылка определяется плотный болезненный синюшно-багровый инфильтрат, на коже имеется не-

сколько свищевых отверстий, через которые выделяется гной.

Поставьте диагноз:

- 1) абсцесс
- 2) карбункул
- 3) флегмона
- 4) фурункул

038. Для рожистого воспаления не характерно:

- 1) образование на коже резко ограниченных эритематозных очагов
- 2) образование на коже воспалительных эритематозных очагов с нечеткими границами
- 3) рецидивирующий характер
- 4) лимфангит, лимфаденит

039. На прием к амбулаторному хирургу пришел пациент с инфицированной раной правого предплечья, от которой в виде жгута проксимально тянется полоска инфильтрации и гиперемии. Пальпация данной зоны болезненна. О развитии какого осложнения следует думать?

- 1) абсцесс
- 2) тендовагинит
- 3) стволовой лимфангит
- 4) миозит

040. На прием к амбулаторному хирургу пришла больная с ретромаммарным абсцессом. Как следует производить вскрытие абсцесса?

- 1) окаймляющим разрезом по складке под железой
- 2) радиальными разрезами в верхних квадрантах железы
- 3) радиальными разрезами в нижних квадрантах железы
- 4) околососковым разрезом

041. Амбулаторный хирург должен знать, что наиболее тяжело, с выраженной интоксикацией, протекает парапроктит:

- 1) ретроректальный
- 2) подслизистый
- 3) пельвиоректальный
- 4) подкожный

042. На приеме в поликлинике у хирурга больной жаловался на боли и незначительную кровоточивость (кровь алая) после акта дефекации, запоры и стул обильный. Какое заболевание можно предположить?

- 1) геморрой
- 2) параректальный свищ
- 3) недостаточность анального сфинктера
- 4) трещину анального канала
- 5) рак прямой кишки

043. Амбулаторный хирург должен помнить, что наибольшая вероятность малигнизации имеется при полипах прямой кишки:

- 1) гиперпластических
- 2) ворсинчатых
- 3) аденоматозных
- 4) множественных аденоматозных

044. Хирург в поликлинике должен помнить, что к появлению геморроя не предрасполагает:

- 1) двухмоментный акт дефекации
- 2) долихосигма
- 3) хроническое воспаление анального канала
- 4) наследственность
- 5) статическая нагрузка

045. В поликлинику явился больной с параректальным свищом. Что не характерно для данного заболевания?

- 1) периодические обострения

- 2) анемия
- 3) гнойное отделяемое
- 4) наличие свища

046. Какой метод дополнительного исследования предпочтителен в поликлинике для подтверждения трещины анального канала?

- 1) пальцевое исследование прямой кишки
- 2) колоноскопия
- 3) anosкопия
- 4) ирригоскопия
- 5) ректоскопия

047. При обследовании в поликлинике хирург выявил у больного повышение температуры, боли при дефекации, наличие припухлости с гиперемией кожи на промежности. Давность заболевания .

3 суток. Для какого парапроктита характерны такие признаки?

- 1) кожного
- 2) подкожного
- 3) ишиоректального
- 4) пельвиоректального

048. Какой метод лечения острого подкожного парапроктита должен выбрать амбулаторный хирург?

- 1) пункцию гнойника с промыванием полости антибиотиками
- 2) физиопроцедуры
- 3) массивную системную антибиотикотерапию
- 4) сидячие теплые ванны
- 5) вскрытие гнойника

049. Нельзя считать типичным осложнением геморроя:

- 1) трещину анального канала

- 2) кровотечение
- 3) тромбоз геморроидальных узлов
- 4) выпадение прямой кишки
- 5) выпадение узлов

050. На приеме в поликлинике хирург выявил у больного сильнейшие боли в анальной области после акта дефекации, кровотечение в виде 2–3 капель крови после стула, стул обильный, хронические запоры. Предварительный диагноз?

- 1) рак прямой кишки
- 2) острый парапроктит
- 3) трещина анального канала
- 4) параректальный свищ
- 5) геморрой

051. Хирургу поликлиники следует помнить, что для пельвиоректального парапроктита в ранней стадии заболевания не характерно:

- 1) инфильтрат промежности с гиперемией
- 2) боли в глубине таза
- 3) отсутствие изменений на коже промежности
- 4) высокая температура
- 5) выраженная интоксикация

052. Хирург поликлиники, обследуя больного, выявил клиническую картину полного параректального свища. Для нее не характерно:

- 1) гнойное отделяемое из свища
- 2) выделение жидкого кала из свища
- 3) выделение алой крови из анального канала после дефекации
- 4) выделение газов через свищ
- 5) периодическое обострение болей с повышением температуры

053. Симптом, наиболее характерный для рака правой половины толстой кишки:

- 1) запоры
- 2) анемия
- 3) ознобы
- 4) желтуха
- 5) схваткообразные боли, непроходимость кишечника

054. Симптом, наиболее характерный для рака левой половины толстой кишки:

- 1) изжога
- 2) анемия
- 3) ознобы
- 4) желтуха
- 5) схваткообразные боли, непроходимость кишечника

055. Симптом, наиболее характерный для рака слепой кишки:

- 1) поносы
- 2) изжога
- 3) ознобы
- 4) желтуха
- 5) схваткообразные боли, непроходимость кишечника

056. В поликлинике у больного с длительно существующим хроническим заболеванием хирург выявил явления пектиноза. Данное осложнение характерно для:

- 1) геморроя
- 2) анальной трещины
- 3) парапроктита
- 4) параректального свища
- 5) выпадения прямой кишки

057. В каком положении следует амбулаторному хирургу обследовать больного с подозрением на рак прямой кишки?

- 1) на правом боку
- 2) на левом боку
- 3) на спине
- 4) в коленно-локтевом положении
- 5) все верно

058. Амбулаторный хирург должен помнить, что рак прямой кишки выявляется при пальцевом ее исследовании в:

- 1) 10% клинических наблюдений
- 2) 20% клинических наблюдений
- 3) 30% клинических наблюдений
- 4) 60–80% клинических наблюдений

059. Что не следует делать амбулаторному хирургу при обращении больного с ущемленным геморроем?

- 1) обезболивание
- 2) мазевую повязку на область ануса
- 3) направление специализированным транспортом в стационар
- 4) направление в стационар самостоятельно

060. На каком расстоянии от ануса имеется возможность осмотреть прямую и сигмовидную кишки?

- 1) до 10 см
- 2) до 20 см
- 3) до 30 см
- 4) до 60 см

061. Какой из перечисленных признаков характерен для выпадения прямой кишки, в отличие от выпадения внутренних геморроидальных узлов?

- 1) радиальные складки слизистой
- 2) боль при дефекации

- 3) кольцевидные складки слизистой
- 4) ощущение инородного тела в заднем проходе

062. На приеме в поликлинике у хирурга у больного был выявлен ряд симптомов. Из них не является характерным для болезни Педжета-Шреттера:

- 1) цианоз лица и шеи
- 2) распирающие боли в руке
- 3) цианоз кожи рук, усиление венозного рисунка
- 4) отек руки
- 5) синдром Горнера

063. В амбулатории хирургом у больного был заподозрен посттромбофлебитический синдром. Что не характерно для данного заболевания?

- 1) гиперпигментация кожи
- 2) застойный дерматоз и склеродермия
- 3) образование трофических язв
- 4) бледная «мраморная» кожа
- 5) вторичный варикоз поверхностных вен

064. В участковой больнице хирург решил выполнить пробу Пратта с двумя бинтами, которая используется для:

- 1) выявления непроходимости глубоких вен нижних конечностей
- 2) определения недостаточности артериального кровообращения нижних конечностей
- 3) исследования недостаточности перфорантных вен
- 4) диагностики окклюзии подколенной артерии

065. При оформлении хирургом поликлиники больного 62 лет на группу инвалидности по осложненной варикозной болезни вен нижних конечностей был исследован ряд симптомов. При этом к осложнениям варикозной болезни нижних конечностей не отнесены:

- 1) трофические язвы

- 2) экзема и дерматит
- 3) хроническая венозная недостаточность
- 4) перемежающаяся хромота
- 5) тромбоз вен

066. У больного, обратившегося на прием к амбулаторному хирургу, был выявлен ряд симптомов. Из указанных проявлений локального тромбоза поверхностных вен нижних конечностей нельзя отнести к данному заболеванию:

- 1) дистальные отеки
- 2) распирающие боли
- 3) повышение температуры тела
- 4) гиперемию кожи по ходу вены
- 5) резкую болезненность при пальпации

067. Какую патологию можно заподозрить у больного, обратившегося в поликлинику к хирургу с явлениями мигрирующего флебита?

- 1) лейкемию
- 2) злокачественную опухоль, чаще поджелудочной железы
- 3) тромбангиитную окклюзию сосудов
- 4) узелковый периартериит
- 5) варикозное расширение вен

068. Какое осложнение наиболее опасно после стационарного лечения по поводу флеботромбоза нижних конечностей?

- 1) тромбоэмболия легочной артерии
- 2) варикоз подкожных вен
- 3) ишемическая гангрена стопы
- 4) ишемический инсульт

069. Амбулаторный хирург должен знать, что послеоперационный тромбоз вен нижних конечностей наиболее часто приводит к тромбоэмболии:

- 1) сосудов головного мозга
- 2) коронарных артерий
- 3) легочной артерии
- 4) легочных вен
- 5) артерий почек и печени

070. При долечивании в поликлинике после перенесенной операции у больного с высоким риском тромбоэмболических осложнений профилактика последних включает все, кроме:

- 1) антикоагулянтов
- 2) дезагрегантов
- 3) лечебной физкультуры
- 4) длительного постельного режима
- 5) компрессионной терапии нижних конечностей

071. В отдаленном послеоперационном периоде при лечении в условиях поликлиники для профилактики тромбоэмболии легочной артерии у больного после флебэктомии не применяют:

- 1) антибиотики
- 2) дезагреганты
- 3) антикоагулянты
- 4) гемодилюцию
- 5) компрессионную терапию нижних конечностей

072. Какие из имеющихся у больного факторов, которые наименее вероятно могут привести к тромбоэмболии легочной артерии после операции, должен учитывать амбулаторный хирург?

- 1) ожирение
- 2) варикозную болезнь вен нижних конечностей
- 3) флеботромбоз глубоких вен голени и бедра
- 4) язвенную болезнь желудка

073. При долечивании в поликлинике компрессионное бинтование нижних конечностей после флебэктомии начинают с:

- 1) верхней трети бедра
- 2) нижней трети бедра
- 3) подколенной области
- 4) стопы

074. Каким должен быть оптимальный верхний уровень компрессионного бинтования нижних конечностей после флебэктомии?

- 1) средняя треть голени
- 2) верхняя треть голени
- 3) нижняя треть бедра
- 5) верхняя треть бедра

075. Длительность компрессионной терапии нижних конечностей после флебэктомии в условиях поликлиники составляет:

- 1) 1 неделю
- 2) 2 недели
- 3) 3 недели
- 4) 1,5–2 месяца

076. Амбулаторным хирургом с малым стажем работы больному, перенесшему флебэктомию, даны следующие рекомендации. Что является ошибкой?

- 1) компрессионная терапия нижних конечностей
- 2) ранняя статическая нагрузка
- 3) физиотерапевтическое лечение
- 4) лечебная физкультура

077. Какие факторы в последнюю очередь должен учитывать амбулаторный хирург при возможности тромбоза вен нижних конечностей?

- 1) замедление тока крови
- 2) нарушение эндотелия вен
- 3) мерцательную аритмию

4) варикозное расширение

078. В отдаленном периоде после перенесенных полостных операций тромбообразованию способствует все перечисленное, кроме:

- 1) повышения фибринолитической активности плазмы крови
- 2) ожирения
- 3) гиподинамии
- 4) злокачественных опухолей
- 5) ишемической болезни сердца

079. В амбулаторном лечении флеботромбоза вен нижних конечностей используют все, кроме:

- 1) возвышенного положения конечности в постели
- 2) антикоагулянтной терапии
- 3) дезагрегантов
- 4) компрессионной терапии
- 5) спазмолитиков

080. Амбулаторное применение какого препарата требует регулярного динамического контроля показателей свертывания крови?

- 1) фенилина
- 2) трентала
- 3) антибиотиков
- 4) курантила
- 5) венорутона

081. Какое из наиболее опасных осложнений тромбоза глубоких вен должен учитывать амбулаторный хирург?

- 1) трофическую язву голени
- 2) эмболию легочной артерии
- 3) посттромбозную болезнь
- 4) хроническую венозную недостаточность

082. Какие рекомендации не должен давать амбулаторный хирург на 10 сутки после флебэктомии?

- 1) бег трусцой
- 2) компрессионная терапия
- 3) физиотерапевтическое лечение
- 4) лечебная физкультура

083. На прием к хирургу поликлиники явился больной 68 лет со множественной сочетанной патологией. При этом симптомами варикозной болезни не являются:

- 1) отеки дистальных отделов конечностей к вечеру
- 2) перемежающаяся хромота
- 3) трофические расстройства кожи
- 4) судороги по ночам
- 5) видимое расширение подкожных вен

084. При оценке проходимости глубоких вен нижних конечностей в условиях участковой больницы можно применить функциональную пробу:

- 1) Гаккенбруха
- 2) Пратта-2
- 3) Гоманса
- 4) Дельбе-Пертеса
- 5) Шварца-Хейердала

085. При невозможности проведения в поликлинике инструментальных методов исследования хирург для выявления несостоятельности клапанов поверхностных вен может использовать пробу:

- 1) трехжгутовую (Шейниса)
- 2) маршевую (Дельбе-Пертеса)
- 3) Троянова-Тренделенбурга
- 4) Пратта-2

086. Улучшению венозного оттока после операции способствует все перечисленное ниже, кроме:

- 1) возвышенного положения конечности
- 2) лечебной физкультуры
- 3) длительного постельного режима
- 4) компрессионной терапии
- 5) раннего вставания

087. В поликлинику к хирургу обратился больной с венозной патологией нижних конечностей (симптомы перечислены ниже). К ранним симптомам посттромботической болезни не относят:

- 1) расширение мелких кожных и подкожных вен нижней трети голени
- 2) отек в области лодыжек
- 3) болезненное уплотнение кожи в нижней трети голени
- 4) трофическую язву
- 5) подкожный варикоз нижних конечностей

088. Что опасно рекомендовать амбулаторному хирургу больному при лечении тромбоза глубоких вен голени и бедра?

- 1) непрямые антикоагулянты
- 2) спазмолитики
- 3) ранние активные движения
- 4) гемодилюцию

089. В хирургической амбулатории при изучении сопроводительной медицинской документации молодой врач выяснил, что больной оперирован по поводу острого гангренозного аппендицита, местного перитонита и пилефлебита. Кроме аппендэктомии больному была сделана релапаротомия с удалением восходящей толстой кишки. Пилефлебит . это тромбоз:

- 1) селезеночной вены
- 2) нижней брыжеечной вены

- 3) почечных вен
- 4) воротной вены
- 5) подвздошной вены

090. Что характерно для острого флеботромбоза?

- 1) резкий отек и гиперемия нижней конечности
- 2) аритмия
- 3) отсутствие пульса на артериях стопы
- 4) перемежающаяся хромота
- 5) неустойчивый стул

091. Что не следует рекомендовать амбулаторному хирургу больному при остром тромбофлебите поверхностных вен голени?

- 1) постельный режим
- 2) бутадион
- 3) компрессы с мазью Вишневского
- 4) активную ходьбу
- 5) возвышенное положение конечности

092. В поликлинику обратился больной 57 лет с давностью заболевания 2 суток. Что в данном случае следует считать не характерным для илеофemorального флеботромбоза?

- 1) отсутствие пульса на подколенной артерии и артериях стопы
- 2) отек голени и бедра
- 3) распирающие боли
- 4) гиперемию и цианоз кожи бедра

093. С каким наиболее редким осложнением варикозной болезни может встретиться амбулаторный хирург?

- 1) экзематозный дерматит
- 2) тромбоз малоберцовой вены
- 3) разрыв варикозного узла

- 4) трофическая язва
- 5) гиперпигментация

094. На прием к амбулаторному хирургу явилась женщина 32 лет с просьбой определить возможности малоинвазивного лечения варикозной болезни. При этом хирург должен знать, что противопоказанием для склеротерапии при варикозной болезни нижних конечностей являются:

- 1) трофические расстройства кожи
- 2) магистральная архитектоника вен
- 3) облитерирующие заболевания артерий
- 4) ночные судороги

095. При беседе с больной в условиях амбулатории хирург сказал, что к варикозной болезни может привести все, кроме:

- 1) беременности
- 2) статической нагрузки
- 3) облитерирующих заболеваний артерий
- 4) непроходимости глубоких вен
- 5) генетической предрасположенности

096. Какие из выявленных хирургом на приеме в поликлинике заболеваний обусловили прогрессирование у больного варикозной болезни?

- 1) нарушение клапанного аппарата вен
- 2) нарушения свертывания крови
- 3) патология артериального кровотока в конечности
- 4) сердечная слабость
- 5) патология водно-солевого обмена

097. На прием к хирургу экстренно привели молодого человека, попавшего в автомобильную аварию, с признаками острого кровотечения из раны бедра. Какой метод временной остановки кровотечения не следует использовать в данном случае?

- 1) прижатие питающего сосуда к кости

- 2) тугая тампонада раны
- 3) жгут на конечность
- 4) наложение зажима в ране
- 5) наложение сосудистого шва

098. В сельскую участковую амбулаторию к хирургу привезли тракториста с рваной раной локтевой области и артериальным кровотечением. Больному введены обезболивающие, поставлена система для внутривенных инфузий и наложен жгут выше раны. Решено направить больного специализированным транспортом в сосудистый стационар. Сколько времени может находиться жгут на конечности без периодического распускания?

- 1) 1 час
- 2) 2 часа
- 3) 3 часа
- 4) 4 часа

099. При лечении в поликлинике больного после операции имплантации сосудистого протеза по поводу хронической артериальной ишемии атеросклеротического генеза хирург оценил вероятность тромбоза трансплантата. Ведущими факторами острого тромбоза протеза при этом являются все, кроме:

- 1) анемии
- 2) замедления кровотока
- 3) повышения свертывания крови
- 4) атеросклероза
- 5) инфицирования

100. При лечении в поликлинике больных пожилого и старческого возраста следует помнить, что наиболее часто тромбируются:

- 1) висцеральные ветви аорты
- 2) сама аорта
- 3) подвздошные артерии
- 4) бедренные артерии

## Решение ситуационных задач

### Задача №1

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

### Задача № 2

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

### Задача № 3

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

### Задача № 4

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

### Задача № 5

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

### Задача № 6

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

### Задача № 7

Больная П., 66 лет, обратилась с жалобами на наличие опухолевидного образования, расположенного на передней поверхности брюшной стенки, периодические боли в области его.. Из анамнеза: три года назад оперирована по поводу гангренозно-перфоративного холецистита, желчного перитонита. Через 2 месяца после операции отметила появление опухолевидного образования в области послеоперационного рубца. Постепенно образование увеличилось в

размерах, появились боли. Сопутствующие заболевания: ИБС: стенокардия напряжения, ФК II; Гипертоническая болезнь II стадии. При осмотре: состояние удовлетворительное, повышенного питания. Отмечается выраженная асимметрия живота за счет опухолевидного образования размером 20x25x18 см, мягко-эластической консистенции, направленного в брюшную полость, расположенного в области старого послеоперационного рубца.

#### Задача № 8

Больная Г., 59 лет, обратилась в клинику с жалобами на боли в правой голени, повышение температуры тела до 38,5<sup>0</sup>С. Заболела неделю тому назад. Лечилась самостоятельно путем применения спиртовых компрессов на голень. Боли не прошли, стойко держалась высокая температура тела. При осмотре: общее состояние удовлетворительное, пульс 96 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Местно: кожа голени гиперемирована по ходу варикозно расширенной вены в нижней трети голени, там же уплотнение кожи. Умеренный отек голени, движения в суставах конечности пассивные. В средней трети голени язва размерами 2x3 см с подрытыми краями, умеренным гнойным отделяемым. В очаге уплотнения вены имеется флуктуация.

#### Задача № 9.

Больная И., 64 лет, предъявляет жалобы на боли и тяжесть в правом подреберье особенно при приеме жирной и жареной пищи; сильную отрыжку горечью, усиливающуюся после приема пищи; периодическое срыгивание, особенно при наклонах туловища вперед после еды. Подобные расстройства беспокоят около двух лет. При осмотре: состояние удовлетворительное, повышенного питания. Живот не вздут, мягкий, незначительно болезненный в эпигастрии и правом подреберье. При обследовании: УЗИ - выявлены конкременты в желчном пузыре, ФГДС – рубцовая деформация луковицы 12-перстной кишки, несостоятельность кардиоэзофагеального жома, катаральный рефлюкс-эзофагит; рентгеноскопия пищевода и желудка с бариевой взвесью: пищевод укорочен, складки слизистой кардиального отдела желудка находятся выше диафрагмы.

#### Задача № 10

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

### **Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации обучающихся по стационарной практике.**

- 1) Эндоскопическая картина при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы характеризуется:
  1. эзофагитом
  2. надрывами слизистой дна желудка
  3. зиянием кардиального жома
  4. эндоскопическая картина решающего значения не имеет
  5. эзофагитом в сочетании с зиянием кардиального жома

- 2) Для дифференциации диагностики рака кардии и кардиоспазма необходимы все следующие данные, кроме:
  1. давности заболевания
  2. характера дисфагии
  3. особенностей рентгенологической семиотики
  4. эндоскопической картины
  5. характера стула
  
- 3) Для диагностики дивертикула пищевода необходимо выполнить
  1. эзофагоскопию
  2. фиброэзофагоскопию и рентгенологическое обследование
  3. пневмомедианотомиографию
  4. томографию средостения
  5. эзофагоскопию и томографию средостения
  
- 4) Для немедленного гемостаза при кровотечении из варикозно расширенных вен пищевода следует:
  1. применять массивные гемостатические средства
  2. применять гипотензивные средства
  3. вводить малые гемостатические дозы крови
  4. ввести зонд Блекмора
  5. хирургически прошить кровоточащие сосуды
  
- 5) Наиболее выраженным отягощающим фактором течения рака пищевода является:
  1. возраст старше 60 лет
  2. мужской пол
  3. женский пол
  4. алкоголизм
  5. ранее перенесенный химический ожог пищевода
  
- 6) Наиболее информативным диагностическим приемом в распознавании ранней стадии рака пищевода является:
  1. цитологическое исследование промывных вод из пищевода
  2. рентгенологическое исследование
  3. монометрическое исследование пищевода
  4. эндоскопическое исследование пищевода
  
- 14) При дивертикуле шейного отдела пищевода показано:
  1. инвагинация дивертикула
  2. зондовое питание
  3. удаление дивертикула
  4. эндоскопическое рассечение в месте сужения ниже дивертикула
  5. все перечисленное
  
- 15) Основным методом диагностики дивертикула пищевода является:
  1. эзофагоскопия
  2. контрастное рентгеновское исследование
  3. УЗИ
  4. радионуклидное исследование
  5. компьютерная томография

16) При раке среднегрудного отдела пищевода чаще всего наблюдается:

1. срыгивание
2. боль за грудиной
3. кашель, одышка
4. дисфагия
5. слюнотечение

17) Какие операции применяются при дивертикулах пищевода?

1. резекция сегмента пищевода
2. дивертикулоэктомия
3. операция Добромыслова - Торека
4. инвагинация дивертикула
5. резекция нижней трети пищевода и кардии

18) Наиболее ранним проявлением рака пищевода является:

1. дисфагия
2. боль за грудиной и в спине
3. срыгивание застойным содержимым
4. усиленное слюноотделение
5. похудание

19) При раке шейного отдела пищевода чаще применяют:

1. комбинированную терапию
2. лучевую терапию
3. хирургическое лечение
4. химиотерапию
5. симптоматическую терапию

20) Ценкерровский дивертикул пищевода локализуется:

1. в области бифуркации трахеи
2. над диафрагмой
3. в верхней трети пищевода
4. в глоточно-пищеводном переходе
5. над кардией

21) Наиболее частой гистологической формой рака пищевода считается:

1. недифференцированный
2. аденокарцинома
3. коллоидный
4. плоскоклеточный
5. базальноклеточный

22) Основными методами диагностики рака пищевода являются:

1. томография средостения и эзофагоскопия
2. рентгенография и эзофагоскопия с биопсией
3. пневмомедиастинография и УЗИ
4. радионуклеидное исследование
5. УЗИ средостения и рентгеновское исследование

23) Операция эзофагокардиомиотомии показана

1. при карциноме пищевода

2. при ахалазии пищевода и кардиоспазме
3. при диафрагмальной грыже
4. при грыже пищеводного отверстия диафрагмы
5. при всем перечисленном

24) Фиброэзофагоскопия может сопровождаться

1. травмой слизистой
2. травмой глотки
3. травмой пищевода
4. перфорацией пищевода
5. сильной рвотой изжогой

25) Что относится к предраковым заболеваниям:

1. болезнь Менетрие
2. полипы желудка
3. хроническая каллезная язва желудка
4. хронический атрофический гастрит
5. болезнь Золлингера-Эллисона

26) Какие изменения слизистой желудка относятся к предраковым:

1. кишечная метаплазия полного (тонкокишечного) типа
2. кишечная метаплазия неполного (толстокишечного) типа
3. дисплазия эпителия

27) Рак желудка чаще встречается у лиц:

1. 40-60 лет
2. 20-30 лет
3. имеющих группу крови А(II)
4. употребляющих в пищу сильно соленые и копченые продукты

28) Имеет ли значение в развитии рака желудка наследственная предрасположенность?

1. Да
2. Нет

29) Какие полипы желудка малигнизируются чаще?

1. Гиперпластические
2. Аденоматозные

30) Что понимают под термином ранний рак желудка?

1. Опухоль в пределах подслизистого слоя
2. Опухоль в пределах мышечного слоя
3. Диаметр менее 2 см
4. Диаметр менее 5 см
5. Отсутствие метастазов

31) Болезнь Менетрие это-

6. Парадоксальная дисфагия
7. Дивертикулез желудка
8. Гигантский гипертрофический гастрит
9. Атрофический гастрит

10. Лимфома желудка

32) Рак желудка встречается чаще

1. У мужчин
2. У женщин

33) Какая локализация рака желудка характеризуется наименьшей клинической симптоматикой?

1. Рак кардии с переходом на пищевод
2. Рак субкардии
3. Рак тела
4. Рак антрального отдела
5. Рак пилорического канала

34) Для рака выходного отдела желудка характерно:

1. рвота
2. дисфагия
3. шум плеска натошак
4. гиперсаливация
5. потеря веса

35) Для рака тела желудка характерно:

1. гиперсаливация
2. анемия
3. похудание
4. боли в эпигастрии
5. пальпируемое образование в эпигастрии

36) Для рака кардиального отдела желудка характерно:

1. гиперсаливация
2. дисфагия
3. боли за грудиной
4. шум плеска в желудке натошак
5. полиурия

37) К отдаленным метастазам рака желудка относятся:

6. метастаз Шницлера
7. метастаз Крукенберга
8. метастаз Вирхова
9. метастаз в пупок
10. метастаз в печень

38) Какие методы исследования используются для определения операбельности рака желудка:

1. физикальное обследование
2. Rg-логическое исследование
3. ФГДС
4. УЗИ органов брюшной полости
5. лапароскопия
6. диагностическая лапаротомия

39) Какой объем оперативного вмешательства относится к радикальным операциям при раке

желудка

1. резекция 1/2 желудка с сальником
  2. резекция 2/3 желудка с сальником
  3. субтотальная (проксимальная и дистальная) резекция желудка с большим и малым сальниками
  4. гастрэктомия с большим и малым сальниками
- 40) При неоперабельности рака выходного отдела желудка и наличии стеноза привратника показана:
1. гастростомия
  2. гастроэнтеростомия
  3. еюностомия
  4. гастрэктомия
- 41) Какие виды гастростомии чаще используются в онкологии
1. по Топроверу
  2. по Витцелю
  3. по Вак - Јану
  4. по Кадеру
- 42) Гастрэктомия показана при:
1. экзофитном раке выходного отдела желудка
  2. при эндофитном раке кардиального отдела желудка
  3. при раке тела желудка
  4. при инфильтративной форме рака желудка
- 43) При кровотечении из распадающейся опухоли кардиального отдела желудка с признаками отдаленных метастазов операцией выбора является:
1. операция Стоика
  2. паллиативная резекция
  3. экстирпация желудка
- 44) Операция Стоика это :
1. Перевязка 4-х основных артерий желудка
  2. Перевязка коротких желудочных артерий
  3. Гастротомия с обшиванием кровоточащей опухоли
  4. Тампонада кровоточащей опухоли прядями сальника
- 45) Что в лабораторных исследованиях больных характерно для рака желудка:
1. анемия
  2. высокая СОЭ
  3. ахлоргидрия
  4. гиперацидное состояние
  5. повышение уровня ракового эмбрионального антигена
- 46) Заболеваемость раком желудка за последние 10 лет в мире:
1. снизилась
  2. повысилась
  3. не изменилась
- 47) Синдром "малых признаков" А.И. Савицкого, характерный для рака желудка, включает:
1. беспричинную слабость, снижение трудоспособности

2. немотивированное снижение аппетита вплоть до отвращения к пище
3. желудочный дискомфорт
4. похудание
5. анемия
6. наличие депрессии (потеря интереса к окружающему)
7. гипертермия

48) По форме роста различают следующие опухоли желудка:

1. эндофитные
2. экзофитные
3. смешанные
4. аденокарцинома

49) Комбинированные операции при раке желудка показаны при:

1. прорастании опухоли в ободочную кишку при отсутствии отдаленных метастазов
2. прорастании в ворота селезенки при отсутствии отдаленных метастазов
3. прорастании в хвост поджелудочной железы при отсутствии отдаленных метастазов
4. прорастании в края печени при отсутствии отдаленных метастазов
5. прорастании в корень брыжейки тонкой кишки при отсутствии отдаленных метастазов

50) Улучшает ли комбинированное лечение рака желудка отдаленные результаты

1. да
2. нет

51) К адьювантной химиотерапии наиболее чувствителен:

1. недифференцированный рак
2. аденокарцинома
3. солидный рак
4. слизистый рак

52) Linitis plastica - форма рака желудка характеризуется:

1. диффузным инфильтративным ростом в подслизистом слое
2. язвенной формой рака
3. кольцевидным раком
4. язвенно-инфильтративной формой

53) При перфорации неоперабельного рака желудка показана:

1. тампонада перфорации сальником
2. тампонирование и дренирование
3. гастрэктомия

54) У больного 65 лет, длительно страдающего каллезной язвой субкардиального отдела желудка, произошла перфорация язвы. Оперативное вмешательство выполнено через 15 часов. Имеются явления фибринозно-гнойного перитонита. Какова наиболее правильная тактика:

1. ушивание перфорации
2. биопсия язвы, ушивание перфорации
3. иссечение язвы, стволовая ваготомия с пилоропластикой
4. резекция желудка
- 5.

55) Больному по поводу язвы кардиального отдела желудка выполнена резекция желудка. Граница резекции прошла сразу за язвой. По данным планового гистологического

исследования - в краях резекции атипичные клетки - язва была малигнизирована. Какова тактика?

1. химиотерапия
2. ререзекция с сальником
3. лучевая терапия

56) Какие варианты соответствуют IV стадии рака желудка:

1. T4N2M0
2. любая T, N, M1
3. T4N0M0
4. T4N2M0
5. T3N2M0

57) Какой метод является наиболее информативным для диагностики рака желудка:

1. ФГДС с биопсией
2. хромогастроскопия
3. ангиография желудка
4. Rg-графия желудка
5. исследование желудочного сока

58) Rg-логические признаки рака желудка:

1. дефект наполнения
2. "ниша" с конвергенцией складок к ней
3. нарушение складчатости рисунка
4. нарушение перистальтики
5. ригидность контуров
6. малая смещаемость желудка

59) Больному 70 лет в связи с опухолью желудка, осложненной декомпенсированным стенозом, выполнена операция, во время которой опухоль неоперабельна, занимает весь желудок, имеются отдаленные метастазы. Какой вид операции следует предпочесть?

1. гастростомию
2. еюностомию по Майдлю
3. экстирпацию желудка
4. гастроэнтероанастомоз

60) Для диффузнорастущих инфильтративных форм рака желудка характерно:

1. долго не проявляющие себя желудочные симптомы
2. парадоксальное повышение аппетита
3. похудание
4. рано проявляющие себя желудочные симптомы
5. раннее возникновение болей

61) Для экзофитного роста опухоли характерно:

1. рано возникает анемия
2. возможна лихорадка
3. землистый цвет кожных покровов
4. раннее возникновение болей

62) Для рака "дна" желудка характерно:

1. рвота
2. изжога

3. длительное бессимптомное течение
4. раннее клиническое проявление
5. массивные кровотечения

63) Метастаз Крукенберга это:

1. метастаз рака желудка в яичник
2. в левый надпочечный узел
3. в паховые узлы
4. в дугласово пространство

64) Метастаз Шнитцлера это:

1. метастаз рака желудка в яичник
2. в пупок
3. в левый надпочечный узел
4. в паховые узлы
5. в дугласово пространство

65) Метастаз Вирхова это :

1. метастаз рака желудка в яичник
2. в пупок
3. в левый надпочечный узел
4. в паховые узлы
5. в дугласово пространство

66) Метастаз сестры Джозеф это:

1. метастаз рака желудка в яичник
2. в пупок
3. в левый надпочечный узел
4. в паховые узлы
5. в дугласово пространство

67) У больного неоперабельным раком желудка, находящегося в терминальной стадии , возникло кровотечение из распадающейся опухоли. Лечебная тактика состоит:

1. симптоматическая гемостатическая терапия
2. массивные гемотрансфузии
3. экстренная операция - резекция желудка
4. экстренная операция - перевязка сосудов желудка

68) Какая диета назначается больному с остановившимся язвенным кровотечением?

1. голод
2. диета Мейленграхта
3. стол N 15 по Певзнеру
4. стол N 9 по Певзнеру

69) Выберите наиболее целесообразный метод диагностики источника язвенного кровотечения:

1. зондирование желудка
2. рентгеноскопия желудка
3. компьютерная томография
4. ангиографическое исследование - целиакография
5. эзофагогастродуоденоскопия

70) Укажите, какой вид болей характерен для клинической картины перфоративной язвы:

1. сильные постоянные боли в животе без иррадиации
2. схваткообразные боли вокруг пупка
3. сильные опоясывающие боли
4. тупая боль в правом подреберье с иррадиацией в правую лопатку.

71) Какую бы Вы выбрали операцию при кровотечении из каллезной язвы желудка

1. классическую резекцию 2/3 желудка
2. стволовую ваготомию с иссечением или прошиванием язвы
3. простое иссечение язвы или ее прошивание
4. СПВ с иссечением или прошиванием язвы

72) Какие операции наиболее целесообразны при перфоративной язве с локализацией язвы в пилорическом канале в первые 6 часов от момента перфорации

1. ушивание язвы
2. ушивание язвы по Оппелю-Поликарпову
3. классическая резекция 2/3 желудка по Гофмейстеру-Финстереру

73) Ваша тактика у больного с кровотечением из язвы луковицы 12-перстной кишки средней степени тяжести при наличии эндоскопической картины "нестойкого гемостаза" (тромбированный сосуд в дне язвы, рыхлый тромб без подтекания крови из-под него)

1. ждать очередного кровотечения, продолжая консервативную терапию
2. усилить консервативную терапию
3. экстренно оперировать
4. эндоскопическая остановка кровотечения, наблюдение и решение вопроса о плановой операции. При неудачной попытке экстренно оперировать

74) Выберите наиболее целесообразный способ введения ε-аминокапроновой кислоты при язвенном кровотечении

1. Внутривенно капельно
2. Внутривенно струйно
3. Перорально

75) Какие препараты следует применять при геморрагическом шоке, сопровождающем язвенное кровотечение, с целью повышения артериального давления

1. Адреналин
2. Допмин
3. Полиглюкин, Гелофузин
4. Мезатон

76) Выберите оптимальный гемостатический препарат при язвенном кровотечении

1. 10% раствор хлористого кальция
2. ε-аминокапроновая кислота
3. Свежезамороженная нативная плазма
4. Дицинон
5. Викасол

77) Перечислите, что характерно для клинической картины "атипичной" перфорации

1. Сильные боли по всему животу
2. Боли в эпигастральной области, подкожная эмфизема (в области шеи, пупка или мошонки)

3. Исчезновение печеночной тупости
4. Доскообразное напряжение мышц передней брюшной стенки

78) Укажите рентгенологические признаки, характерные для перфоративной язвы желудка

1. Чаши Клойбера
2. Свободный газ под диафрагмой
3. Исчезновение газового пузыря желудка
4. Вздутие поперечно-ободочной кишки

79) Каким образом следует ушивать перфоративную язву антрального отдела желудка

1. Двухрядный шов в продольном направлении
2. Двухрядный шов в поперечном направлении
3. Трехрядный шов в продольном направлении
4. Трехрядный шов в поперечном направлении

80) У больного с многолетним течением язвенной болезни желудка появились почти постоянные боли с иррадиацией в спину. Какое осложнение можно предположить?

1. стеноз привратника
2. пенетрация в поджелудочную железу
3. малигнизация
4. перфорация
5. демпинг-синдром

81) Какой метод наиболее надежен для исключения малигнизации язвы желудка?

1. рентгенологический
2. эндоскопический
3. кал на скрытую кровь
4. желудочный сок с гистамином
5. эндоскопия с биопсией

82) У больного, страдающего язвенной болезнью 12-перстной кишки, в период очередного обострения появились жалобы на отрыжку "тухлым яйцом", рвоту принятой накануне пищей. какое осложнение возникло у больного?

1. пенетрация
2. перфорация
3. кровотечение
4. стеноз привратника
5. малигнизация

83) Клинические проявления пилоростеноза следующие, кроме:

1. рвота, приносящая облегчение
2. истощение и обезвоживание
3. тетания
4. диарея
5. шум "плеска"

84) При кровоточащей хронической язве тела желудка и малой степени операционного риска показано:

1. клиновидное иссечение кровоточащей язвы с пилоропластикой и стволовой ваготомией
2. резекция желудка с кровоточащей язвой
3. клиновидное иссечение кровоточащей язвы с СПВ
4. прошивание кровоточащей язвы с пилоропластикой и стволовой ваготомией

5. иссечение язвы

85) Наиболее информативным методом диагностики перфоративных язв является:

1. эзофагогастродуоденоскопия
2. УЗИ
3. лапароцентез
4. лапароскопия
5. обзорная рентгеноскопия

86) Крайне редким осложнением язвы 12-перстной кишки является:

1. перфорация
2. малигнизация
3. кровотечение
4. пенетрация
5. рубцовая деформация кишки

87) Срыгивание пенистой кровью ярко-красного цвета, усиливающееся при кашле, характерно для:

1. кровоточащей язвы желудка
2. опухоли кардии
3. синдрома Меллори - Вейса
4. легочного кровотечения
5. синдрома Рандю - Ослера

88) Для перфоративной гастродуоденальной язвы характерно:

1. внезапное начало с резких болей в эпигастрии
2. постепенное нарастание болевого синдрома
3. схваткообразные резкие боли
4. обильная многократная рвота
5. быстро нарастающая слабость, головокружение

89) Для прободной язвы желудка в первые 6 часов не характерно:

1. резкие боли в животе
2. доскообразный живот
3. исчезновение печеночной тупости
4. вздутие живота
5. "серп" газа под куполом диафрагмы

90) При подозрении на перфоративную язву желудка первым исследованием должна быть:

1. рентгеноскопия желудка с бариевой взвесью
2. обзорная рентгенография брюшной полости
3. экстренная эзофагогастродуоденоскопия
4. ангиография (селективная чревной артерии)
5. лапароскопия

91) Исчезновение болей при дуоденальной язве характерно для:

1. пилородуоденального стеноза
2. перфорации язвы
3. малигнизации язвы
4. кровотечения
5. пенетрации в поджелудочную железу

92) Синдром Меллори-Вейса - это:

6. варикозное расширение вен пищевода и кардии, осложненное кровотечением
7. кровоточащая язва дивертикула Меккеля
8. кровотечение из слизистых на почве геморрагического ангиоматоза
9. трещины в кардиальном отделе желудка с кровотечением
10. геморрагический эрозивный гастродуоденит

93) Теоретическое обоснование диеты Мейленграхта базируется:

1. на механическом щажении слизистой оболочки желудка и нейтрализации желудочного сока
2. на обеспечении высококалорийного питания
3. все перечисленное верно
4. все не верно

94) Наиболее частым осложнением пенетрирующей язвы желудка является:

1. развитие стеноза привратника
2. демпинг синдром
3. образование межорганных свищей
4. рефлюксэзофагит
5. перфорация
6. панкреатит

95) Характер оперативного вмешательства при прободной язве желудка определяет:

1. возраст больного
2. локализация перфоративного отверстия
3. степень выраженности перитонита
4. срок с момента перфорации

96) Напряжение мышц правой подвздошной области при прободении дуоденальной язвы объясняется:

1. рефлекторными связями через спинно-мозговые нервы
2. поступлением воздуха в брюшную полость
3. затеканием желудочного содержимого в правый боковой канал
4. развитием разлитого перитонита
5. висцеро-висцеральными связями с червеобразным отростком

97) Консервативная терапия при прободной язве допустима лишь при:

1. отсутствии у больного язвенного анамнеза
2. старческом возрасте больных
3. отсутствии условий для выполнения экстренного оперативного вмешательства
4. крайне высокой степени операционного риска
5. сочетании язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки

98) При операции спустя час после прободения каллезной язвы желудка показана:

1. истинная антрэктомия
2. классическая резекция 2/3 желудка
3. ушивание прободной язвы
4. стволовая ваготомия с пилоропластикой
5. любая из перечисленных операций

99) Для кровоточащей язвы 12-перстной кишки не характерно:

1. рвота цвета кофейной гущи

2. усиление болей в животе
3. падение гемоглобина
4. мелена
5. снижение ОЦК

100) При рецидиве язвенного гастродуоденального кровотечения показана:

1. экстренная операция
2. эндоваскулярная селективная гемостатическая терапия
3. повторная эндоскопическая гемостатическая терапия
4. интенсивная консервативная гемостатическая терапия

## Решение ситуационных задач

### Задача № 1.

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

### Задача № 2.

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

Из анамнеза: четыре дня назад на производстве он поранил правую кисть металлическим предметом. За помощью в лечебное учреждение не обращался. Через двое суток рука отекала, появились нарастающие боли в области правой кисти и предплечья, температура тела повысилась до 38°С. На третьи сутки отек и гиперемия распространились до локтевого сустава, движения правой рукой стали вызывать значительную болезненность, температура тела повысилась до 40°С, появились головные боли и сухость во рту.

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

### Задача № 3.

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

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

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

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

### Задача № 4.

Больной П., 62 лет, находится в хирургическом отделении по поводу острого гангренозного аппендицита. Операция 5 суток назад. Сегодня появились боли в области послеоперационной раны, озноб, температура тела поднялась до 38,5<sup>0</sup>С. Объективно: послеоперационная рана отечна, кожа вокруг раны гиперемирована, при пальпации определяется инфильтрация и болезненность. Лабораторные данные: Лейкоцитоз - 32\*10<sup>9</sup>/л, п/я – 18 %, с/я – 43 %, СОЭ – 32 мм/час, определяется анизо - и - пойкилоцитоз.

### Задача № 5.

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

На 14 сутки у больного отмечена субфебрильная температура - 37,4<sup>0</sup>С. На следующий день состояние больного резко ухудшилось: больной в сопоре, кожные покровы землистого цвета с желтушным оттенком, имеется пете-хиальная сыпь, температура тела 39,8<sup>0</sup>С, потрясающие ознобы, АД 60/40 мм.рт.ст., ЧСС 128 уд.в мин., лейкоциты 30х10<sup>9</sup>/л, мочевого пузыря пуст, креатинин 343 мкмоль/л, мочевины 10 ммоль/л, остаточный азот 30 ммоль/л.

### Задача № 6.

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

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

### Задача № 7.

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

При осмотре: состояние удовлетворительное. Температура 37,4°C. Пониженного питания. В надключичной области справа пальпируется плотный малоподвижный лимфатический узел 2 см. в диаметре. В легких без патологии. ЧСС 80 ударов в минуту, АД 100/70 мм.рт.ст. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии, где пальпируется плотный край печени, выступающий из-под реберных дуг на 5 см. В пунктате из лимфоузла - элементы эпителиальной злокачественной опухоли. При обследовании: рентгенография органов грудной клетки - без патологии, УЗИ брюшной полости – в правой доле печени множественные гетерогенные образования до 30 мм в диаметре. Выставлен диагноз: Метастазы в надключичный лимфоузел справа, печень без выявленного первичного очага.

#### Задача № 8.

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

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

#### Задача № 9.

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

#### Задача № 10.

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

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

#### Задача № 11.

Больная К., 45 лет, поступила с жалобами на наличие опухоли на коже спины, возникшую на месте пигментного невуса после травмы. 3 месяца назад образование стало бурно расти, кровоточить. При осмотре: на коже спины, медиальнее левой лопатки имеется экзофитная опухоль синюшно-красного цвета с кровоточащим изъязвлением в центре, размеры 1,5x1,5x0,5 см. Регионарные лимфоузлы не увеличены.

#### Задача № 12.

Больная К., 47 лет, поступила с жалобами на боли в эпигастрии, желтушность кожных покровов, слабость, похудание на 7 кг. Больна в течение 4 месяцев, желтуха появилась 1 месяц назад, постепенно нарастала. При осмотре: состояние средней тяжести. Склеры и кожа оливкового цвета. Пониженного питания В легких без патологии. ЧСС 100 ударов в минуту, АД 110/70 мм.рт.ст. Живот мягкий. Печень увеличена на 2 см, край эластичный. Стул ахоличен. При обследовании: общий анализ крови - эритроциты  $4,6 \cdot 10^{12}/л$ , НЬ - 124 г/л, СОЭ - 35 мм/ч. Лейкоциты  $8,4 \cdot 10^9/л$ , формула не изменена. Биохимическое исследование крови - билирубин общий - 289 мкмоль/л, прямой 201 мкмоль/л, непрямой - 88 мкмоль/л; ФЛГ без патологии; ФГДС - поверхностный гастрит, двенадцатиперстная кишка без патологии, желчи не содержит; УЗИ брюшной полости — расширение внутрипечёночных желчных протоков до 0,8 см., холедох 6 мм, желчный пузырь 90x30x24 мм. При лапаротомии выявлена инфильтрация гепатикохоледоха, уходящая в ворота печени, около 10 метастатических узлов в правой доле печени.

#### Задача № 13.

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

#### Задача № 14.

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

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

#### Задача № 15.

У больной И., 58 лет, 10 месяцев назад появилась дисфагия, которая постепенно нарастала. В настоящее время с трудом может проглотить глоток воды. При осмотре: больная резко истощена. Над левой ключицей пальпируется конгломерат плотных лимфатических узлов. В легких без патологии. ЧСС - 76 ударов в минуту, АД - 140/80 мм.рт.ст.. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии. Печень по краю реберной дуги. При рентгенографии пищевода выявлено его резкое сужение в абдоминальном отделе, супрастенотическое расширение. Тулого наполнения желудка получить не удалось, но создается впечатление наличия дефекта наполнения в верхней трети тела по малой кривизне. При эзофагоскопии выявлено резкое сужение пищевода на 34 см от резцов. Провести эндоскоп в желудок не удалось. При гистологическом исследовании биоптата получена картина многослойного плоского эпителия.