

Электронная цифровая подпись

Лысов Николай Александрович



F 2 5 6 9 9 F 1 D E 0 1 1 1 E A

Бунькова Елена Борисовна



F C 9 3 E 8 6 A C 8 C 2 1 1 E 9

Утверждено 28 мая 2020 г.
протокол № 6

председатель Ученого Совета Лысов Н.А.

ученый секретарь Ученого Совета Бунькова Е.Б.

**ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ
ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ**

Дисциплина «Госпитальная хирургия»

по направлению подготовки 31.05.01 Лечебное дело (уровень специалитета)

Направленность: Лечебное дело

Форма обучения: очная

Квалификация (степень) выпускника: Врач - лечебник

Срок обучения: 6 лет

Год поступления 2019,2020

1. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы

В результате освоения ОПОП обучающийся должен овладеть следующими результатами обучения по дисциплине (модулю) «Госпитальная хирургия»:

№ п/п	Контролируемые темы дисциплины (этапы формирования компетенций)	Код контролируемой компетенции (или её части) / и ее формулировка – по желанию	Наименование оценочного средства	Шкала оценивания
1	Заболевания и повреждения пищевода. Эзофагоспазм и ахалазия. Дивертикулы пищевода.	ОПК-5 ОПК-6 ПК-6 ПК-8 ПК-10	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, защита реферата, написание истории болезни/фрагмента истории болезни, курация/разбор тематического больного, разбор историй болезни	Пятибалльная шкала оценивания
2	Химические ожоги и рубцовые сужения пищевода. Принципы лечения. Бужирование (методы, техника, сроки, показания).	ОПК-5 ОПК-6 ПК-6 ПК-8 ПК-10	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, защита реферата, написание истории болезни/фрагмента истории болезни, курация/разбор тематического больного, разбор историй болезни	Пятибалльная шкала оценивания
3	Перфорация пищевода. Показания к созданию искусственного пищевода – виды пластики.	ОПК-5 ОПК-6 ПК-6 ПК-8 ПК-10	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, защита реферата, написание истории болезни/фрагмента истории болезни, курация/разбор тематического больного, разбор историй болезни	Пятибалльная шкала оценивания
4	Бронхоэктазия. Показания к хирургическому вмешательству. Виды операций. Осложнения (ателектаз, коллапс легкого, бронхиальные свищи.)	ОПК-5 ОПК-6 ПК-6 ПК-8 ПК-10	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, защита реферата, написание истории болезни/фрагмента истории болезни, курация/разбор тематического больного, разбор историй болезни	Пятибалльная шкала оценивания
5	Эмпиема плевры. Острая и хроническая формы. Методы лечения (открытые, закрытые, открыто-закрытые).	ОПК-5 ОПК-6 ПК-6 ПК-8 ПК-10	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, защита реферата, написание истории болезни/фрагмента истории болезни, курация/разбор тематического больного, разбор историй болезни	Пятибалльная шкала оценивания
6	Бактериальная деструкция легких. Абсцесс легкого, пиоторакс, пиопневмоторакс. Легочное и внутриплевральное кровотечение. Флегмона грудной стенки.	ОПК-5 ОПК-6 ПК-6 ПК-8 ПК-10	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, защита реферата, написание истории болезни/фрагмента истории болезни, курация/разбор тематического больного, разбор историй болезни	Пятибалльная шкала оценивания
7	Травма грудной клетки (без осложнений и осложненная). Ушиб легкого, травматическая	ОПК-5 ОПК-6 ПК-6 ПК-8	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, защита реферата, написание	Пятибалльная шкала оценивания

	асфиксия. Ранения грудной клетки. Открытый и клапанный пневмоторакс. Инородные тела в легких.	ПК-10	истории болезни/фрагмента истории болезни, курация/разбор тематического больного, разбор историй болезни	
8	Осложнения язвенной болезни. Перфоративная язва. Атипичные перфорации. Гастродуоденальные кровотечения. Болезни оперированного желудка.	ОПК-5 ОПК-6 ПК-6 ПК-8 ПК-10	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, защита реферата, написание истории болезни/фрагмента истории болезни, курация/разбор тематического больного, разбор историй болезни	Пятибалльная шкала оценивания
9	Заболевания желчевыводящих путей и печени. Желчекаменная болезнь. Холедохолитиаз, холангиты, опухоли. Постхолестэктомический синдром.	ОПК-5 ОПК-6 ПК-6 ПК-8 ПК-10	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, защита реферата, написание истории болезни/фрагмента истории болезни, курация/разбор тематического больного, разбор историй болезни	Пятибалльная шкала оценивания
10	Бактериальные и паразитарные абсцессы печени. Эхинококкоз печени.	ОПК-5 ОПК-6 ПК-6 ПК-8 ПК-10	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, защита реферата, написание истории болезни/фрагмента истории болезни, курация/разбор тематического больного, разбор историй болезни	Пятибалльная шкала оценивания
11	Синдром портальной гипертензии. кровотечение из расширенных вен пищевода и кардии. Болезнь Бадда- Киари.	ОПК-5 ОПК-6 ПК-6 ПК-8 ПК-10	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, защита реферата, написание истории болезни/фрагмента истории болезни, курация/разбор тематического больного, разбор историй болезни	Пятибалльная шкала оценивания
12	Заболевания селезенки.	ОПК-5 ОПК-6 ПК-6 ПК-8 ПК-10	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, защита реферата, написание истории болезни/фрагмента истории болезни, курация/разбор тематического больного, разбор историй болезни	Пятибалльная шкала оценивания
13	Заболевания поджелудочной железы. Острый и хронический панкреатит. Опухоли поджелудочной железы.	ОПК-5 ОПК-6 ПК-6 ПК-8 ПК-10	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, защита реферата, написание истории болезни/фрагмента истории болезни, курация/разбор тематического больного, разбор историй болезни	Пятибалльная шкала оценивания
14	Хирургическое лечение заболеваний инсулярного аппарата поджелудочной железы. Осложнения. Сахарный диабет. Инсулома.	ОПК-5 ОПК-6 ПК-6 ПК-8 ПК-10	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, защита реферата, написание истории болезни/фрагмента истории болезни, курация/разбор тематического больного, разбор историй болезни	Пятибалльная шкала оценивания
15	Ульцерогенная аденома. Синдром Золлингера –Эллисона.	ОПК-5 ОПК-6	Устный ответ, стандартизированный тестовый	Пятибалльная шкала оценивания

	Заболевания надпочечников. Опухоли мозгового слоя надпочечников. Опухоли коркового слоя надпочечников.	ПК-6 ПК-8 ПК-10	контроль, решение ситуационных задач, защита реферата, написание учебной истории болезни, курация/разбор тематического больного, разбор историй болезни	вания
16	Заболевания щитовидной железы. Спорадический зоб, Тиреотоксикоз. Тиреоидиты и струмиты. Заболевания паращитовидных желез.	ОПК-5 ОПК-6 ПК-6 ПК-8 ПК-10	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, защита реферата, написание истории болезни/фрагмента истории болезни, курация/разбор тематического больного, разбор историй болезни	Пятибалльная шкала оценивания
17	Заболевания сердца. Врожденные пороки сердца. Приобретенные пороки сердца.	ОПК-5 ОПК-6 ПК-6 ПК-8 ПК-10	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, защита реферата, написание истории болезни/фрагмента истории болезни, курация/разбор тематического больного, разбор историй болезни	Пятибалльная шкала оценивания
18	Ишемическая болезнь сердца. Постинфарктная аневризма сердца. Перикардит.	ОПК-5 ОПК-6 ПК-6 ПК-8 ПК-10	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, защита реферата, написание истории болезни/фрагмента истории болезни, курация/разбор тематического больного, разбор историй болезни	Пятибалльная шкала оценивания
19	Заболевания артерий. Атеросклеротическое поражение артерий. Облитерирующий эндартериит. Болезнь Рейно.	ОПК-5 ОПК-6 ПК-6 ПК-8 ПК-10	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, защита реферата, написание истории болезни/фрагмента истории болезни, курация/разбор тематического больного, разбор историй болезни	Пятибалльная шкала оценивания
20	Тромбозы и эмболии. Эмболия легочной артерии.	ОПК-5 ОПК-6 ПК-6 ПК-8 ПК-10	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, защита реферата, написание истории болезни/фрагмента истории болезни, курация/разбор тематического больного, разбор историй болезни	Пятибалльная шкала оценивания
21	Заболевания вен нижних конечностей. Пороки развития. Тромбофлебиты нижних конечностей. Профилактика тромбофлебитов. Илеофemorальный тромбоз.	ОПК-5 ОПК-6 ПК-6 ПК-8 ПК-10	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, защита реферата, написание истории болезни/фрагмента истории болезни, курация/разбор тематического больного, разбор историй болезни	Пятибалльная шкала оценивания
22	Посттромбофлебитический синдром. Лечение трофических язв.	ОПК-5 ОПК-6 ПК-6 ПК-8 ПК-10	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, защита реферата, написание истории болезни/фрагмента истории болезни, курация/разбор	Пятибалльная шкала оценивания

			тематического больного, разбор историй болезни	
23	Заболевания прямой кишки (пороки развития, геморрой, трещины заднего прохода, полипы).	ОПК-5 ОПК-6 ПК-6 ПК-8 ПК-10	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, защита реферата, написание истории болезни/фрагмента истории болезни, курация/разбор тематического больного, разбор историй болезни	Пятибалльная шкала оценивания
24	Рак прямой кишки.	ОПК-5 ОПК-6 ПК-6 ПК-8 ПК-10	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, защита реферата, написание истории болезни/фрагмента истории болезни, курация/разбор тематического больного, разбор историй болезни	Пятибалльная шкала оценивания

2. Текущий контроль успеваемости на занятиях семинарского типа (семинары, практические занятия, клинические практические занятия, практикумы, лабораторные работы), **включая задания самостоятельной работы обучающихся, проводится в формах:**

- устный ответ (в соответствии с темой занятия в рабочей программе дисциплины и перечнем вопросов для самоконтроля при изучении разделов дисциплины);
- стандартизированный тестовый контроль;
- решение ситуационных задач;
- защита рефератов;
- написание истории болезни/фрагмента истории болезни;
- курация/разбор тематического больного;
- разбор историй болезни

Выбор формы текущего контроля на каждом занятии осуществляет преподаватель. Формы текущего контроля на одном занятии у разных обучающихся могут быть различными. Конкретную форму текущего контроля у каждого обучающегося определяет преподаватель. Количество форм текущего контроля на каждом занятии может быть различным и определяется преподавателем в зависимости от целей и задач занятия.

2.1 Типовые контрольные задания или иные материалы, необходимые для оценки знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций в процессе освоения образовательной программы

2.1.1. Стандартизированный тестовый контроль (по темам или разделам)

Тема №1 «Заболевания и повреждения пищевода. Эзофагоспазм и ахалазия. Дивертикулы пищевода.»

1. Отличительной особенностью боли при рефлюкс-эзофагите являются:

1. "Голодные" боли
2. Длительность и жгучий характер
3. Боли за грудиной
4. Усиление болей после приема пищи

2. Для начальной стадии рефлюкс-эзофагита наиболее типичным являются:

1. Диффузная гиперплазия и отёк слизистой пищевода
2. Гиперемия и отёк слизистой дистального отдела пищевода
3. Геморрагические изменения в слизистой
4. Зияние кардии
5. Эрозивно-язвенные дефекты слизистой

3. Из нижеперечисленных заболеваний пищевода всегда требует оперативного лечения

1. рефлюкс-эзофагит
2. рак пищевода
3. кардиоспазм
4. тракционные дивертикулы пищевода

5. пульсионные дивертикулы

4. Основной причиной рефлюкс-эзофагита является:

1. недостаточность кардии
2. алкоголизм
3. грыжа околопищеводного отверстия диафрагмы
4. язвенная болезнь желудка и 12-ти перстной кишки
5. употребление горячей пищи

5. Неотложным мероприятием при кровотечении из варикозно расширенных вен пищевода является:

1. применение массивных гемостатических средств
2. применение гипотензивных средств
3. введение малых гемостатических доз крови
4. введение зонда Блекмора
5. хирургическое прошивание кровоточащих сосудов

6. Наличие варикозно расширенных вен в абдоминальном отделе пищевода и кардиальном отделе желудка обусловлено:

1. эзофагитом
2. портальной гипертензией
3. пептической язвой анастомоза
4. синдромом Маллори-Вейса

7. Наиболее выраженным отягощающим фактором течения рака пищевода является:

1. возраст старше 60 лет
2. мужской пол
3. женский пол
4. алкоголизм
5. ранее перенесенный ожог пищевода

8. 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

9. Какое самое частое осложнение дивертикула Zenker?

1. Кровотечение
2. Перфорация
3. Малигнизация
4. Лёгочные осложнения
5. Перидивертикулярная флегмона

10. Какое из нижеперечисленных утверждений о дивертикуле Zenker ошибочное?

1. Пульсационный дивертикул
2. Локализуется в нижней трети пищевода
3. Может быть поврежден во время эндоскопического исследования
4. Стенка дивертикула состоит из слизистой оболочки
5. Оперируется только в случае присутствия симптоматики

Номер вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Эталон ответа	2,3,4	2	2	1	4	2	5	4	4	2

Тема №2 «Химические ожоги и рубцовые сужения пищевода. Принципы лечения. Бужирование (методы, техника, сроки, показания).»

1. Выберите наиболее целесообразный метод удаления яда из желудка при отравлении едкими щелочами или кислотами:

1. Назначение рвотных средств
2. Аспирация содержимого желудка с помощью назогастрального зонда
3. Назначение рвотных средств, а затем проведение гастрального лаважа

2. Ребёнок выпил глоток едкой щёлочи чем должно проводиться промывание желудка?

1. Холодной водой
2. Водой комнатной температуры
3. Щелочным раствором
4. Подкисленным раствором

3. Ребёнок выпил глоток уксусной эссенции и сразу поступил в стационар. Чем должно проводиться промывание желудка?

1. Щелочным раствором
2. Подкисленным раствором
3. Холодной водой
4. Водой комнатной температуры

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

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

5. Основной опасностью беззондового промывания желудка при химических ожогах пищевода и желудка является:

1. разрыв пищевода
2. малая эффективность лечебного мероприятия
3. дополнительный ожог пищевода
4. все перечисленное

6. По истечении 5-6 часов после химической травмы пищевода:

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

7. Какие осложнения возможны при рубцовой послеожоговой стриктуре пищевода в отдаленном периоде:

1. эзофагит хронический;
2. кровотечение;
3. рак пищевода;
4. полипоз пищевода;
5. перфорация пищевода;
6. регургитация.

8. Бужирование пищевода после острого ожога следует начинать:

1. на 1-2 сутки;
2. через месяц;
3. на 8-9 сутки;
4. при возникновении стойкой дисфагии;
5. в первые часы.

9. Какой из методов бужирования пищевода является наиболее безопасным?

1. ортоградное бужирование вслепую;
2. бужирование под контролем эзофагоскопа;
3. ретроградное бужирование за нитку;
4. ортоградное бужирование по струне полыми рентгеноконтрастными бужами;
5. ортоградное бужирование по ниткенатравителю.

10. Больная 22 лет по ошибке приняла раствор каустической соды около 3 месяцев назад. В настоящее время развилась быстро прогрессирующая дисфагия. Рентгенологически определяется рубцовая стриктура средней трети пищевода. Диаметр его не превышает 2-3 мм. Показано лечение:

1. экстирпация пищевода
2. бужирование пищевода
3. резекция суженного участка пищевода

Номер вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Эталон ответа	2	2	4	4	4	4	3	3	4	2

Тема №3 «Показания к созданию искусственного пищевода – виды пластики. Перфорация пищевода.»

1. Перфорация пищевода может быть вызвана:

1. эзофагоскопией
2. проглоченным инородным телом
3. сильной рвотой
4. эрозией опухоли
5. всем перечисленным

2. Фиброэзофагоскопия может сопровождаться:

1. травмой слизистой
2. травмой глотки
3. травмой пищевода
4. перфорацией пищевода
5. всем перечисленным

3. При рентгенологическом обследовании перфорации пищевода выявляются все перечисленные признаки, кроме:

1. газа в плевральных полостях
2. расширения тени средостения
3. газа в средостении и мягких тканях шеи
4. выхождения контрастного вещества за пределы пищевода

4. Наиболее частыми причинами разрыва пищевода могут быть:

1. эндоскопия
2. инородное тело
3. интубация трахеи при наркозе
4. спонтанный разрыв
5. все вышеперечисленное

5. Для разрыва грудного отдела пищевода характерны следующие клинические признаки:

1. острая боль в грудной клетке, нередко с иррадиацией по межреберью
2. наличие крепитации на шее, гнусавость голоса
3. общее тяжелое состояние больного
4. высокая температура
5. все перечисленное

6. Больная 33 лет обратилась в поликлинику с жалобами на боли за грудиной, чувство распирания в этой области. Накануне вечером ела рыбу, при этом поперхнулась. К врачу не обращалась. Утром появились жалобы на затруднённое глотание, температура тела повысилась до 37,3 градусов С, появилось вздутие в области шеи и нижней половины лица. Рвоты не было. При пальпировании шеи отмечается крепитация; на рентгенограмме грудной клетки - расширение тени средостения с прослойками газа, располагающимися паравертебрально. Тактика врача:

1. немедленно госпитализировать больную в хирургическое отделение;
2. пунктировать клетчатку шеи и установить иглы Дюфо;
3. провести эзофагоскопию;
4. назначить антибиотики, выдать больничный лист с рекомендацией повторной явки через 2-3 дня;

7. Какую операцию целесообразно выполнять у больных с 4 стадией кардиоспазма и ахалазии кардии:

1. Операция Геллера
2. Операция Березова
3. Кардиомиотомия с неполной фундопликацией
4. Экстирпация пищевода с одномоментной пластикой изоперистальтической желудочной трубкой

8. У больных с тотальными ожоговыми стриктурами пищевода показано выполнять:

1. Внутривезикулярную эзофагогастропластику
2. Местную пластику пищевода
3. Пластику пищевода по типу «чемоданной ручки»
4. Загрудинную колоэзофагопластику

9. При диагностике перфорации пищевода для контрастного исследования следует использовать:

- | | |
|------------------|---------------|
| 1. Сульфат бария | 3. Ультравист |
| 2. Омнипак | 4. Воздух |

10. Предельные сроки возможного ушивания стенки пищевода при его перфорации составляют:

- | | |
|-------------|------------------------------|
| 1. 24 часа | 3. 72 часа |
| 2. 48 часов | 4. Всегда стремиться ушивать |

Номер вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Эталон ответа	5	5	1	5	5	1	4	4	1	4

Тема №4 «Бронхоэктазия. Показания к хирургическому вмешательству. Виды операций. Осложнения (ателектаз, коллапс легкого, бронхиальные свищи.)»

1. При бронхоэктатической болезни в стенке бронхоэктаза обнаруживают все нижеперечисленные изменения, кроме:

1. метаплазии эпителия
2. деструкции стенки
3. атрофии
4. гипертрофии
5. склероза

№ от- вета	3	5	4	1	4	5	1	1	1	4
---------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Тема №5 «Эмпиема плевры. Острая и хроническая формы. Методы лечения (открытые, закрытые, открыто-закрытые).»

1. Хронической эмпиема плевры считается:

- | | |
|-----------------------|-------------------|
| 1. со второй недели | 4. с трех месяцев |
| 2. с четвертой недели | 5. с шести недель |
| 3. с восьми недель | |

2. Причиной перехода острой эмпиемы в хроническую не может быть:

- | | |
|---|--|
| 1. неудавшаяся попытка облитерации полости в остром периоде | 3. большая первичная полость |
| 2. преждевременное удаление дренажа | 4. туберкулез и другая специфическая флора |
| | 5. бронхоплевральный свищ |

3. Хроническую эмпиему плевры чаще вызывают:

- | | |
|-----------------|-------------------------------------|
| 1. стафилококки | 3. грамотрицательные микроорганизмы |
| 2. стрептококки | 4. пневмококки |

4. Продолжительности первой стадии хронической эмпиемы плевры:

- | | |
|--------------|-----------------|
| 1. до 1 года | 4. до 5 месяцев |
| 2. 3 месяца | 5. более 1 года |
| 3. 8 недель | |

5. Для второй стадии хронической эмпиемы плевры не характерно:

1. продолжительность до 1 года
2. утолщение висцеральной плевры более 1 см
3. утолщение париетальной плевры до 4 см и более
4. переход воспалительного процесса на легочную ткань
5. отсутствие амилоидоза внутренних органов

6. Для третьей стадии хронической эмпиемы плевры характерно:

- | | |
|--|--|
| 1. развитие амилоидоза внутренних органов | 3. отсутствие выраженной деформации грудной клетки |
| 2. наличие выраженных явлений интоксикации | 4. продолжительность до 1 года |

7. Противопоказанием к оперативному лечению хронической эмпиемы плевры является:

- | | |
|--|---|
| 1. легочное кровотечение | 4. развитие амилоидоза внутренних органов |
| 2. длительность заболевания более 1 года | 5. наличие множественных бронхоплевральных свищей |
| 3. подозрение на опухоль легкого | |

8. Операция по Шаде это:

- | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|
| 1. декорткация легкого | 4. экстраплевральная торакопластика |
| 2. декорткация и плеврэктомия | 5. лестничная торакопластика |
| 3. интраплевральная торакопластика | |

9. Операция по Линбергу это:

- | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|
| 1. декорткация легкого | 4. экстраплевральная торакопластика |
| 2. декорткация и плеврэктомия | 5. лестничная торакопластика |
| 3. интраплевральная торакопластика | |

10. Плеврэктомией называется:

1. удаление париетальной плевры и фиброзных напластований на ней
2. удаление висцеральной плевры и фиброзных напластований на ней
3. удаление висцеральной и париетальной плевры

Номер вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Эталон ответа	4	4	3	4	2	1	4	3	5	1

Тема №6 «Бактериальная деструкция легких. Абсцесс легкого, пиоторакс, пиопневмоторакс. Легочное и внутриплевральное кровотечение. Флегмона грудной стенки.»

1. При лечении абсцедирующей пневмонии не используются:

- | | |
|---|---|
| 1. санационные бронхоскопии | ческих ферментов |
| 2. ингаляции | 5. противовоспалительные дозы рентгенотерапии |
| 3. отхаркивающие препараты | |
| 4. интрабронхиальное введение протеолити- | |

2. **Пусковым механизмом в развитии абсцессов легких является:**
 1. наличие в легочной ткани патогенного микроорганизма
 2. нарушение бронхиальной проходимости
 3. аспирация желудочного содержимого
 4. сепсис
3. **Укажите тактику хирурга при остром периферическом абсцессе легкого, осложнившимся кровотечением 1 степени:**
 1. жесткая бронхоскопия с пломбировкой бронха
 2. срочная торакотомия с резекцией легкого
 3. торакотомия с дренированием полости абсцесса наружу
 4. бронхоскопия, гемостатическая терапия, дренирование полости абсцесса путем торакоцентеза
 5. управляемая гипотония с санацией трахеобронхиального дерева
4. **Редким механизмом возникновения острого гнойно-деструктивного процесса в легком является:**

1. аспирационный	4. лимфогенный
2. травматический	5. гематогенный
3. постпневмонический	
5. **Пожилой ослабленный больной с абсцессом средней доли правого легкого. Неуспешная консервативная терапия. При попытке дренирования абсцесса под местной анестезией после резекции ребра обнаружено, что легкое свободно движется в не вскрытой плевральной полости. В этот момент хирург должен:**
 1. выполнить трахеостомию
 2. закрыть разрез и вскрыть абсцесс через несколько дней
 3. вскрыть плевру и ввести катетер в абсцесс через троакар
 4. вскрыть плевру и предпринять припудривание тальком для плевродеза
 5. общая анестезия
 6. лобэктомия
6. **Метод верификации диагноза при синдроме средней доли:**

1. боковая томография	4. фибробронхоскопия с биопсией
2. бронхография	5. компьютерная томография
3. динамическое наблюдение	
7. **В предоперационном периоде больным с абсцедирующей пневмонией наилучшей комбинацией лечебных мероприятий является:**
 1. санационные бронхоскопии, постуральный дренаж
 2. санационные бронхоскопии, постуральный дренаж, отхаркивающие средства
 3. санационные бронхоскопии, вспомогательное парентеральное питание
 4. санационные бронхоскопии, интрабронхиальное введение протеолитических ферментов, постуральный дренаж, отхаркивающие
8. **Ребенок 3 мес. Заболел остро: повысилась температура тела, возникли одышка и цианоз. При поступлении в стационар проведена рентгенография грудной клетки. В верхней доле правого легкого на уровне 2-3 межреберий выявлен участок инфильтрации и расширение тени верхнего средостения. Наиболее вероятный диагноз:**
 1. острая пневмония
 2. опухоль средостения
 3. гиперплазия внутригрудных лимфатических узлов
 4. острый медиастинит
9. **При остром абсцессе легкого у больного бронхоскопию следует рассматривать как метод:**
 1. не имеющий никакого значения
 2. имеющий значение для уточнения диагноза
 3. имеющий лечебное значение
 4. имеющий лечебное и диагностическое значение
 5. имеющий ограниченное применение, как вредный и опасный метод
10. **При гангренозном абсцессе легкого размером 6х6 см в нижней доле правого легкого наиболее целесообразно:**
 1. госпитализировать больного в терапевтическое отделение

2. начать лечение антибиотиками, витаминами и пр.
3. немедленно сделать бронхоскопию
4. сделать бронхографию
5. интенсивное консервативное лечение в хирургическом отделении в течение двух недель, при отсутствии эффекта произвести радикальную операцию

Номер вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Эталон ответа	5	2	4	4	2	4	4	1	4	5

Тема №7 «Травма грудной клетки (без осложнений и осложненная). Ушиб легкого, травматическая асфиксия. Ранения грудной клетки. Открытый и клапанный пневмоторакс. Инородные тела в легких.»

1. Что нехарактерно для напряженного пневмоторакса?

1. сдавление здорового легкого
2. уменьшение венозного притока к сердцу
3. смещение средостения в пораженную сторону

2. Пневмогемоторакс характеризуется:

1. одышкой в покое
2. выраженным болевым синдромом
3. наличием горизонтального уровня жидкости в плевральной полости
4. гектической температурой

3. Какие мероприятия вы сочтете правильными при тампонаде сердца?

1. пункцию перикарда
2. замещение объемов циркулирующей крови
3. антикоагулянты
4. антибиотики в больших дозах

4. Травма грудной стенки не может привести:

1. к гемотораксу
2. к вентрикулярной экстрасистолии
3. к эмболии
4. к инфарктноподобным изменениям ЭКГ
5. к разрыву аорты

5. При травматическом напряженном пневмотораксе могут появиться следующие данные, кроме:

1. звучное сердцебиение на пораженной стороне
2. повышение давления в плевральной полости на пораженной стороне
3. сдавление непораженного легкого
4. уменьшение венозного притока к сердцу

6. Какой пневмоторакс считается «открытым»?

1. с повреждением внутрилегочных бронхов
2. с повреждением целостности костных структур (ребер, грудины)
3. повреждение тканей груди и сообщение плевральной полости с окружающей средой

7. Наиболее частые причины возникновения пневмогемоторакса:

1. травма груди, перелом ребер
2. разрыв буллезно-измененной ткани легкого
3. абсцесс легкого

8. Какой вид травмы считается более тяжелым?

1. множественная травма
2. сочетанная травма
3. политравма
4. комбинированная травма

9. Как правильно оценить общую реакцию организма на травму в конце диагноза?

1. травматический шок
2. травматическая кома
3. травматическая гипоксия

10. Чем обусловлен синдром мендельсона:

1. дыхательной недостаточность вследствие аспирации крови
2. бронхоспазмом вследствие аллергической реакции
3. бронхоспазмом и отеком слизистой бронхов вследствие аспирации кислого желудочного содержимого

Номер вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Эталон ответа	3	3	1	3	4	3	1	2	1	3

Тема №8 «Осложнения язвенной болезни. Перфоративная язва. Атипичные перфорации.»

Болезни оперированного желудка. Гастроудоденальные кровотечения.»

- 1. Наиболее достоверными клиническими признаками перфоративной язвы желудка являются:**
 - 1.рвота
 - 2.желудочное кровотечение
 - 3.напряжение передней брюшной стенки, отсутствие печеночной тупости
 - 4.частый жидкий стул
 - 5.икота
- 2. Злокачественную трансформацию наиболее часто претерпевают:**
 - 1.язвы луковицы двенадцатиперстной кишки
 - 2.постбульбарные язвы
 - 3.язвы малой кривизны желудка
 - 4.язвы большой кривизны желудка
 - 5.язвы всех указанных локализаций
- 3. К абсолютным показаниям к хирургическому лечению язвенной болезни желудка являются все перечисленные, кроме:**
 - 1.перфорации
 - 2.кровотечения, не останавливаемого консервативными методами
 - 3.малигнизации
 - 4.пенетрирующей язвы
 - 5.декомпенсированного стеноза выходного отдела желудка
- 4. О наличии прободения язвы желудка или 12-перстной кишки позволяют судить:**
 - 1.доскообразный живот
 - 2.боли в эпигастрии
 - 3.боли в поясничной области
 - 4.повышение лейкоцитоза до 15000
 - 5.легкая желтуха склер и кожных покровов
- 5. Напряжение мышц в правой подвздошной области, нередко возникающее при прободной язве двенадцатиперстной кишки, можно объяснить:**
 - 1.затеканием содержимого по правому боковому каналу
 - 2.рефлекторными связями через спинно-мозговые нервы
 - 3.скоплением воздуха в брюшной полости, в частности в правой подвздошной области
 - 4.развивающимся разлитым перитонитом
 - 5.висцеро-висцеральным рефлюксом с червеобразного отростка
- 6. Срочное хирургическое вмешательство требуется при следующих осложнениях язвенной болезни:**
 - 1.остановившееся желудочное кровотечение
 - 2.перфоративная язва
 - 3.пенетрирующая язва
 - 4.стеноз выходного отдела желудка
 - 5.малигнизированная язва
- 7. К характерным признакам стеноза привратника относятся всеперечисленные, кроме:**
 - 1.желтухи
 - 2.шума плеска натошак
 - 3.похудания
 - 4.отрыжки "тухлым"
 - 5.болей в эпигастрии распирающего характера
- 8. Для синдрома маллори – вейса характерно образование трещин:**
 - 1.в абдоминальном отделе пищевода и кардиальном отделе желудка
 - 2.в антральном отделе желудка
 - 3.в пилорическом отделе желудка
 - 4.в теле желудка
- 9. Консервативное лечение перфоративной язвы желудка или двенадцатиперстной кишки по Тейлору заключается:**
 - 1.в применении щелочей и средств, снижающих перистальтику желудка
 - 2.в периодическом (каждые 4-5 часов) зондировании желудка, внутривенном вливании жидкости и фармакологической блокаде блуждающего нерва
 - 3.в постоянном промывании желудка охлажденным физиологическим раствором
 - 4.в местной гипотермии и внутривенном вливании жидкости
 - 5.в постоянной аспирации содержимого желудка, инфузионной и антибактериальной терапии
- 10. В момент прободения язвы желудка или двенадцатиперстной кишки сначала возникает:**
 - 1.тахикардия
 - 2.схваткообразная боль
 - 3.локализованная, умеренная боль
 - 4.внезапно возникающая интенсивная боль
 - 5.жидкий стул

Номер вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Эталон ответа	3	4	4	1	1	2	1	1	5	4

Тема №9 «Заболевания желчевыводящих путей и печени. Желчекаменная болезнь. Холедо-холитиаз, холангиты, опухоли. Постхолецистэктомический синдром.»

1. Чрескожная чреспеченочная холангиография является методом, позволяющим диагностировать:

1. абсцесс печени
2. внутрипеченочный сосудистый блок
3. билиарный цирроз печени
4. непроходимость желчных путей при механической желтухе
5. хронический гепатит

2. Распознаванию причины механической желтухи более всего способствует:

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

3. Возникновение гнойного холангита наиболее часто связано:

1. с забросом кишечного содержимого через ранее наложенный билиодигестивный анастомоз
2. со стенозирующим папиллитом
3. с опухолью головки поджелудочной железы
4. с псевдотуморозным панкреатитом

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

1. слепой кишкой
2. малой кривизной желудка
3. двенадцатиперстной кишкой
4. тощей кишкой
5. ободочной кишкой

5. Общий желчный проток должен быть обследован у больных:

1. механической желтухой
2. панкреатитом
3. при расширении общего желчного протока
4. с клиникой холедохолитиаза
5. во всех перечисленных ситуациях

6. Желчные камни чаще всего состоят:

1. из холестерина
2. из цистина
3. из оксалатов
4. из солей желчных кислот
5. из мочевой кислоты

7. Противопоказанием к лапароскопической операции на билиарной системе является:

1. камень в пузырном протоке
2. холедохолитиаз
3. несколько операций на органах брюшной полости в анамнезе, выраженный спаечный процесс в брюшной полости
4. эмпиема желчного пузыря

8. К осложнениям острого холецистита не относится:

1. механическая желтуха
2. перихоледохеальный лимфаденит
3. перитонит
4. варикозное расширение вен пищевода
5. острый холангит

9. Желчнокаменной болезнью болеют чаще:

1. молодые мужчины
2. молодые женщины
3. пожилые мужчины
4. пожилые женщины

10. При желчно-каменной болезни, показано:

1. плановая холецистэктомия
2. консервативное лечение
3. холецистостомия
4. экстренная холецистэктомия

Номер вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Эталон ответа	4	3	1	3	5	1	3	4	4	1

Тема №10 «Бактериальные и паразитарные абсцессы печени. Эхинококкоз печени.»

1. Заболевание, ведущее к образованию абсцессов печени, связанное с проникновением инфекции по билиарному пути:

1. деструктивный аппендицит
2. холангит
3. сепсис
4. язвенный колит
5. пенетрирующая язва 12-п. кишки

2. Заболевание, ведущее к образованию абсцессов печени, связанное с проникновением инфекции по венозному пути:

1. деструктивный аппендицит
2. холангит
3. сепсис
4. гепатит
5. пенетрирующая язва 12-п. кишки

3. Заболевание, ведущее к образованию абсцессов печени, связанное с проникновением инфекции по контактному пути:

1. деструктивный аппендицит
2. холангит
3. сепсис
4. гепатит
5. деструктивный холецистит

4. Основными симптомами абсцессов печени являются (один ответ лишний):

1. гектическая лихорадка
2. желтуха
3. метеоризм
4. проливные поты
5. боль в правом подреберье

5. Рентгенологические признаки абсцесса печени (один ответ лишний):

1. высокое стояние правого купола диафрагмы
2. ограничение подвижности правого купола диафрагмы
3. чаши Клойбера
4. в проекции печени уровень жидкости с газом над ним
5. сочувственный выпот в правой плевральной полости

6. Наиболее информативный способ диагностики абсцессов печени:

1. ЯМРТ
2. УЗИ
3. ЭРПХГ
4. рентгенологическое исследование
5. лапароскопия

7. Оптимальный способ диагностики абсцессов печени:

1. КТ
2. рентгенологическое исследование печени
3. ЭРПХГ
4. радиоизотопное исследование
5. целиакография

8. Пути проникновения микрофлоры, вызывающей абсцедирование, в ткань печени (один ответ лишний):

1. билиарный
2. лимфогенный
3. венозный
4. артериальный
5. контактный

9. Методы хирургического лечения абсцесса печени (один ответ лишний):

1. иссечение абсцесса
2. чрезкожное наружное дренирование под контролем УЗИ
3. лапаротомия, дренирование абсцесса
4. торакотомия, дренирование абсцесса
5. резекция печени с унесением абсцесса

10. В диагностике паразитарных абсцессов печени ведущее значение имеет:

1. серологическое исследование крови
2. УЗИ
3. КТ
4. ЭРПХГ
5. рентгенологическое исследование печени

Номер вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Эталон ответа	2	1	5	3	3	1	1	2	2	1
---------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Тема №11 «Синдром портальной гипертензии. Кровотечение из расширенных вен пищевода и кардии. Болезнь Бадда-Киари.»

1. Формы портальной гипертензии (один ответ лишний):

- | | |
|-------------------|---------------------|
| 1. предпеченочная | 3. внутрипеченочная |
| 2. субпеченочная | 4. надпеченочная |
| | 5. смешанная |

2. Внутрипеченочная форма портальной гипертензии наиболее часто обусловлена:

- | | |
|--|-----------------------------|
| 1. циррозом печени | 4. тромбозом воротной вены |
| 2. синдромом Бадда-Киари | 5. сдавлением воротной вены |
| 3. трансформацией и атрезией воротной вены | |

3. Признаки портальной гипертензии (один ответ лишний):

1. спленомегалия
2. расширение вен пищевода и кардии желудка
3. расширение вен передней брюшной стенки в виде "головы медузы"
4. асцит
5. дилатация холедоха

4. Осложнения цирроза печени (один ответ лишний):

- | | |
|---|------------------------------------|
| 1. кровотечение из расширенных вен пищевода | 3. печено-почечная недостаточность |
| 2. печеночная недостаточность | 4. спленомегалия |
| | 5. диабет |

5. Методы хирургического лечения портальной гипертензии (один ответ лишний):

1. наложение мезентерикокавального анастомоза
2. оменторенопексия
3. оментогепатопексия
4. перевязка селезеночной вены
5. наложение прямого портокавального анастомоза

6. Способы остановки кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода (один ответ лишний):

- | | |
|---------------------------------|---------------------------------------|
| 1. использование зонда Блэкмора | 4. применение гемостатической терапии |
| 2. хирургические методы | 5. применение гепатопротекторов |
| 3. эндоскопические методы | |

7. Способы эндоскопической остановки кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода (один ответ лишний):

1. введение флебосклерозирующих препаратов в просвет вены
2. введение флебосклерозирующих препаратов паравенозно
3. прошивание вен
4. орошение ваготилом
5. лигирование вен

8. Методы хирургического лечения кровотечений из варикозно-расширенных вен пищевода (один ответ лишний):

1. чрезжелудочная перевязка расширенных вен пищевода и кардии
2. пересечение и сшивание пищевода с помощью хирургических аппаратов
3. проксимальная резекция желудка и абдоминального отдела пищевода
4. наложение сосудистого прямого портокавального анастомоза
5. гастрэктомия

9. Причиной портальной гипертензии чаще всего является:

- | | |
|------------------------|-----------------------------------|
| 1. Перикардит | 4. Квадрифуркация портальной вены |
| 2. Синдром Бадда-Киари | 5. Тромбоз селезеночной вены |

3. Цирроз печени с внутрипеченочным блоком
 10. Для определения функционального состояния печени у больных циррозом печени с синдромом портальной гипертензии применяют:

- | | |
|--------------------|-------------------|
| 1. Шкалу Рамсон | 4. Критерии Чайлд |
| 2. Индекс Алговера | 5. Шкалу Глазго |
| 3. Шкалу Апгар | |

Номер вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Эталон ответа	2	1	5	5	4	5	3	5	3	4

Тема №12 «Заболевания селезенки.»

1. Селезенка кровоснабжается из системы:

1. верхней брюшной артерии
2. чревного ствола
3. нижней брюшной артерии

2. Болезнь Верльгофа – заболевание, обусловленное преимущественным нарушением:

1. тромбоцитарного аппарата
2. эритропоэза
3. лейкопоэза

3. Показания к спленэктомии при болезни Верльгофа являются:

1. безуспешность кортикостероидной терапии
2. частые рецидивы заболевания
3. все перечисленное

4. Наследственная гемолитическая анемия (микросфероцитарная) это болезнь:

1. Шоффара
2. Гоше
3. Верльгофа

5. Показанием к спленэктомии при болезни Гоше являются:

1. выраженные явления гиперспленизма
2. геморрагическом синдроме
3. гепатоспленомегалии
4. все перечисленное

6. При селезеночной форме лимфогранулематоза показаниями к спленэктомии являются:

1. тромбоцитопения
2. гемолитический компонент
3. все перечисленное

7. При малярийной спленомегалии показанием к спленэктомии является:

1. при неэффективной консервативной терапии
2. резкое увеличение селезенки
3. все перечисленное

8. При лейшманиозе показанием к спленэктомии является

1. спленомегалия с гиперспленизмом
2. геморрагические явления
3. все перечисленное

9. Инфаркт селезенки является следствием:

1. эмболии или тромбоза ветвей селезеночной артерии
2. эмболия или тромбоз верхней брюшной артерии

10. При абсцессе селезенки показано:

1. вскрытие и дренирование абсцесса
2. активная аспирация
3. спленэктомия

Номер вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Эталон ответа	2	1	3	1	4	3	3	3	1	3

Тема №13 «Заболевания поджелудочной железы. Острый и хронический панкреатит. Опухоли поджелудочной железы.»

1. Наиболее часто при остром панкреатите боли иррадируют:

1. в область правого плеча
2. в паховую область
3. в область спины
4. в левое бедро

2. У больного с острым панкреатитом развилась желтуха. Почему это произошло:

1. из-за гепатита
2. в связи с развившимся тромбофлебитом воротной вены
3. в связи со сдавлением холедоха
4. из-за калькулёзного холецистита

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

1. цистогастростомия
2. цистоеюностомия с межкишечным анастомозом
3. цистоеюностомия на отключенной петле
4. ни один из перечисленных анастомозов
5. все перечисленные анастомозы

- 4. Симптом курвуазье это:**
- 1.пальпация увеличенного болезненного желчного пузыря
 - 2.пальпация увеличенного безболезненного желчного пузыря
 - 3.отсутствие желчного пузыря при пальпации
 - 4.наличие сморщенного желчного пузыря
- 5. Симптом Курвуазье характерен для:**
- 1.острого холецистита
 - 2.острого панкреатита
 - 3.опухоли головки поджелудочной железы
 - 4.холедохолитиаза
- 6. Фактором, способствующим развитию острого панкреатита, является:**
- 1.недоедание
 - 2.переутомление
 - 3.приём алкогольных напитков
 - 4.переохлаждение
- 7. Наиболее информативным методом диагностики острого панкреатита является:**
- 1.ангиография
 - 2.обзорная рентгенография органов брюшной полости
 - 3.УЗИ органов брюшной полости
 - 4.ФГДС
- 8. При обзорной рентгенографии органов брюшной полости можно заподозрить острый панкреатит при выявлении:**
- 1.уровней жидкости в кишке
 - 2.свободного газа в брюшной полости
 - 3.раздутой газом поперечно-ободочной кишки
 - 4.ограничение подвижности диафрагмы
- 9. Для подтверждения острого панкреатита необходимо произвести:**
- 1.исследование крови на гемоглобин
 - 2.исследование крови на сахар
 - 3.исследование крови на амилазу
 - 4.исследование крови на общий белок
- 10. Шок и коллапс при остром деструктивном панкреатите обусловлен:**
- 1.отёком поджелудочной железы
 - 2.сдавлением дистального отдела холедоха
 - 3.ферментной токсемией
 - 4.билиарной гипертензией

Номер вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Эталон ответа	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3

Тема №14 «Хирургическое лечение заболеваний инсулярного аппарата поджелудочной железы. Осложнения. Сахарный диабет. Инсулома.»

1. Выберите заболевание, при котором встречается симптоматический сахарный диабет:

1. болезнь и синдром Иценко-Кушинга
2. хронический гепатит
3. хронический пиелонефрит

2. Укажите факторы риска развития инсулинзависимого сахарного диабета:

1. ожирение
2. наличие антител к островковым клеткам
3. гипертоническая болезнь

3. Основные факторы патогенеза сахарного диабета первого типа:

1. инсулиновая недостаточность и повышение контринсулярных гормонов
2. инсулинорезистентность и деструкция бета-клеток
3. деструкция бета-клеток и инсулиновая недостаточность

4. Укажите этиологические факторы сахарного диабета первого типа:

1. аутоиммунное поражение островков Лангерганса с развитием инсулита и вирусное поражение бета – клеток
2. психическая травма
3. ожирение

5. Основные факторы патогенеза сахарного диабета первого типа:

1. инсулиновая недостаточности повышение контринсулярных гормонов
2. деструкция бета-клеток и инсулиновая недостаточность
3. деструкция бета-клеток и инсулиновая недостаточность

6. Причиной развития сахарного диабета при болезни Иценко-Кушинга является:

1. инактивация инсулина

2. усиление глюконеогенеза
3. нарушение чувствительности тканей к инсулину

7. Какой из гормонов стимулирует липогенез:

1. адреналин
2. соматотропный гормон
3. инсулин

8. Самым активным стимулятором секреции инсулина является:

1. глюкоза
2. фруктоза
3. аминокислоты

9. Прохождение глюкозы через мембрану клетки без участия инсулина происходит в следующих тканях:

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 1. мозговом слое почек | 3. оба варианта |
| 2. нервной ткани, ткани хрусталика | 4. нет верного ответа |

10. Какие из перечисленных ниже механизмов действия присущи инсулину:

1. торможение липолиза
2. усиление процессов утилизации аминокислот и синтеза белка
3. усиление глюконеогенеза

Номер вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Эталон ответа	1	2	3	1	3	2	3	1	3	1

Тема №15 «Ульцерогенная аденома. Синдром Золлингера –Эллисона. Заболевания надпочечников. Опухоли мозгового слоя надпочечников. Опухоли коркового слоя надпочечников.»

1. Глюкостерома - гормонально активная опухоль коры надпочечников, в основном продуцирующая:

- | | |
|----------------|-------------------------|
| 1. андрогены | 4. глюкокортикостероиды |
| 2. альдостерон | 5. адреналин |
| 3. эстрогены | |

2. Кортизестерома - опухоль коры надпочечников, продуцирующая в основном:

- | | |
|----------------|--------------------|
| 1. андрогены | 4. глюкокортикоиды |
| 2. эстрогены | 5. адреналин |
| 3. альдостерон | |

3. Андростерома - гормонально-активная опухоль коры надпочечников, продуцирующая в основном:

- | | |
|----------------|--------------------|
| 1. андрогены | 4. глюкокортикоиды |
| 2. эстрогены | 5. адреналин |
| 3. альдостерон | |

4. Феохромоцитома - гормонально-активная опухоль, продуцирующая:

- | | |
|--------------------------------------|-----------------------------|
| 1. адреналин, норадреналин и дофамин | 4. альдостерон и 17 - ОКС |
| 2. эстерон и В - эстрадиол | 5. андостерон и тестостерон |
| 3. кортизол и кортизон | |

5. Причинами развития хронической недостаточности коры надпочечников могут быть:

1. аутоиммунное поражение надпочечников
2. туберкулез
3. опухоли или метастазы рака в надпочечники
4. кровоизлияния в надпочечники или тромбоз сосудов надпочечников
5. все перечисленное

6. Синдром Шмидта проявляется сочетанием:

1. идиопатической Аддисоновой болезни и сахарного диабета
2. аддисоновой болезни и скрытого аутоиммунного тиреоидита
3. аддисоновой болезни и несахарного диабета
4. аддисоновой болезни и снижением когнитивных функций
5. аддисоновой болезнью и снижением зрения

7. Аддисонический криз проявляется:

1. резкой дегидратацией, коллапсом, острой сердечно - сосудистой недостаточностью, нарушении функций почек, гипотермией
2. отеками, сердечной недостаточностью
3. гипергликемией
4. гипертонией, нарушением функций почек, отеками
5. возбуждением, гипертермией, гипертензией

8. Синдром Ватерхауза-Фридерихсена развивается преимущественно:

1. в период сениума
2. в возрасте 20-45 лет
3. в пубертатном периоде
4. у новорожденных и рожениц
5. в период менопаузы

9. Криз при феохромоцитоме характеризуется:

1. возбуждением, беспричинным страхом, гипертермией, бледностью кожных покровов
2. ступором, гипотермией, гипотензией
3. гипертермией, эйфорией, гиперемией
4. сопором
5. возбуждением, гипертермией, гиперемией, гиперактивностью, тремором

10. Повышение уровня артериального давления у больных с феохромоцитомой в отличие пациентов с гипертензивной болезнью купируется:

1. Б-блокаторами
2. нитратами
3. ингибиторами АПФ
4. а- адреноблокаторами
5. блокаторами кальциевых каналов

Номер вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Эталон ответа	4	2	1	1	5	2	1	4	1	4

Тема № 16 «Заболевания щитовидной железы. Спорадический зоб, Тиреотоксикоз. Тиреоидиты и струмиты. Заболевания паращитовидных желез.»

1. Не является признаком тиреотоксического сердца:

1. мерцательная аритмия
2. кардиодилатация
3. систолический шум на верхушке
4. высокое систолическое давление
5. низкое систолическое давление

2. На 2 день после операции по поводу диффузного токсического зоба у больного внезапно появилось двигательное и

Психическое возбуждение, тахикардия 130 уд/мин, температура 39,8°С. Диагноз:

1. гиперпаратиреоз
2. гипопаратиреоз
3. тиреотоксический криз
4. гипотиреоз
5. тиреоидит оставшейся части щитовидной железы

3. Для тиреотоксического криза характерно все, кроме:

1. потери сознания
2. симптома Хвостека
3. гипертермии
4. тахикардии
5. нервнопсихических расстройств

4. Осложнением, не характерным для операций на щитовидной железе является:

1. кровотечение
2. воздушная эмболия
3. жировая эмболия
4. повреждение трахеи
5. поражение возвратного нерва

5. Для болезни Гревса - Базедова не характерно наличие:

1. зоба
2. тахикардии
3. экзофтальма
4. диастолического шума на верхушке сердца
5. все перечисленное характерно для данного заболевания

6. Наиболее частым осложнением струмаэтомии является:

1. повреждение возвратного нерва
2. рецидив тиреотоксикоза
3. тетания
4. гипотиреоз
5. прогрессирующий экзофтальм

7. Судороги, симптомы хвостека и труссо после струмэктомии говорят:

1. за гипотиреоз
2. за тиреотоксический криз
3. за травму гортанных нервов
4. за гипопаратиреоз
5. за остаточные явления тиреотоксикоза

8. У больной, оперированной по поводу диффузного зоба с явлениями тиреотоксикоза средней тяжести, на следующий день после операции - парестезии в области кончиков пальцев рук, ощущения "мурашек". Затем появился симптом "руки акушера", боли в мышцах предплечья. У больной в качестве осложнения можно предположить:

1. гипотиреоидную реакцию
2. гипертиреоидную реакцию
3. паратиреоидную недостаточность
4. гиперпаратиреоз
5. повреждение n.vagus

9. Больной 45 лет был оперирован по поводу гипертиреоидного зоба. Сразу же после операции у больного появились осиплость голоса, стал поперхиваться. У данного больного в качестве осложнения струмэктомии возникло:

1. повреждение трахеи
2. повреждение n.laringeus recurrens
3. инородное тело гортани
4. гематома
5. тиреотоксический криз

10. У больной 35 лет через двое суток после субтотальной резекции щитовидной железы по поводу диффузного тиреотоксического зоба появилось онемение кончиков пальцев рук, скованность в конечностях, подрагивание мышц лица. Диагноз:

1. повреждение верхнего гортанного нерва во время операции
2. гипотиреоз
3. гипопаратиреоз вследствие операционной травмы паратиреоидных желез
4. гиперпаратиреоз
5. тиреотоксический шок

Номер вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Эталон ответа	5	3	2	3	4	4	4	3	2	3

Тема №17 «Заболевания сердца. Врожденные пороки сердца. Приобретенные пороки сердца.»

1. Митральный стеноз, чаще всего, формируется вследствие:

1. миокардита
 2. ревматизма
 3. инфекционного эндокардита
 4. всего перечисленного
2. Симптомы нарушения кровообращения при митральном стенозе появляются при уменьшении площади митрального отверстия:

1. до 3-3,5 см²
2. до 2-2,5 см²
3. до 1 см²
4. менее 1 см²

3. Гемодинамика малого круга кровообращения при митральном стенозе характеризуется:

1. повышением легочно-капиллярного давления
2. гиперволемией
3. гиповолемией
4. правильно 1 и 2
5. правильно 1 и 3

4. Легочная гипертензия наблюдается при всех перечисленных пороках, за исключением:

1. порока митрального клапана
2. наличия сброса крови слева направо
3. стеноза легочной артерии
4. эмболии легочной артерии

5. Критерием митрального стеноза при аускультации являются все перечисленные признаки, кроме

1. хлопающего первого тона
2. раздвоенного первого тона и акцента второго тона
3. диастолического шума с пресистолическим усилением
4. систолического шума

6. Более частой причиной возникновения аортального стеноза является все перечисленное, кроме:

1. ревматизма
2. сифилиса

3. атеросклероза 5. инфекционного эндокардита

4. красной волчанки

7. Аортальная недостаточность возникает вследствие:

1. дилатации фиброзного кольца 4. укорочения створок

2. сращения створок по комиссурам 5. правильно 1 и 4

3. утолщения створок

8. Расширение восходящего отдела аорты характерно для:

1. митрального стеноза 4. митральной недостаточности

2. аортальной недостаточности 5. митрально-аортального стеноза

3. аортального стеноза

9. Наиболее частой причиной смерти при аортальном стенозе являются:

1. сердечная недостаточность 4. коронарная недостаточность

2. нарушения внутрисердечной гемодинамики 5. отек легких

3. нарушения ритма

10. Высокое систолическое давление в левом желудочке характерно для:

1. митральной недостаточности 3. митрального стеноза

2. аортального стеноза 4. аортальной недостаточности

Номер вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Эталон ответа	2	2	4	3	4	2,5	5	3	4	2

Тема №18 «Ишемическая болезнь сердца. Постинфарктная аневризма сердца. Перикардит.»

1. Для вариантной стенокардии Принцметалла не характерно:

1. на ЭКГ - подъем сегмента ST над изолинией

2. при ЭКГ-исследовании — смещение сегмента ST вниз

3. нарушение ритма и проводимости

4. приступы стенокардии чаще всего возникают в ночное время

5. препаратами выбора в лечении являются антагонисты кальциевых каналов

2. Характерным ЭКГ-признаком наличия постинфарктной аневризмы сердца является:

1. застывший подъем сегмента ST

4. атриовентрикулярная блокада 1 степени

2. стойкое снижение сегмента ST

5. отсутствие зубца Q

3. блокада левой ножки пучка Гиса

3. Для инфаркта правого желудочка не характерны:

1. гипотония

4. парадоксальный пульс

2. отек легких

5. симптом Куссмауля

3. повышение центрального венозного давления

4. Ветвью правой коронарной артерии не является:

1. конусная артерия

4. ветвь тупого края

2. ветвь правого желудочка

5. ветвь синусового узла

3. ветвь острого края

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

1. частота стенокардических приступов

2. уровень толерантности к физической нагрузке при велоэргометрии

3. количество желудочковых экстрасистол при нагрузке

4. регулярность выполнения физических упражнений

5. курение более 20 сигарет в день

6. Для больных с нестабильной стенокардией следующие положения не являются правильными:

1. поражение ствола левой коронарной артерии встречается чаще, чем у больных со стабильной стенокардией

2. больные с транзиторным подъемом сегмента ST во время приступа имеют плохой прогноз

3. больные имеют повышенный риск смерти или развития инфаркта миокарда в течение первых 3 месяцев

4. больные с эпизодами пролонгированных ишемических болей при отсутствии объективных данных за инфаркт миокарда имеют такую же смертность в течение первого года, как и больные с перенесенным инфарктом миокарда

5. риск внезапной смерти или инфаркта миокарда в течение первых 2-3 недель после возникновения нестабильности превышает 30%

7. При остром инфаркте миокарда к важным прогностическим показателям не относятся:

1. нормальная толерантность к физической нагрузке в постинфарктном периоде
2. фракция выброса более 50%
3. величина подъема сегмента ST в острой фазе заболевания
4. возникновение клиники сердечной недостаточности во время острого периода
5. возврат стенокардических болей в раннем постинфарктном периоде
6. верно 1 и 2

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

1. периоперационный инфаркт составляет 4—6%
2. нет различий в проходимости между аутовенозными, аортокоронарными и маммарно-коронарными шунтами в течение первого года после операции
3. имеются значительные различия в проходимости между аутовенозными и маммарными шунтами через 10 лет после операции
4. во внутренней грудной артерии через 10 лет патологические изменения практически отсутствуют, в то время, как встречаются более чем в 50% в венозных шунтах
5. прогноз больных улучшается при применении маммарно-коронарного шунтирования передней межжелудочковой ветви

9. Наиболее важным фактором, влияющим на возвращение больного на работу после аортокоронарного шунтирования, является:

1. интенсивность стенокардии до операции
2. количество шунтированных артерий
3. работал ли больной непосредственно перед операцией
4. продолжительность стенокардии до операции
5. полное исчезновение симптоматики после операции

10. Показанием к аортокоронарному шунтированию является:

1. тяжелая стенокардия, рефрактерная к медикаментозному лечению
2. поражение ствола левой коронарной артерии
3. трехсосудистое поражение
4. предшествующий инфаркт миокарда и клиника застойной сердечной недостаточности

Номер вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Эталон ответа	2	1	2	4	2	4	6	2,4	5	1

Тема №19 «Заболевания артерий. Атеросклеротическое поражение артерий. Облитерирующий эндартериит. Болезнь Рейно.»

1. Наиболее частая причина поражения аорты и ее ветвей:

1. неспецифический аортоартериит
2. облитерирующий эндартериит
3. атеросклероз
4. заболевания крови

2. Систолический шум в проекции артерии выслушивается при:

1. стенозе
2. окклюзии
3. тромбозе
4. тромбоземболии

3. При синдроме Лериша пульсация будет определяться на:

1. бедренных артериях.
2. на подколенных артериях.
3. на передних большеберцовых берцовых артериях
4. будет отсутствовать на всех сочленениях нижних конечностей

4. При облитерирующем эндартериите наиболее часто поражаются:

1. грудной отдел аорты
2. сонные артерии
3. дуга аорты
4. артерии голени
5. брюшная аорта
6. бедренные артерии

5. В диагностике заболеваний аорты и ее ветвей наиболее информативным методом является:

1. реовазография
2. термография
3. компьютерная томография
4. ультразвуковая доплерография
5. аорто-артериография

6.Симптом «плантарной ишемии» характерен для:

1. посттромбофлебитической болезни
2. облитерирующего атеросклероза
3. облитерирующего эндартериита
4. диабетической ангиопатии
5. болезни Рейно

7. Синдрома Лериша это:

1. окклюзия сонных артерий
2. окклюзия бифуркации аорты и подвздошных артерий
3. сегментарная окклюзия бедренных артерий
4. окклюзия артерий голени
5. капиллярнопатия дистальных отделов конечности

8.Наиболее эффективным методом хирургического лечения синдрома Лериша является:

1. поясничная симпатэктомия по Диецу
2. грудная симпатэктомия по Огневу
3. эндоваскулярная ангиопластика
4. протезирование
5. обходное шунтирование

9.Для облитерирующего атеросклероза III ст. характерно:

1. варикозное расширение подкожных вен
2. «перемежающаяся хромота» через 150 метров
3. трофическая язва стопы
4. боли покоя
5. потеря веса

10.Какое лечение показано больному с облитерирующим заболеванием во II А стадии?

1. хирургическое
2. консервативное
3. санаторно-курортное
4. лечебная физкультура
5. фитотерапия

Номер вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Эталон ответа	3	1	4	4	5	3	2	5	4	2,4

Тема №20 «Тромбозы и эмболии. Эмболия легочной артерии.»

1. Для операции эмболэктомии целесообразно использовать баллонный катетер:

1. Фогарти
2. «Дует»
3. катетер Рашкинда
4. любой баллонный катетер

2. Условиями радикальной эмболэктомии являются:

1. восстановление хорошего центрального кровотока
2. восстановление хорошего ретроградного кровотока
3. полное удаление тромботических масс из дистального русла
4. все перечисленное

3. Интраоперационная профилактика тромбоза после реконструкции достигается:

1. гепаринизацией
2. введением низкомолекулярных декстранов
3. адекватной реконструкцией и тщательным наложением сосудистых анастомозов
4. гемодилюцией
5. все перечисленное

4. Какая наиболее частая локализация острых эмболических окклюзий артерий конечностей:

1. бифуркация аорты
2. плечевая артерия
3. подвздошная артерия
4. бедренная артерия

5. Применение антикоагулянтов обязательно при :

1. эндартериите
2. атеросклерозе
3. диабетической ангиопатии
4. тромбозах

6. Основные лечебные мероприятия при тромбозах включают в себя все, кроме введения:

1. антибиотиков
2. спазмолитиков
3. реологических препаратов
4. антикоагулянтов

7. При ШБ стадии острой ишемии показано:

1. консервативное лечение
2. введение наркотических препаратов
3. первичная ампутация
4. восстановительная операция на сосудах

8. При IА стадии острой ишемии показано:

- 1.немедленная восстановительная операция
- 2.первичная ампутация
- 3.антикоагулянты, реологическая терапия

9. Характерный признак IIА степени острой ишемии:

- 1.парестезии, похолодание кожи
- 2.изменение чувствительности, уменьшение движений
- 3.постишемический отек
- 4.отсутствие движений в суставах

10. Уровень ампутации при III Б степени острой ишемии нижней конечности:

- 1.на уровне голеностопного сустава
- 2.на уровне В/3 голени
- 3.на уровне В/3 бедра
- 4.на уровне коленного сустава

Номер вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Эталон ответа	4	4	5	3	4	1	3	3	2	3

Тема №21 «Заболевания вен нижних конечностей. Пороки развития. Тромбофлебиты нижних конечностей. Профилактика тромбофлебитов. Илеофemorальный тромбоз.»

1. При остром глубоком илеофemorальном тромбозе операция флебэктомии показана:

1. в первые сутки от начала заболевания
2. в первые 10 дней от начала заболевания
3. не показана

2. Для флебографии подвздошных и полых вены целесообразней применить:

1. дистальную ангиографию
2. проксимальную тазовую флебографию
3. внутрикостную флебографию
4. лимфографию

3. Одним из основных признаков острого тромбофлебита глубоких вен является:

1. отек конечности
2. уменьшение объема конечности
3. бледность пораженной конечности
4. гиперемия конечности

4. Одним из основных признаков острого поверхностного тромбофлебита является:

1. отек конечности
2. бледность кожных покровов конечности
3. снижение температуры пораженной конечности
4. болезненный тяж по ходу подкожной вены

5. Синдром нижней полых вен чаще всего является следствием:

1. острого восходящего флеботромбоза глубоких вен
2. рожистого воспаления
3. варикозного расширения вен нижних конечностей
4. острой артериальной непроходимости

6. Прокходимост венной системы после острого тромбофлебита восстанавливается вследствие:

1. реканализации тромба
2. «самолизиса» тромба
3. компенсаторного расширения вен
4. включения дооплнительного кровотока по вновь образованным венам

7. Наиболее точное представление о состоянии клапанного аппарата и анатомии глубоких вен конечности дает:

1. ангиография
2. флебография
3. лимфография
4. ультразвуковая доплерография

8. Операция Линтона при варикозном расширении вен нижних конечностей заключается в:

1. надфасциальной перевязкой несостоятельных коммуникантных вен
2. флебэктомии при помощи зонда Бэбкокка
3. флебэктомии из отдельных разрезов на коже
4. субфасциальной перевязке несостоятельных коммуникантных вен

9. Трофическая язва голени при варикозной болезни возникает при:

1. несостоятельности клапанов перфорантных вен
2. несостоятельности клапанов поверхностных вен

3. несостоятельности клапанов глубоких вен
4. несостоятельности остиального клапана

10. Операция Мюллера-Эшера заключается в:

1. флебэктомии при помощи лампасных разрезов
2. флебэктомии при помощи крючков-флебэкстракторов
3. флебэктомии при помощи пластикового зонда
4. флебэктомии при помощи отдельных разрезов на коже

Эталоны ответов:

Номер вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Эталон ответа	3	2	1	4	1	1	2	4	1	2

Тема №22 «Посттромбофлебитический синдром. Лечение трофических язв»

1. Посттромботическая болезнь – это:

- 1 патологический симптомокомплекс, развивающийся послетромбоза поверхностных вен;
- 2 патологический симптомокомплекс, развивающийся послетромбоза глубоких вен;
- 3 патологический симптомокомплекс, развивающийся послесистемных заболеваний сосудов нижних конечностей.

2. Посттромбофлебитическая болезнь преимущественно поражает:

1. подколенно-тибиальный сегмент
2. бедренно-тибиальный сегмент
3. подвздошно-бедренный сегмент
4. илеокавальный сегмент
5. нижнюю полую вену

3. Патофизиология венозной гемодинамики при посттромбофлебитической болезни, в первую очередь, связана с:

1. наличием варикозного расширения поверхностных вен
2. патологическим сбросом венозной крови из глубокой венозной системы в поверхностную
3. развитием венозной гипертензии в нижней конечности
4. разрушением клапанов коммуникантных вен
5. всем перечисленным

4. Типичный симптомокомплекс при посттромбофлебитической болезни не включает:

1. боли в нижней конечности
2. отека нижней конечности
3. отсутствия пульса на стопе
4. вторичного варикозного расширения вен
5. пигментацию и индурацию кожи на голени

5. К наиболее распространенным формам посттромбофлебитической болезни относятся:

1. отечно-болевая
2. варикозно-язвенная
3. трофическая
4. правильно А и Б
5. правильно все перечисленное

6. В диагностике посттромбофлебитической болезни для решения вопроса о хирургическом лечении определяющим методом диагностики являются:

1. функциональные пробы
2. радионуклидная флебография
3. ультразвуковая доплерография
4. контрастная флебография
5. компьютерная томография

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

1. операция по имплантации искусственных клапанов в глубокую венозную систему
2. операция Кокетта
3. экстравазальная коррекция клапанов глубоких вен
4. аутовенозное шунтирование и протезирование глубоких вен
5. операция Линтона в сочетании с комбинированной флебэктомией

8. Наиболее частой причиной синдрома верхней поллой вены являются:

1. первичный тромбоз верхней поллой вены

2. злокачественные опухоли средостения и бронхолегочный рак
3. внутригрудные доброкачественные опухоли
4. травма грудной клетки
5. одинаково часто все выше перечисленное

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

1. венозный застой в поверхностных и глубоких венах, туловища и верхних конечностей
2. венозный застой в головном мозгу
3. симптоматика основного заболевания
4. нарушение сердечной гемодинамики
5. все перечисленное

10. В диагностике синдрома верхней полой вены следует использовать:

1. рентгенографию грудной клетки
2. флебографию
3. флеботонометрию
4. эхолокацию
5. все перечисленное

Эталоны ответов:

№ вопроса	№ 1	№ 2	№ 3	№ 4	№ 5	№ 6	№ 7	№ 8	№ 9	№ 10
№ ответа	2	3	3	3	4	4	5	2	5	5

Тема №23 «Заболевания прямой кишки (пороки развития, геморрой, трещины заднего прохода, полипы).»

1. В возникновении геморроя общепризнанной считается теория:

- 1.инфекционная
- 2.механическая
- 3.эндо- и экзогенных интоксикаций
- 4.гипертрофия кавернозных тел
- 5.нейрогенная

2. При боли, незначительной кровоточивости из прямой кишки после дефекации, запорах, стул обоязни вероятнее предположить:

- 1.геморрой
- 2.параректальный свищ
- 3.трещину анального канала
- 4.рак прямой кишки
- 5.хронический папиллит

3. При кровотечении после дефекации в виде капель крови и зуде в области анального отверстия можно думать о:

- 1.параректальном свище
- 2.геморрое
- 3.раке прямой кишки
- 4.полипе прямой кишки
- 5.трещине анального канала

4. К облигатным предракам ободочной кишки относят:

- 1.ювенильные полипы
- 2.одиночный полип ободочной кишки
- 3.регионарный энтерит
- 4.терминальный илеит
- 5.диффузный семейный полипоз

5. Большую склонность к малигнизации имеют полипы толстой кишки:

- 1.гиперпластические
- 2.ворсинчатые
- 3.аденоматозные
- 4.множественные аденоматозные
- 5.индекс малигнизации одинаков во всех случаях

6. У мужчины в возрасте 42 лет при фиброколоноскопии обнаруживают полип прямой кишки на ножке с диаметром 1,0 см. Последующая лечебная тактика состоит в следующем:

1. Ирригография с двойным контрастированием
2. Передняя резекция прямой кишки
3. Эндоскопическая полипэктомия
4. Проба на скрытую кровь
5. Генетический скрининг

7. В каких случаях показано хирургическое лечение гемороя II и III степени?

1. Осложненные случаи
2. Беременность
3. Выраженная анемизация больного
4. Портальная гипертензия
5. Рак прямой кишки IV степени

8. Какой симптомокомплекс характерен для анальной трещины?

1. Жгучая боль при дефекации и после нее

2. Спазм анального сфинктера
3. Изъятие задней анальной комиссуры со сторожевыми полипами
4. Мелена
5. Сторожевые геморроидальные узлы

9. Какие клинические симптомы могут указать на развитие осложнений геморроя?

1. Истечение алой крови после дефекации
2. Острые анальные боли сразу после дефекации и продляющиеся несколько часов после нее
3. Появление синюшно-багровой эластичной опухоли в анальной области
4. Мелена
5. Озноб

10. Методом выбора в лечении хронической анальной трещины является:

1. Антибиотикотерапия
2. Иссечение трещины с дозированной сфинктеротомией
3. Радиотерапия
4. Гипербарическая оксигенация
5. Спазмолитики

Эталоны ответов

Номер вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Эталон ответа	4	3	3	2	5	1,3	1,3	1,2,3	1,2,3	4

Тема №24 «Рак прямой кишки.»

1. При раке прямой кишки 2-й стадии на 15 см от ануса показана:

1. операция Гартмана
2. брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки, колостомия
3. передняя резекция
4. промежностная ампутация прямой кишки
5. двустольная колостомия

2. Основная гистологическая форма рака толстой кишки:

1. скирр
2. перстневидноклеточный (слизистый)
3. плоскоклеточный (ороговевающий)
4. аденокарцинома
5. недифференцированный

3. Осложнением рака ободочной кишки не может быть:

1. перфорация опухоли
2. периколит
3. острая кишечная непроходимость
4. кровотечение
5. токсический панкреатит

4. При obturationalной кишечной непроходимости вследствие рака сигмовидной кишки у больного 80 лет показана:

1. операция типа Гартмана
2. образование трансверзостомы
3. обходной трансверзосигмоанастомоз
4. резекция сигмовидной кишки с анастомозом конец в конец

5. При острой правосторонней толстокишечной непроходимости при тяжелом состоянии больного показана:

1. правосторонняя гемиколэктомия
2. обходной илеотрансверзоанастомоз
3. подвесная илеостомия
4. цекостомия
5. резекция кишки с опухолью

6. Основными предраковыми заболеваниями при раке прямой кишки являются:

1. Меланомы прямой кишки
2. Полипы прямой и толстой кишок, ворсинчатые опухоли, неспецифический язвенный колит
3. Геморрой и хронические параректальные свищи
4. Неспецифические аноректиты, пектиноз
5. Выпадение прямой кишки

7. Стадиализация опухоли прямой кишки означает:

1. Классификацию в зависимости от степени гистопатологической дифференциации
2. Клиническую классификацию рака прямой кишки
3. Определение степени опухолевой инвазии стенки прямой кишки

4. Определение биологических маркёров рака прямой кишки
5. Комплементарный метод лечения рака прямой кишки
- 8. Специфическими исследованиями для выявления рака прямой кишки являются:**
 1. Компьютерная томография, эксфолиативная цитология
 2. Пальцевое исследование прямой кишки, ректороманоскопия и фиброколоноскопия, ирригография
 3. УЗИ малого таза, определение карциноэмбрионарного антигена
 4. Внутриспросветное УЗИ прямой кишки, лимфография, ангиография
 5. Хромолимфоскопия, трансабдоминальное УЗИ малого таза, эксфолиативная цитология
- 9. Радикальное хирургическое вмешательство при раке прямой кишки предполагает:**
 1. Экстирпацию опухоленесущего сегмента прямой кишки
 2. Экстирпацию прямой кишки и нижнебрыжеечных лимфатических узлов
 3. Экстирпацию прямой кишки или опухоленесущего сегмента прямой кишки вместе с регионарными лимфатическими узлами и окружающей жировой клетчаткой
 4. Расширенную лимфаденэктомию и экстирпацию опухоленесущего сегмента прямой кишки
 5. Резекцию опухоли прямой кишки или прямой кишки вместе с сигмовидной и нисходящей кишками
- 10. Основным хирургическим методом лечения рака прямой кишки является:**
 1. Криохирургия
 2. Электрохирургия
 3. Резекция и ампутация прямой кишки
 4. Расширенная левосторонняя гемиколэктомия и резекция прямой кишки
 5. Резекция опухоли при помощи лазера

Номер вопроса	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Эталон ответа	3	4	5	1	4	2	1	2	3	3

2.2 Перечень тематик рефератов для текущего контроля успеваемости (по выбору преподавателя и/или обучающегося)

Тема №1 «Заболевания и повреждения пищевода. Эзофагоспазм и ахалазия. Дивертикулы пищевода»

1. Клиника, диагностика и лечение дивертикулов пищевода.
2. Эзофагоспазм и ахалазия кардии.

Тема №2 «Химические ожоги и рубцовые сужения пищевода. Принципы лечения. Бужирование (методы, техника, сроки, показания).»

1. Бужирование пищевода – методы, техника, показания и противопоказания.
2. Химические ожоги.

Тема №3 «Показания к созданию искусственного пищевода – виды пластики. Перфорация пищевода.»

1. Особенности хирургического лечения перфорации пищевода.
2. Виды пластики пищевода.

Тема №4 «Бронхоэктазия. Показания к хирургическому вмешательству. Виды операций. Осложнения (ателектаз, коллапс легкого, бронхиальные свищи).»

1. Осложнения бронхоэктатической болезни.
2. Оперативное лечение бронхоэктатической болезни.

Тема №5 «Эмпиема плевры. Острая и хроническая формы. Методы лечения (открытые, закрытые, открыто-закрытые).»

1. Методы лечения эмпиемы плевры.
2. Острая эмпиема плевры.

Тема №6 «Бактериальная деструкция легких. Абсцесс легкого, пиоторакс, пиопневмоторакс. Легочное и внутриплевральное кровотечение. Флегмона грудной стенки.»

1. Острый абсцесс легкого – клиника, диагностика и методы лечения.
2. Флегмона грудной стенки.

Тема №7 «Травма грудной клетки (без осложнений и осложненная). Ушиб легкого, травматическая асфиксия. Ранения грудной клетки. Открытый и клапанный пневмоторакс. Инородные тела в легких.»

1. Виды пневмоторакса.

2. Инородные тела легких.

Тема №8 «Осложнения язвенной болезни. Перфоративная язва. Атипичные перфорации. Болезни оперированного желудка. Гастродуоденальные кровотечения.»

1. Перфоративная язва.

2. Язвенные гастродуоденальные кровотечения.

Тема №9 «Заболевания желчевыводящих путей и печени. Желчекаменная болезнь. Холедо-холитиаз, холангиты, опухоли. Постхолестистэктомический синдром.»

1. Желчекаменная болезнь. Лапароскопическое лечение.

2. РХПГ при холедохолитиазе.

Тема №10 «Бактериальные и паразитарные абсцессы печени. Эхинококкоз печени.»

1. Эхинококкоз печени.

2. Методы лечения абсцессов печени.

Тема №11 «Синдром портальной гипертензии. Кровотечение из расширенных вен пищевода и кар-дии. Болезнь Бадда- Киари.»

1. Диагностика и лечение портальной гипертензии.

2. Тромбоз воротной вены

Тема №12 «Заболевания селезенки.»

1. Синдром гиперспленизма.

2. Спленэктомия при гематологических заболеваниях.

Тема №13 «Заболевания поджелудочной железы. Острый и хронический панкреатит. Опу-холи поджелудочной железы.»

1. Острый панкреатит – классификация и современная тактика лечения.

2. Национальные клинические рекомендации при остром панкреатите.

Тема №14 «Хирургическое лечение заболеваний инсулярного аппарата поджелудочной же-лезы. Осложнения. Сахарный диабет. Инсулома.»

1. Хирургические осложнения сахарного диабета.

2. Инсулома – клиника, диагностика, лечение.

Тема №15 «Ульцерогенная аденома. Синдром Золлингера –Эллисона. Заболевания надпо-чечников. Опухоли мозгового слоя надпочечников. Опухоли коркового слоя надпочечни-ков.»

1. Синдром Золлингера-Эллисона.

2. Феохромоцитомы.

Тема № 16 «Заболевания щитовидной железы. Спорадический зоб, Тиреотоксикоз. Тиреои-диты и струмиты. Заболевания паращитовидных желез.»

1. Тиреотоксикоз – тактика лечения.

2. Гиперпаратиреоз.

Тема №17 «Заболевания сердца. Врожденные пороки сердца. Приобретенные пороки серд-ца.»

1. Врожденные пороки сердца.

2. Приобретенные пороки сердца.

Тема №18 «Ишемическая болезнь сердца. Постинфарктная аневризма сердца. Перикардит.»

1. Хирургическое лечение ИБС.

2. Перикардит.

Тема №19 «Заболевания артерий. Атеросклеротическое поражение артерий. Облетирующий эн-дартериит. Болезнь Рейно.»

1. Облетирующий атеросклероз нижних конечностей.

2. Болезнь Рейно.

Тема №20 «Тромбозы и эмболии. Эмболия легочной артерии.»

1. Классификация острой артериальной непроходимости.

2. Профилактика ТЭЛА.

Тема №21 «Заболевания вен нижних конечностей. Пороки развития. Тромбофлебиты ниж-них конечностей. Профилактика тромбофлебитов. Илеофemorальный тромбоз.»

1. Илиофemorальный венозный тромбоз.

2. Острый поверхностный тромбофлебит вен нижних конечностей.

Тема №22 «Посттромбофлебитический синдром. Лечение трофических язв.»

1. ПТФБ.

2. Современные методы лечения трофических венозных язв.

Тема №23 «Заболевания прямой кишки (пороки развития, геморрой, трещины заднего прохода, полипы).»

1. Оперативное лечение острой анальной трещины.

2. Малоинвазивные операции при геморрое.

Тема №24 «Рак прямой кишки.»

1. Оперативное лечение рака прямой кишки.

2. Осложнения рака прямой кишки.

Темы рефератов могут быть предложены преподавателем из вышеперечисленного списка, а также обучающимся в порядке личной инициативы по согласованию с преподавателем

2.3 Ситуационные задачи

Тема №1 «Заболевания и повреждения пищевода. Эзофагоспазм и ахалазия. Дивертикулы пищевода.»

Ситуационная задача № 1.

Больная 32 лет жалуется на затрудненное прохождение плотной пищи по пищеводу, чувство давления за грудиной, срыгивание и рвоту съеденной пищей. Пища проходит лучше после запивания ее теплой водой, молоком или чаем. При резком откидывании головы и наклоне туловища назад больная иногда чувствовала как пища «проваливалась» в желудок. Больна около 2 лет. Заболевания началось после психической травмы. Состояние удовлетворительное, температура тела нормальная. Живот мягкий, безболезненный. Органы грудной клетки в норме.

Больной проведено контрастное исследование пищевода.

Ваш предварительный диагноз?

Опишите изменения на рентгенограмме.

Какие еще дополнительные исследования следует сделать?

Как лечить больную?

Ответ на ситуационную задачу № 1.

У больной ахалазия пищевода.

На рентгенограмме отмечается равномерное сужение пищевода в кардиальном отделе с гладкими контурами и расширением всего пищевода до места сужения. Больной показана эзофагоскопия.

Консервативное лечение (спазмолитики, седативные средства, ганглиоблокаторы, физиотерапевтическое лечение) редко дают эффект даже в начальных стадиях заболевания. Рекомендуется начать лечение с кардиодилатации аппаратом Штарка, пневмодилататором Плюммера. При неудовлетворительном результате – лечение оперативным путем по методу Геллера в модификации Петровского, Колесова, Березова.

Ситуационная задача №2.

У больного 52 лет полгода назад появились жалобы на боли за грудиной во время приема пищи и почти постоянное чувство сильного жжения в пищеводе, особенно после приема горячей, острой пищи. Появился неприятный запах изо рта. В анамнезе хронический бронхит. Состояние больного удовлетворительное. Температура изредка повышается до субфебрильных цифр. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. В легких единичные сухие хрипы.

Произведено рентгеноконтрастное исследование пищевода, ан. крови.

Ваш предварительный диагноз?

Какие изменения Вы находите на рентгенограмме пищевода?

Какие еще дополнительные исследования необходимо провести больному?

Какую тактику лечения следует избрать?

Ответ на ситуационную задачу № 2.

У больного тракционный дивертикул пищевода, дивертикулит. Больному показана эзофагоскопия, анализ желудочного сока.

Поскольку больной ранее не лечился, ему можно провести курс консервативного лечения: увеличить прием пищи до 4-5 раз, не есть перед сном. Пища должна быть теплой и тщательно прожеванной, необходимо исключить острые продукты и приправы. Перед приемом пищи следует принимать 1 ложку растительного масла, а после еды выпивать стакан минеральной воды. Высокая кислотность желудочного сока должна быть подавлена антацидами, холинолитиками, Н.2 – блокаторами. При отсутствии эффекта консервативного лечения больного следует подвергнуть операции удаления дивертикула с пластикой мышечной стенки пищевода.

Тема №2 «Химические ожоги и рубцовые сужения пищевода. Принципы лечения. Бужиро-

вание (методы, техника, сроки, показания).»

Ситуационная задача № 1.

Больной 40 лет полгода назад на работе по ошибке выпил несколько глотков аккумуляторной жидкости. Долго лечился в терапевтическом стационаре. Выписался в хорошем состоянии, без явлений дисфагии. В течении последнего месяца стал отмечать, что с трудом проходит твердая и кашицеобразная пища, появились боли за грудиной, чувство жжения. Отмечает слабость, похудел. Произведено рентгенологическое исследование пищевода, ан. крови, мочи.

Ваш диагноз?

Какие изменения отмечаются на рентгенограмме пищевода, анализах крови и мочи?

Какие дополнительные исследования показаны больному?

Ответ на ситуационную задачу № 1.

У больного рубцовая стриктура пищевода в средней и нижней трети, эзофагит.

На рентгенограмме – значительное сужение пищевода на протяжении средней и нижней трети, стенки ровные.

Больному показана эзофагоскопия.

Для лечения эзофагита – диета, щелочное питье, противовоспалительные смеси до и после приема пищи (альмагель, гидрогортисон, новокаин и др.), ГБО-терапия.

Для восстановления проходимости по пищеводу – бужирование по проводнику. При невозможности или неудачи бужирования – эзофагопластика.

Ситуационная задача № 2.

Пациент 18 лет год назад выпил глоток нашатырного спирта. Проводилось симптоматическое лечение. Через 3 месяца в связи с дисфагией пациенту была наложена гастростома для кормления.

При осмотре пациент кахектичен, с трудом глотает слюну.

Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения?

Ответ на ситуационную задачу № 2.

Рубцовый стеноз пищевода. Показано двойное контрастирование пищевода. Показано бужирование по струне.

Тема №3 «Показания к созданию искусственного пищевода – виды пластики. Перфорация пищевода.»

Ситуационная задача № 1.

Больной 49 лет болен 3 месяца. Жалуеться на дисфагию, которая постепенно нарастает. Вначале было ощущение застревания твердой пищи, теперь трудно проходит и жидкая. Снижился аппетит. Больной сильно похудел и ослаб. Кожа сухая, пальпируется лимфатический узел в надключичной области, мягкий, подвижный. Легочная ткань прозрачная, живот мягкий, безболезненный.

Произведено рентгенологическое исследование пищевода, анализ крови.

Ваш предварительный диагноз.

Опишите изменения на рентгенограмме пищевода.

Какие еще необходимые методы исследования следует провести больному?

Ваша тактика в лечении больного?

Ответ на ситуационную задачу № 1.

У больного инфильтративно-язвенная форма рака средней трети пищевода.

Уточнить диагноз можно фиброэзофагоскопией с биопсией ткани опухоли.

Для определения распространенности опухолевого (стадии) процесса показано УЗИ органов брюшной полости, медиастиноскопия, биопсия надключичного лимфоузла.

При операбельности – радикальная резекция пищевода по Тореку – Добромыслову с последующей эзофагопластикой через 6 месяцев.

При неоперабельности (наличие отдаленных метастазов) – гастростомия или интубация пищевода.

Ситуационная задача № 2.

Мужчина 46 лет, поступил с жалобами на сильные боли постоянного характера за грудиной с иррадиацией в межлопаточное пространство, усиливающиеся при глотании и форсированном дыхании, обильное слюноотделение, температуру тела до 40 °С, озноб, сопровождающийся проливным потом.

Считает себя больным около 3-х суток, когда отметил появление умеренных болей в области шеи слева, усиливающихся при наклонах головы, повышение температуры тела до 37,6 °С. За медицинской помощью не обращался (злоупотреблял алкоголем). Накануне заболевания ел рыбу. Око-

ло суток тому назад появились боли за грудиной, лихорадка, резкая слабость. Доставлен бригадой «скорой медицинской помощи».

Объективно: Состояние тяжелое. Больной вялый, адинамичный, сниженного питания. Обращают на себя внимание заостренные черты лица, небольшая припухлость шеи слева и наклон головы вправо. Пальпаторно в области шеи слева, а также в яремной ямке и левой надключичной области определяется подкожная крепитация. Пульс около 120 в минуту, ритмичный, артериальное давление 90/60 мм. рт. ст. Язык влажный. В легких в нижних отделах в обеих сторон дыхание несколько снижено, хрипов нет. Частота дыхательных движений – 26 в минуту. Живот симметричный, мягкий, не вздут, безболезненный. Перистальтика вялая, перитонеальные симптомы не определяются. Поясничная область безболезненна, мочеиспускание свободное, однако мочи при катетеризации мочевого пузыря в течении 2-х часов получено не более 40 мл.

Дополнительные методы обследования к ситуационной задаче по хирургии:

Анализ крови: Количество лейкоцитов $18 \times 10^9/\text{л}$, выраженный сдвиг формулы влево.

ФГДС: На уровне С6 – С7 на задней стенке пищевода имеется участок гиперемии слизистой диаметром до 3 – 4 см с выбуханием в просвет, в центре которого находится инородное тело. При надавливании концом эндоскопа на инфильтрат около инородного тела наблюдается вытекание гноя.

Обзорная рентгенография легких: Зона затемнения в проекции заднего средостения. Признаки эмфиземы средостения, расширение его тени, увеличение расстояния между позвоночником и пищеводом, небольшое количество жидкости в левом плевральном синусе и перикарде.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. План дополнительного обследования больного?
3. Роль и объем рентгенологического обследования, компьютерной томографии, ультразвуковых методов при диагностике данной патологии?
4. Этиология и патогенез нарушений, развивающихся при данном заболевании?
5. Тактика лечения данного больного?
6. Методы оперативных вмешательств при данной патологии?
7. Принципы консервативной терапии?
8. Ваш прогноз в отношении исхода заболевания у данного больного?

Ответ на ситуационную задачу № 2.

1. У больного имеется перфорация пищевода инородным телом, осложненная медиастенитом.
2. Начинать обследование необходимо с обзорной рентгенографии, как переднезадней, так и боковой. Фиброэзофагоскопию следует выполнять с особой осторожностью. План обследования может быть дополнен УЗ-исследованием, компьютерной томографией, ЯМР.
3. Важная роль в диагностике данной патологии принадлежит рентгенологическому и эндоскопическому обследованию, УЗИ, компьютерной томографии.
4. Причиной данного заболевания явилось инородное тело пищевода, с перфорацией пищеводной стенки и развитием гнойного медиастенита и интоксикацией.
5. При лечении медиастенита используется активная хирургическая тактика.
6. Хирургическое лечение заключается в осуществлении оптимального доступа, обнажении травмированного участка, удалении инородного тела, ушивании дефекта стенки пищевода, дренировании средостения и плевральной полости (при необходимости), наложении гастростомы или проведения трансназально зонда в желудок. В послеоперационном периоде дренажи используют для аспирации экссудата и введения лекарственных препаратов.
7. После операции проводится интенсивная детоксикационная, антибактериальная и иммуностимулирующая терапия.
8. Летальность при гнойном медиастините достигает 20–50% и более.

Тема №4 «Бронхоэктазия. Показания к хирургическому вмешательству. Виды операций. Осложнения (ателектаз, коллапс легкого, бронхиальные свищи.)»

Ситуационная задача № 1.

Больной 14 лет аспирировал семечко подсолнуха 2 месяца назад. Через 3 дня семечко было удалено через бронхоскоп, но у больного остался кашель, особенно по утрам, стала появляться в небольшом количестве гнойная мокрота. При малейшем охлаждении на 1-2 дня поднималась субфебрильная температура. При осмотре отмечается отставание левой половины грудной клетки при дыхании. При перкуссии – укорочение перкуторного звука под левой лопаткой. Аускультативно – ослабление дыхания в нижних отделах левого легкого сзади. Анализ крови без особенностей. При

рентгенологическом исследовании: легочные поля прозрачны, но левое легочное поле сужено, приподнята диафрагма и тень средостения смещена влево.

Какой диагноз Вы поставите?

Какие дополнительные исследования проведены больному и как Вы оцените полученные данные?

Как лечить больного?

Ответ на ситуационную задачу № 1.

Аспирация инородных тел у детей нередко приводит к развитию ателектаза, а в дальнейшем – к развитию ателектатических бронхоэктазов. Позднее удаление инородного тела у данного больного, характерная клиническая симптоматика ателектаза позволяют поставить диагноз: «Ателектатические бронхоэктазы нижней доли левого легкого».

Подтвердить диагноз можно с помощью бронхографии. На представленной бронхограмме определяются расширенные и сближенные бронхи нижней доли левого легкого (по типу «цилиндрических бронхоэктазов»). Бронхи правого легкого и верхней доли левого легкого не изменены.

Больному показано оперативное лечение – нижнедолевая левосторонняя лобэктомия.

Ситуационная задача № 2.

Больной Ш., 24 лет, поступил в клинику с жалобами на одышку, боли в правой половине грудной клетки, кашель с гнойной мокротой, количество которой доходило до 1 литра в сутки. Заболел 6 месяцев назад, когда появилось общее недомогание, головная боль, боль в правой половине грудной клетки, температура повысилась до 39,2⁰С. Через 5 дней появился кашель с гнойной мокротой, в которой была примесь крови. До поступления получал антибиотикотерапию с переменным успехом. При поступлении: общее состояние тяжелое, кожные покровы с желтоватым оттенком, лицо одутловатое, губы и видимые слизистые цианотичные, ногтевые фаланги по типу «барабанных палочек». При осмотре: правая половина грудной клетки отстает при дыхании, пальпация правой половины грудной клетки болезненна, перкуторный звук на всей поверхности правой половины грудной клетки укорочен; дыхание ослабленное, жесткое, с большим количеством разнокалиберных сухих и влажных хрипов, число дыхательных движений – 40 в минуту.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Дифференциальный диагноз.
3. Составьте план обследования больного.

Рентгенография легких: в верхней доле справа определяется интенсивное негетомогенное затемнение легочной ткани с четкой нижней границей. На фоне затемнения видна полость с горизонтальным уровнем жидкости.

4. Окончательный клинический диагноз.
5. Основные методы консервативного лечения.
6. Показания и методы оперативного лечения.

Ответ на ситуационную задачу № 2.

1. Бронхоэктатическая болезнь III А (декомпенсация, с частичнообратимыми изменениями в органах).

2. Туберкулез, хронический абсцесс легкого.

3. Обязательный + рентген грудной клетки, томография, бронхография, бронхоскопия, посев мокроты и промывных вод бронхов, реакция Манту.

4. Хронический абсцесс правого легкого.

5. Дезинтоксикационная терапия, санация бронхиального дерева, антибиотикотерапия, коррекция водно-электролитных нарушений и белкового обмена, нарушений ДС и ССС, повышение иммунологической резистентности организма. Оксигенотерапия.

Наличие абсцесса. Методы: лоб-, билоб- или пульмонэктомия.

Тема №5 «Эмпиема плевры. Острая и хроническая формы. Методы лечения (открытые, закрытые, открыто-закрытые).»

Ситуационная задача № 1.

Больному Р., 55 лет 3 года назад выполнена расширенная пульмонэктомия по поводу центрального рака левого легкого. Послеоперационный период осложнился острой эмпиемой остаточной полости. Далее длительное время сохранялось гнойное отделяемое по дренажу. В настоящее время на грудной клетке слева в 5 межреберье по средней подмышечной линии свищевое отверстие до 5 мм в диаметре со слизисто-гнойным отделяемым. При положении на правом боку появляется кашель с гнойной мокротой.

Рентгенологически: остаточная полость слева, средостение смещено влево, купол диафрагмы слева подтянут и деформирован, в нижних отделах полости определяется уровень жидкости.

Ваш диагноз? Диагностические исследования для подтверждения диагноза?

Ответ на ситуационную задачу № 1.

- 1) Хроническая эмпиема остаточной полости. Бронхо-плевро-кожный свищ.
- 2) Бронхоскопия, фистуло- и культеграфия.

Ситуационная задача № 2.

Больной Х., 25 лет марте 1998 года был оперирован по поводу множественных проникающих ножевых ранений грудной клетки справа, ранения правого легкого. В послеоперационном периоде острая послеоперационная эмпиема правой плевральной полости и нагноение одной из ножевых ран раны. На фоне полноценного общего и местного консервативного лечения в течении 3-х месяцев сохранялись явления интоксикации и гнойное отделяемое по дренажу.

При поступлении на грудной клетке справа в проекции 6 м/р рубец от передне-боковой торакотомии, в проекции 4 ребра по парастеральной линии определяется рубец длиной до 3-4 см, в центре которого свищевой ход со скудным гнойным отделяемым, заканчивающийся слепо у 4 ребра, мягкие ткани в этой области пастозны, гиперемированы. Температура тела субфебрильная. На рентгенограмме: признаки отграниченного скопления жидкости в нижних отделах плевральной полости справа.

Ваш диагноз? Что послужило причиной перехода острой эмпиемы плевры в хроническую и какие дополнительные методы исследования необходимы?

Ответ на ситуационную задачу № 2.

- 1) Хроническая отграниченная эмпиема правой плевральной полости.
- 2) Остеомиелит 4 ребра справа. Необходимо выполнить сканирование грудной клетки и фистулографию.

Тема №6 «Бактериальная деструкция легких. Абсцесс легкого, пиоторакс, пиопневмоторакс. Легочное и внутриплевральное кровотечение. Флегмона грудной стенки.»

Ситуационная задача № 1.

У больного 44 лет после переохлаждения поднялась температура тела до 39 град, появились боли в правой половине грудной клетки, усиливающиеся при дыхании, появился кашель. Мокрота почти не выделялась. Температура держалась около 8 дней, несмотря на энергичное консервативное лечение. Затем у больного стала отделяться в большом количестве гнойная мокрота с неприятным запахом до 200 мл в сутки. Температура снизилась до нормы, больной стал чувствовать себя лучше. Общее состояние удовлетворительное. Под правой лопаткой сзади определяется укорочение перкуторного звука, ослабленное дыхание. Другой патологии не выявлено.

Какое заболевание Вы заподозрили у больного?

Какие дополнительные методы исследования следует провести для уточнения диагноза?

Какое исследование проведено больному, оцените полученные данные.

Как лечить больного?

Ответ на ситуационную задачу № 1.

У больного острый абсцесс правого легкого в стадии прорыва. Необходимо исследовать кровь (количество лейкоцитов, СОЭ), мокроту. Решающее значение имеет рентгенологическое исследование, включая томографию.

На представленных снимках отмечается неомогенное затемнение без четких границ. Видна полость с горизонтальным уровнем жидкости и перифокальной зоной инфильтрации. Нерезко выражена плевральная реакция в виде небольшого выпота в синусе.

При хорошем опорожнении и сухой полости следует продолжить активное консервативное лечение, а при плохом опорожнении полости – дренирование ее через бронх или грудную стенку в зависимости от локализации полости абсцесса.

Ситуационная задача № 2.

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

1. Ваш диагноз?

2. Классификация заболевания?
3. Этиология и этапы развития заболевания?
4. Дополнительные методы исследования для уточнения диагноза и тактики лечения?
5. Лечение заболевания?
6. Возможные осложнения заболевания?
7. Реабилитационные мероприятия амбулаторного периода. Санаторно-курортное лечение?

Ответ на ситуационную задачу № 2.

1. Острая внебольничная левосторонняя пневмония, осложненная острым абсцессом левого легкого, дренирующимся в бронхиальное дерево
2. Классификация абсцессов легкого проводится с учетом локализации, размеров, а также по клиническим формам: выделяют острый гнойный, гангренозный и хронический абсцесс легкого
3. Абсцессы и гангрена легкого имеют чаще всего постпневмоническое или аспирационное происхождение. Более редки гематогенно-эмболические, травматические, лимфогенные пути образования абсцессов. Первая фаза развития абсцесса характеризуется острым гнойным воспалением и деструкцией легочной ткани, вторая фаза связана с прорывом его содержимого в просвет бронха. При недостаточном дренировании абсцесса (чаще в средней и нижних долях легкого) через 2 – 3 месяца формируется хронический абсцесс
4. Ведущими методами диагностики являются рентгенография, томография, бронхоскопия, исследование мокроты. В более сложных случаях может выполняться компьютерная томография, плевральная пункция, торакоскопия
5. Основными принципами лечения являются интенсивная борьба с инфекцией, адекватное дренирование гнойника (через бронх, через грудную стенку), повышение сопротивляемости организма, коррекция метаболических нарушений, детоксикация. При абсцессе легкого с бронхоплевральным свищом и эмпиемой плевры производится одномоментная плевропневмонэктомия или лобэктомия с плеврэктомией и декортикацией остающейся части легкого. В последние годы широко внедрены в клиническую практику бронхоскопические и торакоскопические методы лечения данного заболевания
6. Частыми осложнениями являются бронхоплевральный свищ, эмпиема плевры, пиопневмоторакс, флегмона грудной стенки, легочное кровотечение, метастатический абсцесс головного мозга, септикопиемия, амилоидоз. Переход в хронический абсцесс наблюдается в 20 % случаев.
7. При реабилитации больных существенную роль играют дыхательная гимнастика, постуральный дренаж, общеукрепляющие мероприятия, полноценное питание, санаторно-курортное лечение

Тема №7 «Травма грудной клетки (без осложнений и осложненная). Ушиб легкого, травматическая асфиксия. Ранения грудной клетки. Открытый и клапанный пневмоторакс. Инородные тела в легких.»

Ситуационная задача № 1.

25-летний больной страдает шизофренией, доставлен в дежурное хирургическое отделение с глубокой резаной грудной клетки, которую нанес себе сам кухонным ножом полчаса назад. Рана кровоточит, возможно, что ранение проникающее. Необходима срочная хирургическая обработка раны, однако больной заявляет, что у него был «рак легкого», что он сам себе сделал «операцию» и категорически отказывается от какого-либо лечения раны и, тем более от ее хирургической обработки. Родственники больного отсутствуют.

Как должны поступить дежурные врачи?

Оперировать ли больного против его воли?

Ответ на ситуационную задачу № 1.

Согласия больного на операцию не требуется, т.к. в данном случае имеются абсолютные, жизненные показания к неотложному вмешательству, больной же страдает психическим заболеванием и не может правильно оценить свое состояние. Однако под показаниями к операции, в истории болезни, должны быть поставлены подписи трех врачей. Кроме того, если есть возможность, больной должен быть осмотрен психиатром с записью в истории болезни о имеющемся психическом заболевании. Никакого грубого насилия над больным не должно быть совершено.

Необходимо прибегнуть к внушению, введению седативных и наркотических средств и в состоянии глубокой заторможенности или сна брать больного в операционную. Под общим обезболиванием необходимо произвести первичную хирургическую обработку раны и уже интраоперационно определить дальнейшую тактику.

Ситуационная задача № 2.

Мужчина 42 лет доставлен в приемное отделение ЦРБ с жалобами на интенсивные боли в груди справа, усиливающиеся при дыхании, одышку в покое и слабость. Был избит неизвестными, били ногами в область груди справа. Состояние средней степени тяжести. Кожа и слизистые бледные. Пульс 94 в минуту, АД 100 и 70 мм рт.ст. Число дыханий 24 в минуту. При пальпации определяется болезненность по ходу 4-5-6-7-8-9 ребер по передней и средней подмышечной линиям. Здесь определяется западение грудной стенки при вдохе. При перкуссии груди в положении лежа определяется притупление перкуторного звука с уровня задней подмышечной линии, при аускультации дыхание ослаблено над всей поверхностью правой половины груди, сзади дыхание не проводится.

1. Предварительный диагноз.
2. Дополнительные методы исследования.
3. Клинический диагноз.
4. Лечение данного пациента в условиях ЦРБ.
5. Показания и техника выполнения плевральной пункции.
6. Показания к торакотомии при гемотораксе.

Ответ на ситуационную задачу № 2.

1. Закрытая травма груди, двойные переломы 4-9 ребер справа с парадоксальными смещениями грудной стенки, гемоторакс справа, кровопотеря, шок 1 степени тяжести.
2. Рентгенограмма груди в прямой проекции стоя, ЭКГ, общий анализ крови, кровь на сахар, свертываемость.
3. Закрытая травма груди, двойные переломы 4-9 ребер справа с парадоксальными смещениями грудной стенки, гемоторакс средней величины, шок 1 степени тяжести.
4. Блокада мест переломов ребер, блокада межреберных нервов по паравертебральной линии на уровне 3-10 межреберий, внутримышечное введение 2 мл 1% раствора промедола, пункция плевральной полости и эвакуация крови из нее, инфузионная терапия кровезамещающими растворами в объеме 2,5 литров в сутки.
5. Пункция плевральной полости показана при гемотораксе. Она выполняется под местной анестезией в 5 межреберье по средней подмышечной линии.
6. Торакотомия не показана при гемотораксе малом и средней величины. При большом и тотальном гемотораксе необходимо сделать торакотомию, убрать излившуюся кровь, найти источник кровотечения, остановить кровотечение, дренировать плевральную полость, зашить торакотомную рану.

Тема №8 «Осложнения язвенной болезни. Перфоративная язва. Атипичные перфорации. Болезни оперированного желудка. Гастроудоденальные кровотечения.»

Ситуационная задача № 1.

Больной 32 лет поступил в хирургическое отделение с жалобами на двухкратную обильную рвоту «кофейной гущей», нарастающую слабость, шум в голове, ощущение удушья, жажду. В анамнезе язвенная болезнь желудка. Беспокоившая больного сильная боль в желудке уменьшилась.

2 месяца назад больному была произведена рентгеноскопия желудка. При осмотре больного отмечается бледность кожных покровов, пульс 96 в 1 мин., АД – 110 и 60 мм.рт.ст., на ЭКГ признаки ишемии миокарда. Срочно взят общий анализ крови.

Какое заболевание и осложнение Вы предположили у больного ?

Какая степень тяжести этого осложнения?

О чем свидетельствуют данные рентгенологического и лабораторного исследования?

Какими дополнительными исследованиями можно подтвердить Ваше предположение?

Каковы будут Ваши действия?

Ответ на ситуационную задачу № 1.

У больного язвенная болезнь желудка, осложненная кровотечением. На рентгенограмме язвенная ниша локализуется в области малой кривизны желудка (бассейн левой желудочной артерии).

На основании гемодинамических показателей и анализа крови (Эритроциты – 3,0.10 г.л., гемоглобин – 60 ед., гематокрит – 27%, дефицит ОЦК – 20%) у больного средняя степень тяжести кровопотери (по Горбашко)

Подтвердить диагноз и решить вопрос о продолжающемся кровотечении можно при фиброгастроудоденоскопии.

Больному с момента поступления необходимо проводить коррекцию гемодинамических нарушений, гемостатическую терапию.

Учитывая локализацию язвы и в случае продолжающегося кровотечения показана экстренная операция на высоте кровотечения.

Ситуационная задача № 2.

У больного 29 лет, 2 часа тому назад внезапно появилась «кинжальная» боль в эпигастральной области, а затем по всему животу, больше справа. Ранее, в течении 2 лет, беспокоили изжога, боли натощак ночью. Состояние средней тяжести. Больной стонет. Живот втянут, не участвует в акте дыхания. Пальпаторно резкая болезненность по всему животу, разлитое напряжение мышц передней брюшной стенки, положительный симптом Щеткина-Блюмберга, перкуторно – отсутствие печеночной тупости. Температура тела нормальная. Пульс 56 в 1 мин. Лейкоцитов 8.10 г.л. Для уточнения диагноза произведена обзорная рентгенография брюшной полости.

Какой диагноз Вы поставите больному?

Как Вы оцените рентгенограмму брюшной полости?

Какая тактика в лечении больного?

Ответ на ситуационную задачу №2.

У больного язвенная болезнь 12-перстной кишки, осложненная прободением. На обзорной рентгенограмме брюшной полости под диафрагмой виден серп газа.

Больному показана неотложная операция. Учитывая отсутствие разлитого перитонита (с момента операции прошло 2 часа), необходимо выполнить иссечение язвы, пилоропластику и стволовую ваготомию.

Тема №9 «Заболевания желчевыводящих путей и печени. Желчекаменная болезнь. Холедохолитиаз, холангиты, опухоли. Постхолестистэктомический синдром.»

Ситуационная задача № 1.

Больная 56 лет поступила в стационар с приступом острого холецистита. Калькулезным холециститом страдает более 20 лет. Год тому назад, во время одного из приступов, отмечала легкую желтуху, которая прошла через 2 суток. Начато консервативное лечение, однако состояние больной не улучшается. Больную решено оперировать. Во время операции, после удаления желчного пузыря, необходимо убедиться в отсутствии камней в общем желчном протоке.

Какими интраоперационными исследованиями можно определить наличие камней в протоках ?

Как называется исследование, представленное на рентгенограмме?

Как проводится данное исследование. Что обнаружено при его проведении ?

Какие Ваши дальнейшие действия, как надо закончить операцию?

Ответ на ситуационную задачу № 1.

У больной желчекаменная болезнь, острый калькулезный холецистит. Учитывая наличие в анамнезе эпизода желтухи, во время болевого приступа, во время проведения операции необходима ревизия желчных протоков. Наличие камней в протоках можно определить следующими методами: пальпацией, трансиллюминацией, интраоперационным УЗИ, интраоперационной холангиографией.

На представленной интраоперационной холангиограмме, произведенной через культю пузырного протока, определяются дефекты наполнения (камни) в терминальном отделе холедоха. Общий желчный проток расширен, контрастное вещество в 12-перстную кишку не поступает.

Необходимо выполнить холедохотомию, удаление камней, промывание холедоха. Убедиться в полном удалении камней и хорошей проходимости общего желчного протока можно с помощью интраоперационной фиброхоледохоскопии и зондировании протоков.

Операцию следует закончить дренированием холедоха по Керу или по Вишневскому. К Винслову отверстию следует поставить второй дренаж.

Ситуационная задача № 2.

Больная 45 лет поступила в хирургическое отделение с клиникой механической желтухи. Последняя появилась 3 дня назад на фоне болевого синдрома после погрешности в диете. В анамнезе желчно-каменная болезнь в течение 8 лет, когда при УЗИ были обнаружены мелкие камни в желчном пузыре. Ранее в стационаре не лечилась, в анамнезе желтухи не было. Объективно: состояние больной удовлетворительное, хорошего питания, субиктеричность склер и кожи. Со стороны органов грудной клетки без особенностей. Язык влажный. Живот симметричный, при пальпации болезненен в эпигастрии и больше в правом подреберье, особенно в точке желчного пузыря. Положительный симптом Ортнера. Пульсация аорты выше пупка не определяется. Перистальтика отчетливая. Перитонеальных симптомов нет. Дизурических и диспептических расстройств не отмечает, кал светлее обычного. Лейкоцитоз – 10 тыс. Диастаза мочи – 256 ед. При УЗИ – отмечено

расширение холедоха до 1,4 см, однако конкрементов в последнем не обнаружено, несколько увеличена головка поджелудочной железы. Желчный пузырь 10 x 4 см, в просвете множество конкрементов от 0,3 до 0,7 см, стенка – 04.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. С какими заболеваниями следует произвести дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные лабораторные и инструментальные методы исследования необходимо провести для уточнения диагноза и выбора тактики оперативного вмешательства?
4. Какие оперативные вмешательства могут быть предприняты у больной и их преимущества, недостатки, показания?
5. Рекомендации при выписке?

Ответ на ситуационную задачу № 2.

1. Острый панкреатит (отечная форма). ЖКБ, Острый калькулезный холецистит или острый холецистопанкреатит.
2. Дифференциальный диагноз в первую очередь необходимо провести с острым холециститом и холедохолитиазом.
3. Обследование: лейкоцитоз, гемоглобин, гематокрит, фибриноген, амилаза, билирубин, печеночные пробы.
Диастаза мочи. УЗИ, ФГДС, при недостаточной информативности УЗИ — компьютерная томография и РХПГ
4. Если в результате проведенных исследований у больной подтвердится диагноз острого панкреатита, то назначается консервативное лечение. Если клиника панкреатита прогрессирует – показано выполнение санационно-диагностической лапароскопии, дренирование брюшной полости. Если по данным УЗИ или лапароскопии присоединится клиника деструктивного калькулезного холецистита — показано наложение микрохолецистостомы под УЗ – контролем. При наличии конкрементов в холедохе и билиарной гипертензии – ЭПСФТ.
5. Холецистэктомия в плановом порядке, соблюдение диеты (стол №5), дюспаталин, креон.

Тема №10 «Бактериальные и паразитарные абсцессы печени. Эхинококкоз печени.»

Ситуационная задача № 1.

К Вам на поликлинический прием обратился больной 41 года, охотник. Жалуется на чувство дискомфорта, тяжесть в области правого подреберья. Других жалоб нет. Год назад отмечал у себя беспричинную крапивницу и зуд кожи. При осмотре пальпируется край печени на 3 см ниже реберной дуги, закругленный, плотный и безболезненный. Температура тела нормальная.

О каком заболевании следует подумать?

Какие методы обследования в условиях поликлиники могут помочь поставить диагноз?

Какие изменения Вы находите на представленной рентгенограмме, чем они могут быть вызваны?

Тактика в лечении больного?

Ответ на ситуационную задачу № 1.

Наиболее вероятно у больного гидатинозный эхинококк печени. Для уточнения диагноза необходимо сделать общий анализ крови (эозинофилия), поставить реакцию с эхинококковым антигеном, провести УЗИ печени, обзорную рентгенографию брюшной полости.

На представленной рентгенограмме брюшной полости определяется кольцевидная тень, обусловленная обызвествлением эхинококковой кисты.

Больному необходимо оперативное лечение.

Ситуационная задача №2.

В приемное отделение хирургии доставлена больная 28 лет с выраженным болевым синдромом в животе, который развился после физической нагрузки час назад. Через пятнадцать минут после поступления на коже туловища и конечностей у нее появились образования по типу «крапивницы», сопровождающиеся подъемом температуры тела и кожным зудом. Больная - сельский житель, в домашних условиях содержит крупный рогатый скот. Объективно: Кожные покровы бледные с наличием множественных высыпаний. Пульс - 100 уд в мин, АД-90/60 мм рт ст. Язык влажный, обложен. Живот симметричный, при пальпации отмечается выраженная болезненность и мышечное напряжение по всей правой половине; положительны симптом раздражения брюшины. На обзорной R- графии брюшной полости: без патологии. При УЗИ- обследовании в проекции правой доли печени верифицируется образование округлой формы диаметром 10-12 см. Эритроциты – $4,2 \cdot 10^{12}/л$, лейкоциты - $7,8 \cdot 10^9/л$, эозинофилов - 12. Ваш предварительный диагноз? Ваша тактика лечения пациента.

Ответ на ситуационную задачу №2.

Эхинококкоз печени прорывом в брюшную полость, перитонит. Экстренное оперативное лечение - лапаротомия.

Тема №11 «Синдром портальной гипертензии. Кровотечение из расширенных вен пищевода и кардии. Болезнь Бадда- Киари.»

Ситуационная задача № 1.

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

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

1. Ваш диагноз?
2. Какую классификацию следует применить для формулировки диагноза?
3. Этиология и патогенез данного заболевания?
4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз и по какому синдрому?
5. Какие дополнительные методы исследования следует провести для подтверждения диагноза и выбора тактики лечения?
6. Основные направления консервативной терапии, показания и виды оперативного лечения?
7. Осложнения заболевания и их профилактика?

Ответ на ситуационную задачу № 1.

1. Алкогольный токсический цирроз печени с синдромом портальной гипертензии.
2. Используется классификация нарушения портального кровообращения (Д.М.Дроздов, М.Д.Пациора, 1962)
 - I. Внутрпеченочная блокада (циррозы, опухоли, тромбоз печеночных вен *б-нь Хиари*, стеноз нижней полой вены *с-м Бадд-Хиари*)
 - II. Внепеченочная блокада (рубцовый стеноз, облитерация или тромбоз воротной вены, сдавление ее ствола извне опухолью или инфильтратом, врожденный стеноз)
 - III. Смешанный формы нарушения портального кровообращения
3. Патогенез:
 - Склеротическая трансформация ткани печени
 - Облитерация или сдавление дренирующих печеночных синусоид
 - Повышение давления в системе воротной вены
 - Варикозное расширение вен систем портокавальных анастомозов (варикозное расширение вен пищевода и желудка, геморрой, «голова медузы»)
 - Кровотечения, спленомегалия, асцит
4. Дифференциальный диагноз проводится с заболеваниями, сопровождающимися синдромом портальной гипертензии: (опухоль печени, воспалительные заболевания, болезнь Хиари, стеноз нижней полой вены, тромбоз воротной вены, пилефлебит, сдавление ее ствола извне опухолью или инфильтратом, врожденный стеноз)
5. Клинические лабораторные методы, биохимические методы оценки функции печени, УЗИ, ФЭГДС (состояние вен пищевода), диагностическая лапароскопия, КТ печени и ветвей воротной вены.
6. Гепатопротекторы (липовая кислота), гормональная терапия (глюкокортикоиды), диета и витамины (В₁, В₂, В₆, В₁₂, В₁₅), детоксикационная терапия, гемотрансфузионная терапия, диуретики. Оперативное лечение направлено на борьбу с кровотечениями и асцитом.
7. Кровотечения из варикозных вен пищевода и желудка, геморроидальные кровотечения, прогрессирующий асцит. Профилактика: раннее выявление заболевания, диспансеризация, динамическое наблюдение, своевременная адекватная консервативная терапия.

Ситуационная задача №2.

Больной, 42 лет, поступил в стационар в экстренном порядке. 3 часа назад появилась кровавая рвота. В течение последних 2-х лет кровавая рвота возникает 3-й раз. В анамнезе болезнь Боткина. При осмотре: кожный покров бледный. Пульс 110 — 115 в 1 минуту, слабого наполнения. АД 100/70 мм.рт.ст. Живот несколько вздут, определяется венозная сеть на передней брюшной стенке.

Пальпируется селезенка и плотный край печени у реберной дуги. Показатели красной крови : Гемоглобин — 80 г/л, Эритроциты — 3 x 10¹².

1. Ваш диагноз?
2. Этиопатогенез данного заболевания?
3. Классификация заболевания?
4. Объем обследования пациента при данной патологии?
5. Степень кровопотери в данном случае?
6. Основные направления консервативной терапии?
7. Показания к операции и варианты хирургического пособия?
8. Прогноз данного заболевания?

Ответ на ситуационную задачу №2.

1. Предварительный диагноз: Цирроз печени, портальная гипертензия. Кровотечение из варикозных вен пищевода.
2. Портальная гипертензия характеризует комплекс изменений, возникающих при затруднении тока крови в портальной системе. Повышение давления в портальной системе ведет к возникновению варикозного расширения гастроэзофагеальных венозных сплетений.
3. Может быть использована классификация (Д.М.Дроздов, М.Д.Пациора, 1962). Выделяют 2 степени портальной гипертензии. Варикозные вены пищевода могут быть классифицированы по 4 степеням.
4. Дополнительные методы исследования: Экстренная ФГДС после промывания желудка. По показаниям УЗИ.
5. По гемодинамическим и гемическим показателям кровопотерю следует оценить как средней степени тяжести.
6. Необходима инфузионная и гемостатическая терапия, снижение внутрипортального давления, снижение объема желудочной секреции. Показана постановка зонда Сенгстакена-Блекмора. Может быть использовано эндоскопическое склерозирование или лигирование варикозных вен.
7. При неэффективности – показано оперативное лечение – прошивание вен пищевода (операция М.Д.Пациоры), пищеводно-желудочная резекция, операция Таннера.
8. Прогноз заболевания неблагоприятный.

Тема №12 «Заболевания селезенки.»

Ситуационная задача № 1.

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

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

1. Ваш диагноз после осмотра в приемном покое.
2. Какие дополнительные методы исследования необходимы.
3. Оказание помощи в районной больнице.
4. Принципы оперативного пособия. Сроки реабилитации.

Ответ на ситуационную задачу №1.

1. Тупая травма живота с повреждением паренхиматозного органа, очевидно, селезенки. Кровотечение в живот. Нельзя исключить и повреждение полого органа.
2. Рентгеновский снимок груди, живота и таза. Минилапаротомия на операционном столе.
3. Срединная лапаротомия. Сбор крови, фильтрация ее и переливание больному. Отыскание источника кровотечения – селезенка. Удаление селезенки. Ревизия желудка, кишечника – поврежде-

ний нет. Отмывание живота. Дренирование левого поддиафрагмального пространства. Зашивание лапаротомной раны. Продолжение инфузионной терапии для восполнения кровопотери.

4. При благоприятном течении будет способен к физическому труду через 3-3,5 месяца.

Ситуационная задача №2.

Больная С, 62 лет, доставлена машиной скорой помощи в приемное отделение. На улице внезапно появилась резкая боль в левом подреберье, кратковременно потеряла сознание. АД 90/60 мм. рт.ст. Пульс 100 уд. мин., слабого наполнения. Живот мягкий, умеренно болезненный по левому боковому каналу, там же притупление перкуторного звука и сомнительные симптомы раздражения брюшины. Дополнительно пациентка сообщила, что около 2 недель назад получила травму, ударилась левым боком о кресло в трамвае, после чего отмечала умеренные боли в левом подреберье.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данное заболевание?
3. Какие дополнительные инструментальные методы исследования помогут поставить окончательный диагноз? Ожидаемые результаты.
4. Какова лечебная тактика у данной больной?
5. Назовите принципы лечения в послеоперационном периоде?

Ответ на ситуационную задачу №2.

1. Закрытая травма органов брюшной полости. Двухмоментный разрыв селезенки. Внутрибрюшное кровотечение.
2. Закрытая травма печени. Забрюшинная гематома. Перфорация полого органа.
3. УЗИ органов брюшной полости:
 - неровный контур капсулы селезенки,
 - наличие свободной жидкости в полости брюшины. Лапароцентез: наличие крови в брюшной полости. Диагностическая лапароскопия:
 - наличие крови со свертками в брюшной полости,
 - нарушение целостности селезенки.
4. Оперативное лечение под общим обезболиванием по экстренным показаниям. Спленэктомия.
5. Обезболивающие препараты, антибактериальная терапия, растворы кристаллоидов, коллоидов, вливание эритроцитарной массы с целью ликвидации анемии. Принимать пищу после восстановления функции кишечника.

Тема №13 «Заболевания поджелудочной железы. Острый и хронический панкреатит. Опухоли поджелудочной железы.»

Ситуационная задача №1.

У больного 17 лет интенсивные боли в эпигастриальной области, многократная рвота, которая не приносит облегчения, выражена общая слабость. Объективно: общее состояние тяжелое, кожа и видимые слизистые бледные с одиночными фиолетовыми пятнами. Пульс-100 уд./мин., АД-100/60 мм.рт.ст. При пальпации живота определяется ригидность брюшной стенки и резкая болезненность в эпигастриальной области на 6 см выше пупка и в левом реберно-позвоночном углу, пульсация аорты в эпигастриальной области не определяется. Ваш диагноз?

Ответ на ситуационную задачу №1.

Острый панкреатит.

Ситуационная задача №2.

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

Объективно: Состояние средней тяжести, тревожен, отмечены микроциркуляторные нарушения. Желтухи нет. Число дыханий 18 – 20. В легких хрипов нет. Пульс 100 в 1 минуту, ритмичный, артериальное давление 120/80 мм.рт.ст. Язык обложен, влажный. Живот равномерно вздут, участвует в акте дыхания. При пальпации болезненность в эпигастрии, где определяется резистентность брюшной стенки, распространяющаяся на правое подреберье. Перкуторно: раздутая поперечно-ободочная кишка. Свободной жидкости в брюшной полости не определяется. Желчный пузырь не пальпируется. Печень выступает из под края реберной дуги. Перистальтика выслушивается, но вялая. Перитонеальных симптомов нет. Лейкоцитоз – 13 тыс. Диастаза мочи – 1024 ед. На обзорной рентгенограмме брюшной полости свободного газа нет. УЗИ – желчной гипертензии нет. Желчный пузырь 8 x 2 см, стенка 0,3 см, конкрементов не содержит. Имеется увеличение подже-

лудочной железы, особенно в области головки и тела с размытостью контуров. Жидкость в сальниковой сумке в виде щели 2,5 x 8 см. Свободной жидкости в брюшной полости не определяется. Больному проводилась консервативная терапия с положительной клинической и лабораторной динамикой, однако при контрольном УЗИ через 7 дней отмечено сохранение жидкостного образования в области тела поджелудочной железы 3 x 6 см.

1. Какой основной диагноз заболевания? О каком осложнении основного заболевания можно думать?
2. Какие дополнительные лабораторные и инструментальные методы исследования необходимо выполнить больному?
3. Какие основные направления лечения основного заболевания?
4. Ваша тактика относительно образования сальниковой сумки?
5. Какое оперативное лечение показано больному? Сроки его выполнения?
6. Исход данного осложнения? Прогноз? Ваши рекомендации при выписке?

Ответ на ситуационную задачу №2.

1. Острый панкреатит. Асептический панкреонекроз. Оментобурсит.
2. Общий анализ крови, билирубин, печеночные пробы, амилаза, липаза, сахар крови, ПТИ, фибриноген.
Обзорная рентгенография легких, ФГДС, УЗИ, пункция оментобурсита на инфицированность.
3. Борьба с шоком (болью), нормализация объема циркулирующей крови, и нейровегетативных функций;
воздействие на местный патологический очаг;
Уменьшение эндоинтоксикации;
коррекция тромбогеморрагического синдрома;
иммунокоррекция;
нутритивная поддержка;
энерготропная терапия;
оперативное лечение по показаниям.
4. Пункция при асептическом воспалении, наружное дренирование при инфицировании.
5. Малоинвазивное вмешательство.
6. Рассасывание образований кисты, инфицирование.

Тема №14 «Хирургическое лечение заболеваний инсулярного аппарата поджелудочной железы. Осложнения. Сахарный диабет. Инсулома.»

Ситуационная задача №1.

Больная 64 года, поступила в плановом порядке в хирургическое отделение по поводу хронического калькулезного холецистита с частыми приступами болей. В анамнезе сахарный диабет 2 типа около 10 лет. Составьте перечень необходимых исследований в предоперационном периоде.

Ответ на ситуационную задачу №1.

Перечень обязательных исследований больных сахарным диабетом в предоперационном периоде: группа крови, резус фактор, общий анализ крови, глюкоза крови, гликозилированный гемоглобин, биохимический анализ крови включая мочевины, креатинин, общий белок с фракциями, активность трансаминаз и щелочной фосфатазы, калий, натрий, хлориды; общий анализ мочи, ЭКГ, УЗИ органов брюшной полости, ФГДС.

Ситуационная задача № 2.

У больного длительное время страдающего сахарным диабетом, имеется клиника разлитого перитонита аппендикулярного генеза, но боли в брюшной полости отсутствуют, появляются только при пальпации, напряжение мышц передней брюшной стенки определяется нечетко. Какое исследование необходимо сделать до операции с целью уточнения диагноза? Почему не выражен болевой синдром?

Ответ на ситуационную задачу № 2.

Нередко для убедительной диагностики аппендицита, у больных сахарным диабетом, приходится прибегать к лапароскопии. Болевой синдром может быть не выражен из-за развития полинейропатии.

Тема №15 «Ульцерогенная аденома. Синдром Золлингера –Эллисона. Заболевания надпочечников. Опухоли мозгового слоя надпочечников. Опухоли коркового слоя надпочечников.»

Ситуационная задача №1.

Больной 50 лет, поступил с жалобами на боли в эпигастриальной области, тошноту, периодическую рвоту. Вышеуказанные симптомы беспокоят в течение последнего месяца. При гастродуоденоскопии обнаружена пенетрирующая язва средней трети желудка по задней стенке, ближе к малой кривизне, диаметром около 2 см. В крови определяется гастрин 500 пг/л (N 50-200). Исследование желудочной секреции: базальный уровень секреции соляной кислоты 25 ммоль/л (N 5 соотношение базальной и стимулированной 1:5, пангиперхлоргидрический тип), стимулированный – 30 ммоль/л.

1. Ваш диагноз?
2. Какие формы данной патологии существуют?
3. Дифференциальная диагностика.
4. Методы лечения данной патологии.

Ответ на ситуационную задачу № 1.

1. Синдром Золлингера - Эллисона
2. Первый тип. (Гиперплазия G клеток антрального отдела желудка), II тип – опухоль или гиперплазия D клеток ПЖЖ
3. ЯБ, симптоматические язвы, разные типы Золингера- Эллисона
II тип Гастронома – гастрэктомия, I тип – резекция антрального отдела желудка

Ситуационная задача № 2.

Больная Д., 27лет. Пришла на прием с жалобами на увеличение массы тела: с 60кг поправилась до 87кг за 3 месяца, повышение АД до 200\100мм.рт.ст., приступы учащенного сердцебиения, отсутствие менструаций в течение 3х месяцев. При осмотре: Ожирение с перераспределением подкожно- жировой клетчатки по «кушингоидному» типу, матронизм, пушковые волосы над верхней губой,стрии красно- фиолетового цвета на груди. В анализах: снижение АКГГ до 8пг\мл. при верхней границе нормы 60пг\мл, повышение свободный кортизол в суточной моче, гиперхолестеринемия, гипокалиемия, лимфоцитопения. По данным КТ надпочечников: Объемное образование правого надпочечника размером 43x58мм.

1. Предварительный диагноз?
2. Исследования необходимые для подтверждения диагноза?
3. Немедикаментозное лечение заболевания?
4. Какие препараты применяют для лечения данного заболевания?

5. Возможные осложнения?

Ответ на ситуационную задачу № 2.

1. Кортикостерома правого надпочечника. Симптоматическая артериальная гипертензия.
2. Определение суточного ритма секреции кортизола в плазме крови, пробу с дексаметазоном, пробу с десмопрессином.
3. Немедикаментозного лечения не существует.
4. Ингибиторы биосинтеза глюкокортикоидов (аминоглутетемид, кетоконазол)
5. Стероидный диабет, стероидный остеопороз, бесплодие, вторичный поликистоз яичников.

Тема № 16 «Заболевания щитовидной железы. Спорадический зоб, Тиреотоксикоз. Тиреоидиты и струмиты. Заболевания паращитовидных желез.»

Ситуационная задача № 1.

У больной 51 года 15 лет назад был диагностирован узловой эутиреоидный зоб размером 3 на 3 см. Все годы образование не причиняло беспокойства больной, за последние 3 месяца образование увеличилось вдвое. Больная отмечает ухудшение состояния: слабость, быструю утомляемость. При пальпации поверхность образования неровная, консистенция плотная. Образование ограничено в подвижности.

Какой Вы поставите диагноз?

Как можно его подтвердить?

Как лечить больную?

Ответ на ситуационную задачу № 1.

Имеются все основания заподозрить у больной малигнизацию зоба. Подтвердить диагноз рака щитовидной железы помогут исследования крови, УЗИ и данные радиоактивного сканирования щитовидной железы, пункционная биопсия.

Больной показана операция – струмэктомия с удалением регионарных лимфатических узлов и последующей лучевой терапией, лечением препаратами щитовидной железы.

Ситуационная задача № 2.

Больная 24 лет поступила с жалобами на раздражительность, потливость, слабость, сердцебиение. Больна 2 года. Щитовидная железа не увеличена. Основной обмен + 30%. При физикальном обследовании больной никакой патологии не выявлено.

При рентгенологическом обследовании легочная ткань прозрачна, но в переднем средостении определяется образование.

Что представляет собой это образование и чем оно может оказаться?

Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения диагноза?

Ваш диагноз и тактика в лечении больной?

Ответ на ситуационную задачу № 2.

Надо прежде всего думать о наличии аберрантного тиреотоксического зоба.

Помочь постановке диагноза может исследование функции щитовидной железы с радиоактивным йодом и ультразвуковое сканирование железы.

Исключить эхинококковую кисту средостения помогут данные анамнеза (контакт с животными), анализ крови (эозинофилия), проба с эхинококковым антигеном (реакция латекс-агглютинации).

Округлое образование может оказаться и опухолью и дермоидной кистой средостения.

В любом случае больная подлежит оперативному лечению.

Тема №17 «Заболевания сердца. Врожденные пороки сердца. Приобретенные пороки сердца.»

Ситуационная задача №1.

У женщины 27 лет, страдающей митральным пороком сердца с мерцательной аритмией, внезапно час назад возникли сильные боли в правой стопе и голени. К моменту осмотра интенсивность болей усилилась. Кожные покровы дистальных отделов правой ноги бледные, холодные на ощупь. Пальпация стопы и голени болезненна. Активные движения стопы ограничены, пассивные – в полном объеме. Тактильная и проприоцептивная чувствительность снижены. Пульсация правой бедренной артерии под паупертовой связкой усилена, на остальных уровнях – отсутствует.

1. Какой Ваш диагноз? Этиология и патогенез данной патологии?

2. Какую классификацию следует применить для формулировки диагноза в данном случае?

3. С какими заболеваниями следует дифференцировать эту патологию?

4. Какова должна быть лечебная тактика при острой ишемии?
5. Объем медицинской помощи?
6. Меры профилактики повторения этой патологии?

Ответ на ситуационную задачу № 1.

1. Диагноз – митральный порок сердца с мерцательной аритмией. Осложнение — эмболия правой бедренной артерии, стадия Па (В.С.Савельев), субкомпенсированная ишемия (М.Д. Князев).
2. Этиопатогенез эмболии в данном случае – отрыв части пристеночного внутрисердечного тромба и занос этого фрагмента током крови в правую сердечную артерию на уровне отхождения глубокой артерии бедра. Патогенез заболевания – острое кислородное голодание тканей, что приводит к нарушению всех видов обмена веществ.
3. Классификация острой ишемии по В.С. Савельеву: ОИ I – парестезия, легкая боль; ОИ II – нарушение активных движений; ОИ III – субфасциальный отек, мышечная контрактура; ОИ IV – гангрена.

Классификация по М.Д.Князеву: компенсированная, субкомпенсированная, декомпенсированная ОИ.

4. Острый глубокий тромбоз; острый неврит, острый миозит.
5. Тактика – экстренная операция — эмболэктомия.
6. Объем операции зависит от степени тяжести ОИ: при компенсированной ОИ — эмболэктомия с удалением продолженного тромба; при декомпенсированной ОИ тоже самое + полузакрытая фасциотомия голени, детоксикационные мероприятия.
7. Меры профилактики: лечение кардиопатии, включая хирургические методы, плюс медикаментозная терапия антиагрегантами.

Ситуационная задача № 2.

У пациента, перенесшего инфекционное заболевание, появилась слабо выраженная одышка, утомляемость, тяжесть в правом подреберье. При аускультации: I-й тон на верхушке ослаблен, выслушивается систолический шум. На ЭКГ признаки гипертрофии левого желудочка.

Вопросы:

1. Ваш предполагаемый диагноз?
2. Какие методы обследования следует предпринять для его уточнения?
3. Охарактеризуйте наиболее информативный из неинвазивных методов обследования.
4. С какими состояниями следует проводить дифференциальный диагноз?
5. Охарактеризуйте возможные методы лечения.

Ответ на ситуационную задачу № 2.

1. Митральная недостаточность.
2. Целесообразно выполнить ЭКГ, ФКГ, ЭхоКГ, рентген грудной полости, возможно катетеризацию полостей сердца.
3. Наиболее информативным в данном случае будет ЭхоКГ - дает представление о движении клапанов, величине отверстия, сократительной функции миокарда, применение доплерографии позволяет оценить степень регургитации.
4. Дифференциальный диагноз следует проводить с митральным стенозом и аортальным стенозом.
5. А) Консервативное - лечение сердечной недостаточности по общепринятым схемам. В) Оперативное - вальвулопластика, протезирование митрального клапана.

Тема №18 «Ишемическая болезнь сердца. Постинфарктная аневризма сердца. Перикардит.»

Ситуационная задача № 1.

У пациента 32 лет, в молодости болевшего туберкулезом легких, появилась и быстро нарастает одышка, имеются цианоз, тахикардия. При осмотре: отсутствие верхушечного толчка сердца, Набухание шейных вен, глухость сердечных тонов, увеличение печени и объема живота, низкое систолическое и малое пульсовое давление. При рентгенологическом исследовании размеры сердца небольшие, пульсация сердца значительно снижена. Патологии легких нет. На ЭКГ – уплощение зубцов.

Вопросы.

1. Предварительный диагноз.
2. Достоверные рентгенологические и эхокардиографические диагностические признаки.
3. Этиология этого заболевания.
4. Лечебная тактика.
5. Результаты лечения.

Ответ на ситуационную задачу № 1.

1. Констриктивный (слипчивый) перикардит.
2. Рентген признаки – большие размеры сердца, ослабленная пульсация и наличие участков обизвествления. ЭХОКГ – утолщение и плотность структур перикарда, симптомы сдавления сердца.
3. Вирусные, бактериальные, инфекционно-аллергические, специфические, иммунологические, протозойные, грибковые.
4. Лечение основного заболевания, открытая субтотальная перикардэктомия из торакотомного или стернотомного доступа.
5. После хирургического лечения нередко наблюдается быстрый регресс проявлений сердечной недостаточности, однако заболевание может рецидивировать. В стадии хронического перикардита с полиорганной недостаточностью операция менее эффективна.

Ситуационная задача № 2.

Мальчик 12 лет перенес острую двустороннюю стафилококковую пневмонию. На фоне направленной антибиотикотерапии воспалительные проявления начали снижаться, однако усиливалась одышка, появились боли в области сердца, отеки нижних конечностей. При осмотре цианоз губ, частота дыхания 25 в мин., четко контурируются вены шеи. ЧСС 100 в минуту, АД 100/70 мм рт.ст., дыхание жесткое, прослушивается по всем полям, тоны сердца глухие. Печень выступает из-под края реберной дуги на 5 см, край ровный. На ЭКГ синусовый ритм, снижен вольтаж зубцов. На рентгенограмме грудной клетки имеется значительное расширение тени сердца в обе стороны со сглаженностью контуров.

1. Дополнительные методы диагностики?
2. Предварительный диагноз, дифференциальный диагноз?
3. Лечебная тактика? Малоинвазивные лечебно-диагностические вмешательства?

Ответ на ситуационную задачу № 2.

1. а) рентгеноскопия грудной клетки, рентгенография сердца в 3 проекциях; б) эхо-кардиография.
2. Экссудативный перикардит. Дифференциальный диагноз с травматическим гемоперикардом, миокардитом, дилатационной кардиомиопатией, проявлениями полиорганной недостаточности при другой патологии.
3. Показана лечебно-диагностическая пункция перикарда, в современных условиях – под контролем УЗИ. При рецидивирующем процессе возможна постановка дренажа в полость перикарда на несколько дней, субтотальная перикардэктомия.

Тема №19 «Заболевания артерий. Атеросклеротическое поражение артерий. Облитерирующий эндартериит. Болезнь Рейно.»

Ситуационная задача №1.

Больной 52 лет, в течении 7 лет отмечает боли при ходьбе в обеих нижних конечностях. Отмечается перемежающаяся хромота через 100 метров, боли в мышцах бедра, ягодичных мышцах, снижение половой потенции. Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы обеих стоп и голеней прохладные, бледные. Активные движения сохранены. Пульсация артерий на обеих нижних конечностях не определяется на всем протяжении. Над аортой выслушивается систолический шум.

Какой диагноз Вы поставите больному?

Какие дополнительные исследования подтвердят Ваш диагноз?

Каковы изменения на представленной рентгенограмме, каким способом производилось введение контрастного вещества?

Как лечить больного?

Ответ на ситуационную задачу № 1.

У больного синдром Лериша с окклюзией внутренних повздошных артерий. Больному показана ультразвуковая доплерография аорты и артерий нижних конечностей, аортография.

На представленной аортограмме., выполненной методом транслюмбальной пункции аорты, определяется обрыв контрастированной аорты на уровне бифуркации, изъеденность контуров аорты, большая коллатеральная сеть.

Больному показано оперативное лечение. При проходимости бедренных артерий, установленной во время операции открытой артериографией, показано бифуркационное аорто-бедренное шунтирование.

Ситуационная задача № 2.

У больного 56 лет стали появляться боли в правой икроножной мышце после прохождения 50

метров, нога стала мерзнуть даже в летнее время и уставать даже после непродолжительного стояния. При осмотре стопа и нижняя треть голени справа бледнее, чем слева, холоднее на ощупь. Пульс на правой конечности удается определить лишь на бедренной артерии, он ослаблен. Над бедренной артерией удается выслушать систолический шум. Общее состояние удовлетворительное.

Какой диагноз следует поставить?

Какими исследованиями можно подтвердить диагноз?

Какие изменения Вы находите на рентгенограмме? Какой использовался метод введения контрастного вещества?

Как лечить больного?

Ответ на ситуационную задачу № 2.

Больной страдает облитерирующим атеросклерозом с явным поражением аорто-поясничного сегмента справа. Более точный топический диагноз может быть установлен после ультразвуковой доплерографии сосудов нижних конечностей или рентгеноконтрастного исследования сосудов нижних конечностей.

На представленной аортограмме, выполненной по методу Сельдингера, определяется отсутствие контрастирования пояснично-бедренного сегмента справа, неровность, изъеденность контуров аорты, большая сеть коллатералей.

Показано консервативное лечение. При углублении ишемии конечностей следует ставить вопрос об операции. Возможны варианты: аорто-бедренное шунтирование, эндоартериоэктомия, аутовенозное бедренно-подколенное шунтирование.

Тема №20 «Тромбозы и эмболии. Эмболия легочной артерии.»

Ситуационная задача № 1.

Больной 56 лет, страдает облитерирующим атеросклерозом нижних конечностей на протяжении 4 лет. Неоднократно лечился консервативно по поводу этого заболевания, выписывался с периодическими улучшениями. 2 часа назад у больного внезапно появились резкие боли в правой нижней конечности, отсутствие движений в пальцах правой стопы, потеря чувствительности до нижней трети бедра. Конечность стала холодной до этого уровня. Пульсация бедренной артерии справа сохранена до уровня папулярной связки, ниже не определяется, слева пульсация сохранена.

Какие осложнения развились у больного?

Как подтвердить Ваше предположение?

Какие изменения Вы обнаружили на представленной артериограмме?

Какова лечебная тактика?

Ответ на ситуационную задачу № 1.

У больного тромбоз поверхностной бедренной артерии.

Необходима ультразвуковая доплерография, аортоартериография по Сельдингеру через левую бедренную артерию.

На представленной артериограмме определяется обрыв контрастированной поверхностной бедренной артерии справа в средней трети, стенки артерии изъеденные, неровные.

Больному показано оперативное лечение: при проходимости подколенной артерии голени – аутовенозное шунтирование или протезирование поверхностной бедренной артерии (ПБА). До операции и в послеоперационном периоде – антикоагулянтная терапия.

Ситуационная задача №2.

Больной 48 лет, жалуется на интенсивные боли в левой голени и стопе. Боль возникла внезапно, 2 часа тому назад. Год назад перенес инфаркт миокарда. Состояние средней тяжести. Кожные покровы левой стопы и голени холодные на ощупь, бледные, с мраморным рисунком. Отека голени нет. Активные движения в суставах пальцев и голеностопном суставе отсутствуют, пассивные сохранены. Пульсация на бедренной артерии сохранена, на подколенной и артериях стопы отсутствует.

Какой диагноз Вы поставите больному?

Какими исследованиями подтвердите диагноз?

Какие изменения Вы отмечаете на рентгенограмме?

Какова должна быть лечебная тактика.

Ответ на ситуационную задачу № 2.

У больного эмболия подколенной артерии, ишемия II- B степени. Уточнить диагноз может ультразвуковая доплерография и артериография.

На представленной аортограмме определяется обрыв контрастированной поверхностной артерии бедра на уровне подколенной артерии.

Лечение оперативное – срочная эмболектомия с последующей консервативной терапией: препараты, улучшающие реологические свойства крови, антикоагулянты, спазмолитики, ГБО.

Тема №21 «Заболевания вен нижних конечностей. Пороки развития. Тромбофлебиты нижних конечностей. Профилактика тромбофлебитов. Илеофemorальный тромбоз.»

Ситуационная задача №1.

Женщина 34 лет пришла на амбулаторный прием к хирургу. Жалуется на боли по медиальной поверхности левой голени в нижней и средней третях бедра. Боли появились 3 дня назад в области голени и впоследствии распространились на бедро. Температура повысилась до 37,5 °С, стала затруднительной ходьба.

При осмотре по ходу варикозно измененной левой большой подкожной вены на голени и бедре имеется гиперемия кожного покрова, при пальпации в этой зоне определяется болезненный тяж. Пальпация в паховой области безболезненная. Отека стопы и голени нет.

1. Ваш диагноз?
2. Этиология и патогенез заболевания?
3. Классификация заболевания?
4. С каким заболеванием необходимо дифференцировать эту патологию?
5. Осложнения при данном заболевании?
6. Тактика лечения в зависимости от вариантов течения заболевания и объем пособия?

Ответ на ситуационную задачу № 1.

1. Варикозная болезнь вен левой нижней конечности, осложненная острым восходящим поверхностным тромбофлебитом (варикотромбофлебитом) в бассейне большой подкожной вены.
2. Триада Вирхова — изменение реологии крови (состояние гиперкоагуляции), травма стенки сосуда (повреждение эндотелия) и замедление тока крови (стаз). Способствующие факторы — возраст, ожирение, операции и травмы, длительная иммобилизация, беременность и роды, онкологические заболевания, тромбофилические состояния (генетические изменения факторов коагуляции) и др. В большинстве случаев осложняет течение варикозной болезни, реже возникает при пост-тромбофлебитической болезни.
3. -по распространенности: сегментарный (локальный), восходящий;
-по локализации: в бассейне большой или малой подкожных вен;
-по характеру воспаления: асептический (негнойный), гнойный.
4. С лимфангоитом, рожистым воспалением и аллергическим дерматитом, с ущемленной бедренной грыжей при локализации процесса в варикозной аневризме терминального отдела большой подкожной вены.
5. Тромбоз глубоких вен, тромбоэмболия легочной артерии (при восходящем тромбофлебите).
6. При сегментарном тромбофлебите на голени – консервативное лечение амбулаторно, при первичной локализации тромбоза на бедре консервативное лечение и наблюдение в стационаре, при восходящем тромбофлебите – операция Троянова-Тренделенбурга (разобщение сафено-фemorального соустья, кроссэктомия) в экстренном порядке с возможным одномоментным удалением ствола тромбированной вены и последующим решением вопроса об устранении варикозного синдрома.

Ситуационная задача №2.

У больной 45 лет 3 дня назад появились острые боли в верхней трети правой голени. К моменту обращения беспокоят боли и в правом бедре. Объективно: гиперемия кожи и резкая болезненность по ходу варикозно расширенных вен голени и нижней трети бедра.

1. Диагноз?
2. Лечебная тактика?
3. Классификация ХВН?
4. Этапы флебэктомии?
5. Рекомендации?

Ответ на ситуационную задачу № 2.

1. варикозная болезнь правой нижней конечности, осложненная острым восходящим тромбофлебитом большой подкожной вены.
2. Показана экстренная кроссэктомия (перевязка сафено-бедренного соустья с коллатеральными большой подкожной вены), стриппинг (удаление из отдельных разрезов) варикозных вен.

3. По Савельеву, СЕАР
4. Стриппинг ствола БПВ, варикозных вен.
5. Эластическое бинтование конечности 2 недели непрерывно, 2 месяца – в дневное время.

Тема №22 «Посттромбофлебитический синдром. Лечение трофических язв.»

Ситуационная задача №1.

Больной 40 лет обратился с жалобами на дефект кожи по медиальной поверхности нижней трети левой голени, существующий более 3 лет. При осмотре левая голень толще правой. Имеется отек в области стопы, нижней и средней третей голени. Кожа нижней трети голени блестящая, коричневого цвета, лишена волос, сухая, плотная, в складку не берется. Имеется варикозное расширение вен по передней и медиальной поверхности голени. Над медиальной лодыжкой округлый дефект кожи диаметром около 3 см, дно покрыто фибрином, некротическими тканями.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Клиническая классификация данной патологии?
3. Дифференциальная диагностика причин возникновения дефекта кожи?
4. План обследования больного?
5. Возможности инструментальных методов исследования?
6. Направления консервативной терапии?
7. Этапы хирургического лечения? Возможности малоинвазивных технологий?

Ответ на ситуационную задачу № 1.

1. Варикозная болезнь вен левой нижней конечности, хроническая венозная недостаточность III степени, открытая венозная трофическая язва левой голени.

2. Классификация варикозной болезни (Москва, 2000г.) учитывает форму заболевания, степень ХВН и её осложнения:

— Формы варикозной болезни:

1. Внутрикожный и подкожный сегментарный варикоз без патологического вено-венозного сброса (рефлюкса).
2. Сегментарный варикоз с рефлюксом по поверхностным или перфорантным венам.
3. Распространенный варикоз с рефлюксом по поверхностным и перфорантным венам.
4. Варикозное расширение при наличии рефлюкса по глубоким венам.

— Хроническая венозная недостаточность: 0 – III степень.

0 - Признаки отсутствуют

I - Синдром «тяжелых ног», преходящий отёк

II - Стойкий отёк, гипер- или гипопигментация, липодерматосклероз, экзема

III - Венозная трофическая язва (открытая или зажившая)

— Осложнения: кровотечение, тромбофлебит, трофическая язва

3. Дифференцировать трофические язвы при варикозной болезни, посттромбофлебитической болезни, хронической артериальной недостаточности, сахарном диабете, нейротрофических расстройствах.

4. — Функциональные пробы на клиническом этапе обследования.

— Инструментальная диагностика: ультразвуковая доплерография, ультразвуковое дуплексное сканирование вен, радионуклидная флебосцинтиграфия, посев с язвы на флору и чувствительность к антибиотикам.

5. Ультразвуковая доплерография, как метод скрининговой диагностики признаков варикозной болезни. Ультразвуковое дуплексное ангиосканирование и радионуклидная флебосцинтиграфия дают исчерпывающую информацию о состоянии подкожных, глубоких и перфорантных вен.

6. Компрессионная терапия (эластичные бинты, компрессионный трикотаж), медикаментозное лечение (флеботоники, дезагреганты, НПВС, антибиотики, стимуляторы репаративных процессов, местное лечение).

7. Первый этап – ликвидация рефлюкса по несостоятельным перфорантным венам (эндоскопическая субфасциальная диссекция, эндовазальная лазерная коагуляция, склерозирование). Второй этап – венэктомия, (кроссэктомия, удаление стволов подкожных вен и притоков) после восстановления трофики или заживления язвы.

Ситуационная задача №2.

Больная Г., 59 лет, обратилась в клинику с жалобами на боли в правой голени, повышение температуры тела до 38,5⁰С. 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 флюктуация.

1. Сформулируйте клинический диагноз: основной, осложнения основного.
2. Дифференциальный диагноз.
3. Дальнейшая хирургическая тактика.
4. Причины появления трофических язв на нижних конечностях.
5. Современные методы консервативного лечения трофических язв на почве хронической венозной недостаточности.

Ответ на ситуационную задачу № 2.

1. Варикозная болезнь III стадии. Осложнения: острый тромбоз поверхностных вен правой голени. Трофическая язва голени
2. Рожь, флегмона подкожной клетчатки,
3. Оперативное лечение. (перевязка большой подкожной вены у места впадения в бедренную, в специализированном стационаре различные варианты тромбэктомий.)
4. Застой, отёк, гипоксия, нарушение трофики
5. Эластическая компрессия конечности с помощью лечебных чулок, или бинтов, цинк-желатиновая повязка на трофическую язву, ГБО, УФО, возвышенное положение конечности, склеивающая терапия (фибровен, тромбовар, этоксисклерол), Венотоники (троксивазин, венорутон)

Тема №23 «Заболевания прямой кишки (пороки развития, геморрой, трещины заднего прохода, полипы).»

Ситуационная задача №1.

Больной 42 лет, грузчик, обратился с жалобами на боли в заднем проходе, выделение крови после акта дефекации. Подобные симптомы стали беспокоить около года назад, но в последние 3 дня кровотечение усилилось, появился шум в голове, головокружение, что затрудняет выполнение тяжелой физической работы.

Объективно: Пациент бледен. Пульс 96 в минуту удовлетворительного наполнения, АД 110/60 мм.рт.ст. В области анального жома на 3, 7, 11 часах имеются геморроидальные узлы диаметром до 1,5 см с сиреневым оттенком, на одном из них видна кровянистая корочка, кровоточащая при контакте.

Каков Ваш диагноз?

1. Клиническая классификация этого заболевания?
2. Этиопатогенез данного заболевания?
3. Какие методы обследования необходимо проводить при этом заболевании?
4. Тактика амбулаторного хирурга в данной ситуации?
5. Методы и объем неотложной помощи при этой патологии? Методы лечения данного заболевания?

Ответ на ситуационную задачу № 1.

1. Диагноз: Тромбоз наружных геморроидальных узлов. Кровопотеря средней степени тяжести.

2. Классификация:

I. По этиологии: — врожденный

— приобретенный

— первичный

— вторичный

II. По локализации: — внутренний (подслизистый)

— наружный (подкожный)

— межзачаточный (под переходной складкой)

III. По течению: — острый

— хронический

3. Этиопатогенез: возможно появление связано с конституционально-обусловленной слабостью соединительной ткани. Важное значение имеют дисфункция сосудов, усиление притока артериальной крови по улитковым артериям и снижение оттока по кавернозным венам, что приводит к увеличению размеров кавернозных телец и появлению геморроидальных узлов. Другими факторами являются: повышение венозного давления вследствие запоров, длительной работы в положе-

нии стоя и сидя, тяжелого физического труда, беременности, злоупотребление алкоголем и острой пищей.

4. Наружный осмотр, пальцевое исследование, аноскопия, ректоскопия, ректороманоскопия.

5. Тампонада анального жома, свечи с адреналином. При продолжающемся кровотечении показана геморроидэктомия, клипирование геморроидальных узлов, склерозирующая терапия, лигирование латексными кольцами, инфракрасная фотокоагуляция, электрокоагуляция.

Ситуационная задача №2.

Больной Н., 62 лет, предъявляет жалобы на боли тянущего характера в области промежности, выделение из прямой кишки слизи. При пальцевом исследовании прямой кишки в ампулярном ее отделе обнаружено несколько образований диаметром от 0,5 до 3 см. с четко определяемой ножкой. Данные образования смещаются вместе со слизистой оболочкой кишки.

1. Поставьте предварительный диагноз
2. Приведите классификацию этого заболевания.
3. Назначьте план дополнительных методов исследования
4. Определите хирургическую тактику в данном случае
5. Назовите методы оперативного лечения данной патологии

Ответ на ситуационную задачу № 2.

1. Полипы прямой кишки.
2. Полипы прямой кишки бывают одиночные, множественные, железисто-ворсинчатые
3. Общий анализ крови, общий анализ мочи, анализ крови на группу и Rh, ВИЧ, гепатиты, RW, обзорная R-графия органов грудной клетки, ЭКГ, консультация терапевта, аноскопия, ректороманоскопия, ирригоскопия, колоноскопия, биопсия.
4. При морфологическом подтверждении показано оперативное лечение (удаление полипа)
5. Эндоскопическая папилэктомия с электрокоагуляцией ножки; Трансанальное иссечение полипов с наложением швов на рану слизистой.

Тема №24 «Рак прямой кишки.»

Ситуационная задача №1.

Больной С., 37 лет, 2 месяца назад обнаружил примесь крови в каловых массах. Из анамнеза: в течение многих лет страдает запорами, отец больного в возрасте 40 лет погиб от рака прямой кишки (неоперабельного). При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких без патологии. ЧСС 72 удара в минуту, АД - 130/80 мм.рт.ст. Живот мягкий, болезненный в левом мезогастрii. Печень не увеличена. При пальцевом исследовании определяется нижний полюс плотной опухоли по задней стенке, на перчатке - кровь. Общий анализ крови: Эритроциты $3,6 \cdot 10^{12}/л$, НЬ - 102 г/л, СОЭ - 25 мм/час. Лейкоциты $7,4 \cdot 10^9/л$, формула не изменена. При колоноскопии на 7 см от ануса выявлена экзофитная, рыхлая, контактно кровоточащая опухоль до 6 см в диаметре (гистология: высокодифференцированная аденокарцинома). В ободочной кишке, начиная от печеночного изгиба, множество полипов от 0,5 до 2 см в диаметре.

1. Ваш диагноз?
2. Минимальный объем дополнительного обследования для определения лечебной тактики?
3. Характер оперативного пособия при отсутствии распространенности процесса?

Ответ на ситуационную задачу № 1.

1. Рак прямой кишки. Диффузный полипоз толстого кишечника (синдром Пейтс-Эгерса)
2. УЗИ, КТ, лимфодуктография, радиоизотопное исследование
3. Экстирпация прямой кишки (брюшно-промежностная), субтотальная резекция ободочной кишки по поводу полипоза.

Ситуационная задача №2.

Больной К., 42 лет предъявляет жалобы на выделение крови в начале акта дефекации, периодически возникающие запоры сменяющиеся поносами. При исследовании per rectum на расстоянии 8 см от ануса на 6 часах определяется нижний край опухолевидного образования плотной консистенции, исследование умеренно болезненно, опухолевидное образование, занимает до 2/3 полуокружности прямой кишки.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назначьте план обследования пациента.
3. При каком расстоянии опухоли от анального канала, какие применяются операции?
4. Какое оперативное вмешательство показано в данном случае?

Ответ на ситуационную задачу № 2.

1. Рак прямой кишки
2. Общий анализ крови, общий анализ мочи, анализ крови на группу и Rh, ВИЧ, гепатиты, RW, обзорная R-графия органов грудной клетки, обзорная R-графия органов брюшной полости, биохимический анализ крови (билирубин, глюкоза крови, мочевины, креатинин), УЗИ органов брюшной полости, ЭКГ, консультация терапевта, ректороманоскопия с обязательным забором биопсионного материала, колоноскопия, ирригоскопия.
3. Если расстояние от края опухоли до анального канала менее 8 см, показана брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки. Если расстояния от края опухоли до анального канала более 8 см, то в этом случае показана брюшно-анальная резекция прямой кишки. Если опухоль расположена в ректосигмоидном отделе прямой кишки, то показана передняя резекция прямой кишки.
4. Брюшноанальная резекция.

2.4. Написание учебной истории болезни по дисциплине «Госпитальная хирургия»:

Алгоритм написания истории болезни - студент проводит курацию предложенного преподавателем пациента и письменно оформляет историю болезни пациента по схеме:

1. Титульный лист.
2. Паспортная часть.
3. Жалобы, предъявляемые больным.
4. История настоящего заболевания.
5. История жизни.
6. Аллергологический анамнез.
7. Трансфузиологический анамнез.
8. Перенесенные ранее заболевания, травмы и операции.
9. Семейный анамнез и данные о наследственности.
10. Экспертный анамнез.
11. Общий вид больного.
12. Кожные покровы.
13. Слизистые оболочки (полости рта, конъюнктивы).
14. Подкожная клетчатка.
15. Опорно-двигательный аппарат.
16. Нервная система.
17. Органы дыхания.
18. Органы кровообращения.
19. Органы пищеварения.
20. Органы мочевого выделения.
21. Эндокринная система.
22. Status specialis (localis).
23. Предварительный диагноз.
24. План дополнительных методов исследования.
25. Клинический диагноз.
26. Показания к операции (предоперационный эпикриз) и протокол операции.
27. Дифференциальный диагноз.
28. Дневники.
29. Эпикриз (общее заключение).

3. Промежуточная аттестация по дисциплине (модулю) включает в себя экзамен

Вопросы к экзамену (ОПК-5, ОПК-6, ПК-6, ПК-8, ПК-10):

1. Анатомо-физиологические сведения о пищеводе. Классификация и методы диагностики заболеваний пищевода.
2. Эзофагоспазм и ахалазия. Определение. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика.
3. Эзофагоспазм и ахалазия. Принципы лечения. Кардиодилатация. Техника. Показания к хирургическому лечению, принципы операции.
4. Дивертикулы пищевода. Классификация. Клиника, диагностика, лечение.
5. Химические ожоги пищевода. Патогенез. Клиника острого периода. Первая помощь и принципы лечения в остром периоде.
6. Клиника рубцового сужения пищевода, локализация и формы сужения. Диагностика.

7. Рубцовые сужения пищевода. Лечение бужированием, методы бужирования, показания к ним. Хирургическое лечение.
8. Типы пластического замещения пищевода. Одномоментные и многоэтапные операции. Показания к созданию искусственного пищевода.
9. Перфорация шейного, грудного отделов пищевода. Клиника, диагностика, рентгенологическое исследование. Хирургическая тактика в зависимости от сроков и уровня перфорации, наличия осложнений.
10. Бронхоэктатическая болезнь. Определение понятия. Классификация по формам заболевания и стадиям развития процесса. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз.
11. Бронхоэктатическая болезнь. Консервативное лечение. Показания к хирургическому вмешательству. Методы предоперационной подготовки. Виды операций. Послеоперационные осложнения.
12. Бронхоэктатическая болезнь. Осложнения (ателектаз, коллапс легкого, бронхиальные свищи).
13. Острая эмпиема плевры. Определение. Классификация. Пути проникновения инфекции в плевральную полость. Клиника, диагностика.
14. Острая эмпиема плевры. Консервативное и хирургическое лечение.
15. Показания к дренированию плевральной полости (подводный дренаж, постоянная аспирация).
16. Хроническая эмпиема плевры. Определение. Причины перехода острой эмпиемы в хроническую. Клиника, диагностика, лечение.
17. Хроническая эмпиема плевры. Открытые, закрытые, открыто-закрытые методы лечения.
18. Острый абсцесс легкого. Определение. Классификация. Одиночные и множественные абсцессы, патогенез, клиника острого абсцесса, диагностика, дифференциальный диагноз.
19. Острый абсцесс легкого. Консервативные методы лечения. Показания к операции в остром периоде и виды оперативных вмешательств.
20. Острый абсцесс легкого. Осложнения. Диагностика источника кровотечения. Результаты лечения острого абсцесса и гангрены легкого.
21. Хронический абсцесс легкого. Причины и критерии перехода острого абсцесса в хронический. Медикаментозное и хирургическое лечение.
22. Хронический абсцесс легкого. Виды операций, предоперационная подготовка и ведение послеоперационного периода. Послеоперационные осложнения и их профилактика.
23. Пиопневмоторакс. Причины, формы. Клиника. Диагностика и тактика хирурга при пиопневмотораксе.
24. Недостаточность культи бронха, бронхиальный свищ. Клиника осложнений, диагностика, лечение.
25. Легочное и внутриплевральное кровотечение. Классификация, диагностика. Лечебная тактика.
26. Травмы грудной клетки. Классификация. Методы диагностики.
27. Ушиб легкого, травматическая асфиксия. Клиника, диагностика, лечение.
28. Ранения грудной клетки. Классификация, клиника, диагностика, методы лечения.
29. Пневмоторакс. Классификация, клиника, диагностика, методы лечения.
30. Инородные тела легких, осложнения. Клиника, рентгенодиагностика. Показания к хирургическому лечению.
31. Осложнения язвенной болезни. Показания к операции при язвенной болезни по Е. Л. Березову. Предоперационная подготовка. Ведение послеоперационного периода.
32. Симптоматические язвы. Гормональные язвы. Синдром Золлингера–Эллисона. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика, лечение.
33. Перфоративная язва. Диагностика. Дифференциальная диагностика в период резких болей, кажущегося улучшения и прогрессирования перитонита. Атипичные перфорации. Особенности диагностики и тактики хирурга при прикрытой перфорации язвы. Метод Тейлора.
34. Гастродуоденальные кровотечения. Причины кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Клиника, диагностика. Классификация. Дифференциальная диагностика кровотечений.
35. Болезни оперированного желудка. Классификация, клиника, диагностика. Методы консервативного лечения. Выбор метода хирургического лечения при пептических язвах, демпинг-синдроме, синдроме приводящей петли, непроходимости анастомозов.
36. Желчнокаменная болезнь. Патогенез камнеобразования. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Показания и методы операций.
37. Холедохолитиаз, рубцовые стриктуры, холангиты, опухоли желчных протоков. Клиника, диагно-

- стика, дифференциальный диагноз механической желтухи. Особенности операции при желтухе, предоперационная подготовка.
38. Постхолецистэктомический синдром. Понятие об истинном и ложном постхолецистэктомическом синдроме. Диагностика, принципы консервативного лечения. Методы интраоперационной диагностики.
 39. Бактериальные и паразитарные абсцессы печени. Этиопатогенез, клиника, диагностика и лечение.
 40. Эхинококкоз печени. Гидатидозная и альвеолярная формы эхинококкоза. Эндемические районы РФ. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Хирургическая тактика. Методы хирургического лечения.
 41. Синдром портальной гипертензии. Классификация. Гиперспленизм. Клиника и диагностика. Показания и противопоказания к хирургическому лечению портальной гипертензии. Принципы хирургического лечения.
 42. Кровотечение из расширенных вен пищевода и кардии. Консервативное лечение. Применение зонда Блекмора. Методы хирургического лечения (операции Таннера, Пациоры, прямые и не прямые portoкавальные анастомозы).
 43. Болезнь Бадда–Киари. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Методы лечения.
 44. Анатомо-физиологические сведения о селезенке. Классификация заболеваний селезенки.
 45. Заболевания селезенки, обуславливающие нарушение кровотока. Показания к спленэктомии.
 46. Заболевания поджелудочной железы. Анатомо-физиологические сведения о поджелудочной железе. Классификация заболеваний. Определение. Классификация панкреатитов.
 47. Острый панкреатит. Современное представление об этиологии и патогенезе. Патологическая анатомия. Клиника, осложнения. Дифференциальный диагноз. Лечение. Показания к хирургическому вмешательству.
 48. Хронический панкреатит. Классификация форм хронического панкреатита. Этиология и патогенез. Клиника, диагностика и дифференциальная диагностика. Специальные методы диагностики. Консервативное лечение. Показания к хирургическому лечению. Методы хирургического лечения.
 49. Опухоли поджелудочной железы. Гормонально-активные опухоли поджелудочной железы. Клиника, диагностика, лечение.
 50. Сахарный диабет и хирургические заболевания. Предоперационная подготовка. Выбор обезболивания. Особенности ведения послеоперационного периода. Осложнения, их лечение. Отдаленные результаты лечения.
 51. Инсулома. Клиника. Методы исследования. Оперативное лечение. Ведение послеоперационного периода. Результаты лечения.
 52. Ульцерогенная аденома. Этиология. Патогенез. Клиника синдрома Золлингера - Эллисона. Диагностика. Лечение. Ведение послеоперационного периода. Отдаленные результаты.
 53. Хирургическое лечение заболеваний надпочечников. Опухоль мозгового слоя надпочечников. Морфология. Клиника. Диагностика. Предоперационная подготовка. Оперативное лечение. Ведение операционного и послеоперационного периодов. Результаты лечения.
 54. Опухоли коркового слоя надпочечников. Морфология коркового слоя. Гормоны коры и их биологическое действие. Клиника гормонально-активных опухолей. Комплекс диагностических методов. Особенности ведения предоперационного и операционного периодов. Оперативное лечение. Гормонотерапия в послеоперационном периоде. Результаты лечения.
 55. Заболевания щитовидной железы. Анатомо-физиологические сведения о щитовидной железе. Классификация О. В. Николаева. Диагностика заболеваний щитовидной железы.
 56. Спорадический и эндемический зоб. Определение, патанатомия. Этиопатогенез. Классификация. Клиника, диагностика. Методы лечения. Показания к операции. Профилактика.
 57. Тиреотоксикоз. Определение, патогенез. Классификация по степени тяжести и стадиям развития. Клиника. Дифференциальный диагноз. Показания к различным видам лечения. Показания и противопоказания к операции.
 58. Предоперационная подготовка в зависимости от стадии тиреотоксикоза. Методы операций. Осложнения во время и после операции, клиника осложнений, их лечение и профилактика.
 59. Тиреоидиты и струмиты. Определение. Этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз. Консервативное и хирургическое лечение.
 60. Хирургическое лечение заболеваний паращитовидных желез. Гиперпаратиреоз. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Оперативное лечение. Ведение послеоперационного периода. Отдаленные результаты лечения.

61. Заболевания сердца. Анатомо-физиологические данные. Классификация. Методы обследования.
62. Врожденные пороки сердца. Классификация. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Показания к операции. Методы хирургического лечения.
63. Приобретенные пороки сердца. Этиология. Патогенез. Клиника, диагностика. Показания и противопоказания к операции. Методы операции.
64. Ишемическая болезнь сердца (ИБС). Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, показания к хирургическому лечению. Способы реваскуляризации миокарда.
65. Постинфарктная аневризма сердца. Классификация постинфарктных аневризм сердца. Клиника, диагностика. Показания и противопоказания к операции. Принципы хирургического лечения.
66. Перикардит. Классификация, этиология, клиника, диагностика, лечение различных форм перикардита.
67. Нарушения ритма сердца. Классификация, причины, патогенез, клиника, диагностика. Показания к хирургическому лечению. Способы электрокардиостимуляции.
68. Атеросклеротические поражения артерий. Определение. Этиопатогенез. Патологическая анатомия. Клиника различных форм. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Консервативное лечение.
69. Облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей. Показания к оперативному лечению. Методы операций. Профилактика заболевания.
70. Облитерирующий эндартериит. Определение. Этиопатогенез. Клиника, стадии заболевания. Диагностика и дифференциальная диагностика. Принципы консервативного лечения. Хирургическое лечение.
71. Болезнь Рейно. Этиология, клиника, стадии, диагностика. Консервативное и хирургическое лечение.
72. Острые артериальные тромбозы и эмболии. Этиология, клиника. Классификация. Методы диагностики. Консервативные методы лечения. Методы хирургического лечения.
73. Эмболия легочной артерии. Предрасполагающие факторы, клинические формы, методы диагностики. Консервативное лечение. Показания и противопоказания к хирургическому лечению, методы хирургического лечения. Эндovasкулярные операции.
74. Методы профилактики тромбозов и эмболии легочной артерии.
75. Заболевания вен нижних конечностей. Классификация.
76. Врожденные заболевания вен нижних конечностей (болезнь Паркс–Вебера–Рубашова, Клиппеля–Треноне). Клиника, диагностика, лечение.
77. Тромбофлебиты нижних конечностей. Определение. Классификация. Этиология, патогенез. Клиника тромбофлебита поверхностных и глубоких вен. Диагноз.
78. Тромбофлебиты нижних конечностей. Дифференциальная диагностика. Лечение. Хирургическое лечение, показания и противопоказания к нему. Методы операций. Профилактика тромбофлебитов.
79. Илеофemorальный тромбоз. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз. Показания к различным методам лечения. Лечение. Профилактика флеботромбоза.
80. Посттромбофлебитический (постфлебитический) синдром. Определение понятия. Классификация. Патогенез. Клиника различных форм постфлебитического синдрома. Диагностика, дифференциальная диагностика.
81. Значение определения проходимости и состояния клапанного аппарата глубоких вен для диагностики и выбора метода лечения постфлебитического синдрома. Консервативное лечение. Лечение трофических язв. Показания к оперативному лечению и выбор способа операции.
82. Анатомо-физиологические сведения о прямой кишке. Классификация заболеваний. Методика обследования больных с заболеваниями прямой кишки. Врожденные пороки развития заднего прохода и прямой кишки.
83. Геморрой. Определение понятия. Классификация. Этиология. Патогенез. Расширение геморроидальных вен как симптом цирроза печени, опухолей органов малого таза и других заболеваний.
84. Вторичный геморрой. Клиника геморроя и его осложнений. Консервативное лечение, оперативное лечение геморроя, выбор метода лечения. Предоперационная подготовка, ведение послеоперационного периода.
85. Трещина прямой кишки. Причины возникновения. Клиника, диагностика, лечение.

86. Полипы прямой кишки и полипоз. Клиника, диагностика, лечение.
87. Рак прямой кишки. Заболеваемость. Факторы, способствующие развитию заболевания. Классификация (по анатомическим формам роста и гистологическому строению, локализации, стадии процесса). Клиника заболевания в зависимости от анатомической формы и локализации.
88. Диагностическая ценность различных методов исследования прямой кишки (пальцевого исследования, ректороманоскопии, ирригоскопии, биопсии, УЗИ).
89. Рак прямой кишки. Причины запущенности заболевания. Дифференциальная диагностика. Методы операции. Показания к сфинктеросохраняющим и комбинированным операциям при раке прямой кишки, паллиативные операции.
90. Рак прямой кишки. Предоперационная подготовка и послеоперационное ведение больных раком прямой кишки. Лучевая терапия и химиотерапия. Отдаленные результаты лечения.

4.Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций

Основными этапами формирования указанных компетенций при изучении студентами дисциплины являются последовательное изучение содержательно связанных между собой *разделов (тем)* учебных занятий. Изучение каждого раздела (темы) предполагает овладение студентами необходимыми компетенциями. Результат аттестации студентов на различных этапах формирования компетенций показывает уровень освоения компетенций студентами.

4.1. Перечень компетенций, планируемых результатов обучения и критериев оценивания освоения компетенций

Формируемая компетенция	Содержание компетенции	Планируемые результаты обучения (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	Критерии оценивания результатов обучения (дескрипторы) по пятибалльной шкале				
			1	2	3	4	5
ОПК-5	способностью и готовностью анализировать результаты собственной деятельности для предотвращения профессиональных ошибок	Знать: этиологию, патогенез, диагностику, клинические проявления, лечение и профилактику наиболее часто встречающихся заболеваний	Отсутствие знаний этиологии, патогенеза, диагностики, клинических проявлений, лечения и профилактики наиболее часто встречающихся заболеваний	Фрагментарные знания этиологии, патогенеза, диагностики, клинических проявлений, лечения и профилактики наиболее часто встречающихся заболеваний	Общие, но не структурированные знания этиологии, патогенеза, диагностики, клинических проявлений, лечения и профилактики наиболее часто встречающихся заболеваний	В целом сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания этиологии, патогенеза, диагностики, клинических проявлений, лечения и профилактики наиболее часто встречающихся заболеваний	Сформированные систематические знания этиологии, патогенеза, диагностики, клинических проявлений, лечения и профилактики наиболее часто встречающихся заболеваний
		Уметь: использовать методы диагностики, лечения и профилактики различных заболеваний на основе профессиональных стандартов	Отсутствие умений использовать методы диагностики, лечения и профилактики различных заболеваний на основе профессиональных стандартов	Частично освоенные умения использовать методы диагностики, лечения и профилактики различных заболеваний на основе профессиональных стандартов	В целом успешно, но не систематически осуществляемые умения использовать методы диагностики, лечения и профилактики различных заболеваний на основе профессиональных стандартов	В целом успешно, но содержащие отдельные пробелы умения использовать методы диагностики, лечения и профилактики различных заболеваний на основе профессиональных стандартов	Сформированное умение использовать методы диагностики, лечения и профилактики различных заболеваний на основе профессиональных стандартов
		Владеть: Методами анализа результатов собственной деятельности на основе знания алгоритмов диагно-	Отсутствие навыков владения методами анализа результатов собственной деятельности на основе	Фрагментарное применение навыков владения методами анализа результатов собственной деятель-	В целом успешное, но не систематически проявляемое владение методами анализа результатов соб-	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы навыки владения методами анализа резуль-	Успешное и систематически применяемые навыки владения методами анализа результатов соб-

		стики, лечения и профилактики различных заболеваний для предотвращения профессиональных ошибок в рамках изучаемой дисциплины	знания алгоритмов диагностики, лечения и профилактики различных заболеваний для предотвращения профессиональных ошибок в рамках изучаемой дисциплины	ности на основе знания алгоритмов диагностики, лечения и профилактики различных заболеваний для предотвращения профессиональных ошибок в рамках изучаемой дисциплины	ственной деятельности на основе знания алгоритмов диагностики, лечения и профилактики различных заболеваний для предотвращения профессиональных ошибок в рамках изучаемой дисциплины	татов собственной деятельности на основе знания алгоритмов диагностики, лечения и профилактики различных заболеваний для предотвращения профессиональных ошибок в рамках изучаемой дисциплины	ственной деятельности на основе знания алгоритмов диагностики, лечения и профилактики различных заболеваний для предотвращения профессиональных ошибок в рамках изучаемой дисциплины
--	--	--	--	--	--	---	--

Формируемая компетенция	Содержание компетенции	Планируемые результаты обучения (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	Критерии оценивания результатов обучения (дескрипторы) по пятибалльной шкале				
			1	2	3	4	5
ОПК-6	готовностью к ведению медицинской документации	Знать: Правила ведения медицинской документации на различных этапах оказания медицинской помощи	Отсутствие знаний правил ведения медицинской документации на различных этапах оказания медицинской помощи	Фрагментарные знания правил ведения медицинской документации на различных этапах оказания медицинской помощи	Общие, но не структурированные знания правил ведения медицинской документации на различных этапах оказания медицинской помощи	В целом сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания правил ведения медицинской документации на различных этапах оказания медицинской помощи	Сформированные систематические знания правил ведения медицинской документации на различных этапах оказания медицинской помощи

		<p>Уметь: Грамотно заполнять медицинскую документацию в соответствии с профессиональными требованиями</p>	<p>Отсутствие умений грамотно заполнять медицинскую документацию в соответствии с профессиональными требованиями</p>	<p>Частично освоенные умения грамотно заполнять медицинскую документацию в соответствии с профессиональными требованиями</p>	<p>В целом успешно, но не систематически осуществляемые умения грамотно заполнять медицинскую документацию в соответствии с профессиональными требованиями</p>	<p>В целом успешно, но содержащие отдельные пробелы умения грамотно заполнять медицинскую документацию в соответствии с профессиональными требованиями</p>	<p>Сформированное умение грамотно заполнять медицинскую документацию в соответствии с профессиональными требованиями</p>
		<p>Владеть: Навыками заполнения используемых при решении конкретных профессиональных задач медицинских документов в рамках изучаемой дисциплины</p>	<p>Отсутствие навыков заполнения используемых при решении конкретных профессиональных задач медицинских документов в рамках изучаемой дисциплины</p>	<p>Фрагментарное применение навыков заполнения используемых при решении конкретных профессиональных задач медицинских документов в рамках изучаемой дисциплины</p>	<p>В целом успешное, но не систематически проявляемое владение навыками заполнения используемых при решении конкретных профессиональных задач медицинских документов в рамках изучаемой дисциплины</p>	<p>В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы навыки заполнения используемых при решении конкретных профессиональных задач медицинских документов в рамках изучаемой дисциплины</p>	<p>Успешное и систематически применяемые навыки заполнения используемых при решении конкретных профессиональных задач медицинских документов в рамках изучаемой дисциплины</p>

Формируе-	Содержание	Планируемые	Критерии оценивания результатов обучения (дескрипторы) по пятибалльной шкале
-----------	------------	-------------	--

мая компетенция	компетенции	результаты обучения (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	1	2	3	4	5
ПК-6	способностью к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра	<p>Знать: Основные патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологических форм. Принципы формулировки диагнозов на основе Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра</p> <p>Уметь: применять Международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра в своей профессиональной деятельности</p>	Отсутствие знаний основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм. Принципов формулировки диагнозов на основе Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра	Фрагментарные знания основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм. Принципов формулировки диагнозов на основе Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра	Общие, но не структурированные знания основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм. Принципов формулировки диагнозов на основе Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра	В целом сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм. Принципов формулировки диагнозов на основе Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра	Сформированные систематические знания основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм. Принципов формулировки диагнозов на основе Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра
			Отсутствие умений применять Международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра в своей профессиональной деятельности	Частично освоенные умения применять Международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра в своей профессиональной деятельности	В целом успешно, но не систематически осуществляемые умения применять Международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра в своей	В целом успешно, но содержащие отдельные пробелы умения применять Международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра в своей	Сформированное умение применять Международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра в своей профессиональной деятельности

					ей профессиональной деятельности	профессиональной деятельности	
		Владеть: навыками формулировки диагнозов у пациентов с различной нозологией на основе Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра в рамках изучаемой дисциплины	Отсутствие навыков формулировки диагнозов у пациентов с различной нозологией на основе Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра в рамках изучаемой дисциплины	Фрагментарное применение навыков формулировки диагнозов у пациентов с различной нозологией на основе Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра в рамках изучаемой дисциплины	В целом успешное, но не систематически проявляемое владение навыками формулировки диагнозов у пациентов с различной нозологией на основе Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра в рамках изучаемой дисциплины	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы навыки формулировки диагнозов у пациентов с различной нозологией на основе Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра в рамках изучаемой дисциплины	Успешное и систематически применяемые навыки формулировки диагнозов у пациентов с различной нозологией на основе Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра в рамках изучаемой дисциплины

Формируемая компетенция	Содержание компетенции	Планируемые результаты обучения (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	Критерии оценивания результатов обучения (дескрипторы) по пятибалльной шкале				
			1	2	3	4	5
ПК-8	способностью к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими	Знать: Особенности течения и возможные осложнения при различной патологии	Отсутствие знаний особенностей течения и возможных осложнений при различной патологии	Фрагментарные знания особенностей течения и возможных осложнений при различной патологии	Общие, но не структурированные знания особенностей течения и возможных осложнений при различ-	В целом сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания особенностей течения и воз-	Сформированные систематические знания особенностей течения и возможных осложнений при различ-

ПК-10	готовностью к оказанию медицинской помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи	Знать: Алгоритмы диагностики и ведения пациентов при различных острых и обострениях хронических заболеваний	Отсутствие знаний алгоритмов диагностики и ведения пациентов при различных острых и обострениях хронических заболеваний	Фрагментарные знания алгоритмов диагностики и ведения пациентов при различных острых и обострениях хронических заболеваний	Общие, но не структурированные знания алгоритмов диагностики и ведения пациентов при различных острых и обострениях хронических заболеваний	В целом сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания алгоритмов диагностики и ведения пациентов при различных острых и обострениях хронических заболеваний	Сформированные систематические знания алгоритмов диагностики и ведения пациентов при различных острых и обострениях хронических заболеваний
		Уметь: Оказывать медицинскую помощь при острых и обострениях хронических заболеваний	Отсутствие умений оказывать медицинскую помощь при острых и обострениях хронических заболеваний	Частично освоенные умения оказывать медицинскую помощь при острых и обострениях хронических заболеваний	В целом успешно, но не систематически осуществляемые умения оказывать медицинскую помощь при острых и обострениях хронических заболеваний	В целом успешно, но содержащие отдельные пробелы умения оказывать медицинскую помощь при острых и обострениях хронических заболеваний	Сформированное умение оказывать медицинскую помощь при острых и обострениях хронических заболеваний
		Владеть: Навыками оказания медицинской помощи в полном объеме при острых и обострениях хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи в рамках изучаемой дисциплины	Отсутствие навыков владения базовыми технологиями преобразования информации: текстовые, табличные редакторы; техникой работы в сети Интернет для профессиональной деятельности.	Фрагментарное применение навыков владения базовыми технологиями преобразования информации: текстовые, табличные редакторы; техникой работы в сети Интернет для профессиональной деятельности.	В целом успешное, но не систематически проявляемое владение навыками базовыми технологиями преобразования информации: текстовые, табличные редакторы; техникой работы в сети Интернет для профессиональной деятельности.	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы навыки владения базовыми технологиями преобразования информации: текстовые, табличные редакторы; техникой работы в сети Интернет для профессиональной деятельности.	Успешное и систематически применяемые навыки владения базовыми технологиями преобразования информации: текстовые, табличные редакторы; техникой работы в сети Интернет для профессиональной деятельности.

4.2 Шкала и процедура оценивания

4.2.1. процедуры оценивания компетенций (результатов)

№	Компоненты контроля	Характеристика
1.	Способ организации	традиционный;
2.	Этапы учебной деятельности	Текущий контроль успеваемости , Промежуточная аттестация
3.	Лицо, осуществляющее контроль	преподаватель
4.	Массовость охвата	Групповой, индивидуальный;
5.	Метод контроля	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, защита реферата, написание истории болезни/фрагмента истории болезни, курация/разбор тематического больного, разбор историй болезни

4.2.2 Шкалы оценивания компетенций (результатов освоения)

Для устного ответа:

- Оценка "отлично" выставляется студенту, если он глубоко и прочно усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет тесно увязывать теорию с практикой, причем не затрудняется с ответом при видоизменении вопроса, использует в ответе материал монографической литературы, правильно обосновывает принятое решение, владеет разносторонними навыками и приемами обоснования своего ответа.
- Оценка "хорошо" выставляется студенту, если он твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, владеет необходимыми навыками и приемами обоснования своего ответа.
- Оценка "удовлетворительно" выставляется студенту, если он имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала.
- Оценка "неудовлетворительно" выставляется студенту, который не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями излагает материал.
- Как правило, оценка "неудовлетворительно" ставится студентам, которые не могут изложить без ошибок, носящих принципиальный характер материал, изложенный в обязательной литературе.

Для стандартизированного тестового контроля :

- ❖ Оценка «отлично» выставляется при выполнении без ошибок более 90 % заданий.
- ❖ Оценка «хорошо» выставляется при выполнении без ошибок более 70 % заданий.
- ❖ Оценка «удовлетворительно» выставляется при выполнении без ошибок более 50 % заданий.
- ❖ Оценка «неудовлетворительно» выставляется при выполнении без ошибок менее 50 % заданий.

Для оценки решения ситуационной задачи:

- ❖ Оценка «отлично» выставляется, если задача решена грамотно, ответы на вопросы сформулированы четко. Эталонный ответ полностью соответствует решению студента, которое хорошо обосновано теоретически.
- ❖ Оценка «хорошо» выставляется, если задача решена, ответы на вопросы сформулированы не достаточно четко. Решение студента в целом соответствует эталонному ответу, но не достаточно хорошо обосновано теоретически.
- ❖ Оценка «удовлетворительно» выставляется, если задача решена не полностью, ответы не содержат всех необходимых обоснований решения.
- ❖ Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если задача не решена или имеет грубые теоретические ошибки в ответе на поставленные вопросы

Для оценки рефератов:

- ❖ Оценка «отлично» выставляется, если реферат соответствует всем требованиям оформления, представлен широкий библиографический список. Содержание реферата отражает собственный аргументированный взгляд студента на проблему. Тема раскрыта всесторонне, отмечается способность студента к интегрированию и обобщению данных первоисточников, присутствует логика изложения материала. Имеется иллюстративное сопровождение текста.
- ❖ Оценка «хорошо» выставляется, если реферат соответствует всем требованиям оформления, представлен достаточный библиографический список. Содержание реферата отражает аргу-

ментированный взгляд студента на проблему, однако отсутствует собственное видение проблемы. Тема раскрыта всесторонне, присутствует логика изложения материала.

- ❖ Оценка «удовлетворительно» выставляется, если реферат не полностью соответствует требованиям оформления, не представлен достаточный библиографический список. Аргументация взгляда на проблему не достаточно убедительна и не охватывает полностью современное состояние проблемы. Вместе с тем присутствует логика изложения материала.
- ❖ Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если тема реферата не раскрыта, отсутствует убедительная аргументация по теме работы, использовано не достаточное для раскрытия темы реферата количество литературных источников.

Для написания истории болезни/фрагмента истории болезни:

- ❖ Оценка «отлично» выставляется, если все разделы учебной истории болезни раскрыты полностью, отсутствуют ошибки при постановке предварительного, клинического диагноза, дифференциальной диагностике.

- ❖ Оценка «хорошо» выставляется, если в учебной истории болезни представлены все разделы, есть недостатки в интерпретации данных, отсутствуют ошибки при постановке предварительного, клинического диагноза, дифференциальной диагностике.

- ❖ Оценка «удовлетворительно» выставляется если в учебной истории болезни представлены все разделы, есть негрубые ошибки при постановке предварительного, клинического диагноза, дифференциальной диагностике.

- ❖ Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если допущены грубые ошибки при постановке предварительного, клинического диагноза, проведении дифференциальной диагностики.

Для разбора тематического больного:

- ❖ Отлично – студент правильно оценивает и интерпретирует данные о пациенте, грамотно проводит дифференциальную диагностику, определяет лечебную тактику.

- ❖ Хорошо – студент допускает отдельные ошибки, не принципиального характера при интерпретации данных о пациенте, проведении дифференциальной диагностики, определении лечебной тактики.

- ❖ Удовлетворительно – студент допускает частые ошибки, не принципиального характера при интерпретации данных о пациенте, проведении дифференциальной диагностики, определении лечебной тактики.

- ❖ Неудовлетворительно – студент допускает частые грубые ошибки, принципиального характера при интерпретации данных о пациенте, проведении дифференциальной диагностики, определении лечебной тактики.

Для курации больного:

- ❖ Отлично- Курация пациента обучающимся проводится с учетом строгого соблюдения этических и деонтологических норм и формы ношения медицинской одежды. Студент грамотно проводит расспрос и обследование пациента, правильно интерпретирует лабораторные и инструментальные методы исследования, проводит дифференциальную диагностику, формулирует диагноз и проводит коррекцию лечения пациента.

- ❖ Хорошо - Курация пациента обучающимся проводится с учетом строгого соблюдения этических и деонтологических норм и формы ношения медицинской одежды. Студент грамотно проводит расспрос и обследование пациента, правильно, иногда недостаточно полно интерпретирует лабораторные и инструментальные методы исследования, при проведении дифференциальной диагностики может допускать ошибки не принципиального характера, формулирует диагноз и проводит коррекцию лечения пациента.

- ❖ Удовлетворительно - Курация пациента обучающимся проводится с учетом строгого соблюдения этических и деонтологических норм и формы ношения медицинской одежды. Студент проводит расспрос и обследование пациента, допуская тактические ошибки, не всегда правильно интерпретирует лабораторные и инструментальные методы исследования, для проведения дифференциальной диагностики и формулировки диагноза и лечения пациента требуются наводящие вопросы преподавателя или чтение учебной литературы.

- ❖ Неудовлетворительно - Курация пациента обучающимся проводится без учета этических и деонтологических норм. Студент проводит расспрос и обследование пациента, допуская ошибки, которые могут привести к неправильной диагностике и лечению пациента, не правильно интерпретирует лабораторные и инструментальные методы исследования, затрудняется с проведением дифференциальной диагностики, формулировкой диагноза и назначением лечения.

Для разбора истории болезни:

- ❖ Оценка «отлично» выставляется, если все разделы истории болезни интерпретированы полностью, отсутствуют ошибки при обсуждении предварительного, клинического диагноза, дифференциальной диагностике.
- ❖ Оценка «хорошо» выставляется, если в истории болезни интерпретированы все разделы, но есть недостатки в толковании имеющихся данных, отсутствуют ошибки при обсуждении предварительного, клинического диагноза, дифференциальной диагностике.
- ❖ Оценка «удовлетворительно» выставляется если при разборе истории болезни представлены, есть негрубые ошибки при обсуждении предварительного, клинического диагноза, дифференциальной диагностике.
- ❖ Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если допущены грубые ошибки при обсуждении предварительного, клинического диагноза, проведении дифференциальной диагностики.

4.3 Шкала и процедура оценивания промежуточной аттестации

Критерии оценки экзамена (в соответствии с п.4.1.):

- ❖ Оценка «отлично» выставляется, если при ответе на все вопросы билета студент демонстрирует полную сформированность заявленных компетенций, отвечает грамотно, полно, используя знания основной и дополнительной литературы.
- ❖ Оценка «хорошо» выставляется, если при ответе на вопросы билета студент демонстрирует сформированность заявленных компетенций, грамотно отвечает в рамках обязательной литературы, возможны мелкие единичные неточности в толковании отдельных, не ключевых моментов.
- ❖ Оценка «удовлетворительно» выставляется, если при ответе на вопросы билета студент демонстрирует частичную сформированность заявленных компетенций, нуждается в дополнительных вопросах, допускает ошибки в освещении принципиальных, ключевых вопросов.
- ❖ Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если при ответе на вопросы билета у студента отсутствуют признаки сформированности компетенций, не проявляются даже поверхностные знания по существу поставленного вопроса, плохо ориентируется в обязательной литературе.