

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ  
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«ДАГЕСТАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Кафедра хирургии ФПК ППС с курсом эндохирургии**

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

# ПЕРЕЧЕНЬ ОЦЕНОЧНЫХ МАТЕРИАЛОВ

## Раздел 1. Неотложная хирургия брюшной полости

Коды контролируемых компетенций: ПК-5, ПК-6.

### Тема 1. Острый аппендицит - диагностика, дифференциальная диагностика.

#### Собеседование по контрольным вопросам:

1. Анатомия и физиология червеобразного отростка.
2. Этиология и патогенез острого аппендицита.
3. Патанатомия и классификация острого аппендицита.
4. Клиника острого аппендицита.
5. Ретроцекальное и ретроперитонеальное расположение червеобразного отростка: определение, клиника аппендицита и диагностика.
6. Газовое расположение червеобразного отростка: особенности клиники и диагностики.
7. Особенности течения острого аппендицита у детей и в пожилом возрасте.
8. Особенности течения острого аппендицита при подпеченочном, срединном и левостороннем положении червеобразного отростка.
9. Острый аппендицит у беременных.
10. Диагностика острого аппендицита.
11. Лечение острого аппендицита.
12. Дифференциальная диагностика острого аппендицита и заболеваний мочевыводящей системы.
13. Дифференциальная диагностика острого аппендицита и заболеваний половой сферы.
14. Дифференциальная диагностика острого аппендицита и перфоративной язвы желудка.
15. Хронический аппендицит.
16. Экспертиза трудоспособности при остром аппендиците.

#### Ситуационные задачи:

**Задача №1.** Больной П., 62 лет, находится в хирургическом отделении по поводу острого гангренозного аппендицита. Операция 5 суток назад. Сегодня появились боли в области послеоперационной раны, озноб, температура тела поднялась до 38,5<sup>0</sup>С.

Объективно: послеоперационная рана отечна, кожа вокруг раны гиперемирована, при пальпации определяется инфильтрация и болезненность.

Лабораторные данные: Лейкоцитоз - 32\*10<sup>9</sup>/л, п/я – 18 %, с/я – 43 %, СОЭ – 32 мм/час, определяется анизо - и - пойкилоцитоз.

1. Клинический диагноз.
2. Причина ухудшения состояния больного.
3. Какие клинические и лабораторные данные позволяют заподозрить осложнение?
4. Тактика ведения больного.
5. Какие химиотерапевтические и антисептические средства применимы в данной ситуации?
6. Нуждается ли больной в переводе в другое отделение? Если да, то в какое?
7. Виды дренирования раны.
8. Методы асептики.

**Задача №2.** У больного 36 лет утром появились ноющие боли в правой подвздошной области, усилившиеся и ставшие очень интенсивными к вечеру. Появились частые позывы на мочеиспускание, поднялась температура до 37,6<sup>0</sup>С, была однократная рвота. Раньше подобных болей больной не отмечал. Язык обложен белым налетом, суховат. Живот в правой подвздошной области напряжен, резко болезнен. Симптом Щеткина-Блюмберга справа резко

положителен. Положительны симптомы Ровзинга, Ситковского. Симптом Пастернацкого отрицателен. В моче изменений нет. Лейкоцитов в крови  $16,0 \times 10^3$  в 1мкл.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какие исследования в данном случае необходимы для дифференциальной диагностики?
3. Показания к лапароскопии?
4. План обследования?
5. Тактика хирурга?

**Задача №3.** У больной 30 лет внезапно появились сильные боли в правой подвздошной области, слабость, головокружение, кратковременная потеря сознания. Больная бледна. Пульс 120 в минуту. Температура нормальная. Язык чист, влажен. Живот принимает участие в дыхании, мягкий. В правой подвздошной области определяется болезненность. Симптом Щеткина—Блюмберга слабо положительный. Лейкоцитов в крови  $9,6 \times 10^3$  в 1мкл.

Задание.

1. О каком заболевании можно думать?
2. Что следует уточнить из анамнеза?
3. Какие дополнительные исследования помогут подтвердить предполагаемый диагноз?
4. Методы оперативного лечения?

**Задача №4.** Девушка 18 лет поступила в приемное отделение с жалобами на боли в правой подвздошной области. Боли начались внезапно 2ч назад, распространились по всему животу, иррадиировали в крестец и задний проход. Затем они локализовались в правой подвздошной области. Больная отмечала головокружение, слабость, тошноту. Последняя менструация закончилась у нее 12 дней назад (была в срок).

При осмотре отмечена бледность кожных покровов, Температура нормальная. Пульс 100 в минуту. Язык чист, влажный. Живот мягкий, в правой подвздошной области небольшое напряжение мышц. Анализ мочи без отклонений от нормы. Лейкоцитов в крови  $10,0 \cdot 10^3$  в 1мкл, эритроцитов—  $3,1 \cdot 10^6$  в 1 мкл. Гемоглобин 100 г/л.

Задание.

1. Ваш диагноз?
2. Тактика лечения?
3. План обследования.
4. Методы хирургического лечения?

**Задача №5.** У больной 32 лет во время операции, предпринятой по поводу острого аппендицита, никаких макроскопических изменений в отростке не найдено. При ревизии брюшной полости обнаружено большое количество увеличенных от 0,5 до 3 см лимфатических узлов в брыжейке тонкого кишечника.

Задание.

1. Какое заболевание у больной?
2. Существуют ли дифференциально-диагностические признаки этого заболевания?
3. Как следует поступить во время операции?
4. Тактика ведения в послеоперационном периоде?

**Задача №6.** У больного 36 лет утром появились ноющие боли в правой подвздошной области, усилившиеся и ставшие очень интенсивными к вечеру. Появились частые позывы на мочеиспускание, поднялась температура до  $37,6^\circ\text{C}$ , была однократная рвота. Раньше подобных болей больной не отмечал. Язык обложен белым налетом, суховат. Живот в правой подвздошной области напряжен, резко болезнен. Симптом Щеткина-Блюмберга справа резко положительен. Положительны симптомы Ровзинга, Ситковского. Симптом Пастернацкого отрицателен. В моче изменений нет. Лейкоцитов в крови  $16,0 \times 10^3$  в 1мкл.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какие исследования в данном случае необходимы для дифференциальной диагностики?

3. Показания к лапароскопии?
4. План обследования?
5. Тактика хирурга?

**Задача №7.** У больной 30 лет внезапно появились сильные боли в правой подвздошной области, слабость, головокружение, кратковременная потеря сознания. Больная бледна. Пульс 120 в минуту. Температура нормальная. Язык чист, влажен. Живот принимает участие в дыхании, мягкий. В правой подвздошной области определяется болезненность. Симптом Щеткина—Блюмберга слабо положительный. Лейкоцитов в крови  $9,6 \times 10^3$  в 1мкл.

Задание.

1. О каком заболевании можно думать?
2. Что следует уточнить из анамнеза?
3. Какие дополнительные исследования помогут подтвердить предполагаемый диагноз?
4. Методы оперативного лечения?

**Задача №8.** У больной 32 лет во время операции, предпринятой по поводу острого аппендицита, никаких макроскопических изменений в отростке не найдено. При ревизии брюшной полости обнаружено большое количество увеличенных от 0,5 до 3 см лимфатических узлов в брыжейке тонкого кишечника.

Задание.

1. Какое заболевание у больной?
2. Существуют ли дифференциально-диагностические признаки этого заболевания?
3. Как следует поступить во время операции?
4. Тактика ведения в послеоперационном периоде?

**Задача №9.** У больного 36 лет утром появились ноющие боли в правой подвздошной области, усилившиеся и ставшие очень интенсивными к вечеру. Появились частые позывы на мочеиспускание, поднялась температура до  $37,6^{\circ}\text{C}$ , была однократная рвота. Раньше подобных болей больной не отмечал. Язык обложен белым налетом, суховат. Живот в правой подвздошной области напряжен, резко болезнен. Симптом Щеткина-Блюмберга справа резко положителен. Положительны симптомы Ровзинга, Ситковского. Симптом Пастернацкого отрицателен. В моче изменений нет. Лейкоцитов в крови  $16,0 \times 10^3$  в 1мкл.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какие исследования в данном случае необходимы для дифференциальной диагностики?
3. Показания к лапароскопии?
4. План обследования?
5. Тактика хирурга?

**Задача №10.** У больной 25 лет, во время акта дефекации внезапно возникли боли в правой подвздошной области. Боли носили выраженный характер. Начало болей сопровождалось кратковременным обмороком.

Больная была доставлена в дежурную больницу «Скорой помощью» с диагнозом острый деструктивный аппендицит. При поступлении: жалобы на сильные постоянные боли в правой подвздошной области. Тошноту. Слабость. Головокружение. Объективно: ЧСС - 102 в мин., пульс слабого наполнения. АД - 80/40 Кожные покровы бледные. Живот резко болезненный в правой подвздошной области, там же отмечаются признаки раздражения брюшины.

1. Согласны ли вы с диагнозом поставленным врачом скорой помощи ?
2. С какими диагнозами надо дифференцировать острый аппендицит у данной больной ?
3. Какие методы инструментальной и лабораторной диагностики могут вам помочь в диагностике ?
4. Тактика и лечение ?

**Задача №11.** Больной П., 62 лет, находится в хирургическом отделении по поводу острого гангренозного аппендицита. Операция 5 суток назад. Сегодня появились боли в области послеоперационной раны, озноб, температура тела поднялась до 38,5<sup>0</sup>С.

Объективно: послеоперационная рана отечна, кожа вокруг раны гиперемирована, при пальпации определяется инфильтрация и болезненность.

Лабораторные данные: Лейкоцитоз - 32\*10<sup>9</sup>/л, п/я – 18 %, с/я – 43 %, СОЭ – 32 мм/час, определяется анизо - и - пойкилоцитоз.

1. Клинический диагноз.
2. Причина ухудшения состояния больного.
3. Какие клинические и лабораторные данные позволяют заподозрить осложнение?
4. Тактика ведения больного.
5. Какие химиотерапевтические и антисептические средства применимы в данной ситуации?
6. Нуждается ли больной в переводе в другое отделение? Если да, то в какое?
7. Виды дренирования раны.
8. Методы асептики.

**Задача №12.** У больного 36 лет утром появились ноющие боли в правой подвздошной области, усилившиеся и ставшие очень интенсивными к вечеру. Появились частые позывы на мочеиспускание, поднялась температура до 37,6<sup>0</sup>С, была однократная рвота. Раньше подобных болей больной не отмечал. Язык обложен белым налетом, суховат. Живот в правой подвздошной области напряжен, резко болезнен. Симптом Щеткина-Блюмберга справа резко положительн. Положительны симптомы Ровзинга, Ситковского. Симптом Пастернацкого отрицателен. В моче изменений нет. Лейкоцитов в крови 16,0x10<sup>3</sup> в 1мкл.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какие исследования в данном случае необходимы для дифференциальной диагностики?
3. Показания к лапароскопии?
4. План обследования?
5. Тактика хирурга?

**Задача №13.** Девушка 18 лет поступила в приемное отделение с жалобами на боли в правой подвздошной области. Боли начались внезапно 2ч назад, распространились по всему животу, иррадиировали в крестец и задний проход. Затем они локализовались в правой подвздошной области. Больная отмечала головокружение, слабость, тошноту. Последняя менструация закончилась у нее 12 дней назад (была в срок).

При осмотре отмечена бледность кожных покровов, Температура нормальная. Пульс 100 в минуту. Язык чист, влажный. Живот мягкий, в правой подвздошной области небольшое напряжение мышц. Анализ мочи без отклонений от нормы. Лейкоцитов в крови 10,0-10<sup>3</sup> в 1мкл, эритроцитов— 3,1-10<sup>6</sup> в 1 мкл. Гемоглобин 100 г/л.

*Задание.*

1. Ваш диагноз?
2. Тактика лечения?
3. План обследования.
4. Методы хирургического лечения?

**Задача №14.** У больной 32 лет во время операции, предпринятой по поводу острого аппендицита, никаких макроскопических изменений в отростке не найдено. При ревизии брюшной полости обнаружено большое количество увеличенных от 0,5 до 3 см лимфатических узлов в брыжейке тонкого кишечника.

*Задание.*

1. Какое заболевание у больной?

2. *Существуют ли дифференциально-диагностические признаки этого заболевания?*
3. *Как следует поступить во время операции?*
4. *Тактика ведения в послеоперационном периоде?*

**Задача: 15.** Больной 20 лет был прооперирован по экстренным показаниям по поводу острого гангренозного аппендицита. Операция была выполнена через 2 суток от начала заболевания. С самого начала послеоперационного периода у больного отмечалась гектическая температура и другие признаки интоксикации. Через 2 суток состояние резко ухудшилось и стало критическим. Жалобы на боли в правом подреберье. Признаки тяжелой гнойной интоксикации. Подъемы Т до 39,0С и выше. Озноб. Пс. до 120 в 1 мин. Спутанное сознание. При осмотре: живот вздут, симптомы раздражения брюшины отрицательные. В правом подреберье определяется увеличенная и болезненная печень. Появилась и нарастает желтуха. Олигурия. Лейкоциты крови - 36.000 на мкл. Л-формула: Э1, Ю5, П 16, С 72, М 2, Л 4.

Вопрос:

1. *О каком осложнении идет речь в данном случае?*
2. *В чем должно заключаться лечение?*

**Задача: 16.** У больной 25 лет, во время акта дефекации внезапно возникли боли в правой подвздошной области. Боли носили выраженный характер. Начало более сопровождалось кратковременным обмороком. Через 3 часа от начала заболевания больная была доставлена в дежурную больницу с диагнозом острый деструктивный аппендицит. При поступлении: жалобы на сильные постоянные боли в правой подвздошной и паховой области. Слабость. Сильное головокружение, из-за которого больная может только лежать. При осмотре: Пс.- 110 слабого наполнения. АД - 80/40 мм.рт.ст. Кожные покровы бледные. Живот резко болезненный в правой подвздошной области и внизу живота, там же имеются симптомы раздражения брюшины.

Вопрос:

1. *Согласны ли вы с диагнозом, который поставил врач скорой помощи? С каким диагнозом надо дифференцировать аппендицит у данной больной?*
2. *Какие методы инструментальной и лабораторной диагностики могут вам помочь в диагностике?*
3. *В чем должно заключаться лечение данного заболевания?*

**Задача: 17.** Больной 18 лет, внезапно почувствовал болевые ощущения в области эпигастрия, тошноту, была рвота. Постепенно боли опустились в низ живота. Одновременно появился частый жидкий стул, температура поднялась до 38,5. Боли постепенно нарастали. Больной самостоятельно обратился в дежурную больницу через 6 часов от начала заболевания. При осмотре общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. Пс.- 90 в 1 мин. Живот мягкий, болезненный в нижних отделах живота, включая правую и левую подвздошные области и зону над лоном. Симптомы раздражения брюшины сомнительные. После осмотра больного разными врачами было высказано сразу несколько диагностических предположений включающих пищевую токсикоинфекцию, дизентерию и острый аппендицит.

Вопрос:

1. *Скажите, действительно ли описанная выше клиника может соответствовать острому аппендициту?*
2. *Что является типичным, а что нетипичным для аппендицита в клинической картине?*
3. *Чем можно объяснить такие нехарактерные клинические проявления аппендицита.*
4. *Какие симптомы, лабораторные и инструментальные методы должны быть использованы для уточнения диагноза?*
5. *В чем должно заключаться дальнейшее лечение этого больного?*

**Задача №18.** У больной 30 лет внезапно появились сильные боли в правой подвздошной области, слабость, головокружение, кратковременная потеря сознания. Больная бледна. Пульс 120 в минуту. Температура нормальная. Язык чист, влажен. Живот принимает участие в дыхании, мягкий. В правой подвздошной области определяется болезненность. Симптом Щеткина—Блюмберга слабо положительный. Лейкоцитов в крови  $9,6 \times 10^3$  в 1мкл.

Задание.

1. О каком заболевании можно думать?
2. Что следует уточнить из анамнеза?
3. Какие дополнительные исследования помогут подтвердить предполагаемый диагноз?
4. Методы оперативного лечения?

**Задача №19.** Девушка 18 лет поступила в приемное отделение с жалобами на боли в правой подвздошной области. Боли начались внезапно 2ч назад, распространились по всему животу, иррадиировали в крестец и задний проход. Затем они локализовались в правой подвздошной области. Больная отмечала головокружение, слабость, тошноту. Последняя менструация закончилась у нее 12 дней назад (была в срок).

При осмотре отмечена бледность кожных покровов, Температура нормальная. Пульс 100 в минуту. Язык чист, влажный. Живот мягкий, в правой подвздошной области небольшое напряжение мышц. Анализ мочи без отклонений от нормы. Лейкоцитов в крови  $10,0 \cdot 10^3$  в 1мкл, эритроцитов—  $3,1 \cdot 10^6$  в 1 мкл. Гемоглобин 100 г/л.

Задание.

1. Ваш диагноз?
2. Тактика лечения?
3. План обследования.
4. Методы хирургического лечения?

**Задача №20.** У больной 32 лет во время операции, предпринятой по поводу острого аппендицита, никаких макроскопических изменений в отростке не найдено. При ревизии брюшной полости обнаружено большое количество увеличенных от 0,5 до 3 см лимфатических узлов в брыжейке тонкого кишечника.

Задание.

- a. Какое заболевание у больной?
- b. Существуют ли дифференциально-диагностические признаки этого заболевания?
- c. Как следует поступить во время операции?
- d. Тактика ведения в послеоперационном периоде?

### Тестовый контроль:

1. ИЗМЕНЕНИЕ ТИПИЧНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ АППЕНДИЦИТА МОЖЕТ ИМЕЕТ МЕСТО
  - a) в поздние сроки заболевания
  - b) у больных детского (до 3-х лет) и старческого возраста
  - b) при атипичном положении червеобразного отростка
  - г) во всех случаях
  - д) только при б) и в)
2. ПЕРВИЧНАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ БОЛЕЙ ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ ЧАЩЕ ВСЕГО БЫВАЕТ
  - a) в поясничной области
  - b) в области пупка
  - в) в эпигастральной области
  - г) в низу живота
  - д) в правой подвздошной области
3. ПОСЛЕ АППЕНДЭКТОМИИ НЕ РАЗВИВАЕТСЯ ТОЛЬКО
  - a) разлитой перитонит
  - b) забрюшинная флегмона

- в) межкишечный абсцесс
- г) аппендикулярный инфильтрат
- д) абсцесс дугласова пространства

4. В КЛАССИФИКАЦИИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА НЕ ПОЛУЧИЛО ПРИЗНАНИЕ ПОНЯТИЕ

- а) аппендикулярная колика
- б) катаральный аппендицит
- в) флегмонозный аппендицит
- г) гангренозный аппендицит
- д) перфоративный аппендицит

5. ДЛЯ МАКРОСКОПИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ПРИ КАТАРАЛЬНОМ АППЕНДИЦИТЕ НЕ ХАРАКТЕРНО

- а) утолщение червеобразного отростка
- б) тусклая серозная оболочка с множеством наполненных кровью мелких сосудов под ней, создающих впечатление яркой гиперемии
- в) наличие серого или зеленого гноя в просвете отростка
- г) отечная, ярко-красного цвета слизистой оболочкой
- д) наличие умеренного количества прозрачного реактивного выпота в брюшную полость

6. МАКРОСКОПИЧЕСКАЯ КАРТИНА ФЛЕГМОНОЗНОГО ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ВСЕМ, КРОМЕ

- а) значительного утолщения червеобразного отростка
- б) резкого отека и яркой гиперемией серозной оболочки брыжейки отростка
- в) наложения фибрина на червеобразный отросток, а возможно, и прилежащие петли кишечника
- г) наличия сукровичного вида жидкости в просвете отростка
- д) значительного мутного выпота в брюшную полость

7. НА КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА НЕ ВЛИЯЕТ ТОЛЬКО

- а) возраст больного
- б) длительность заболевания
- в) локализация червеобразного отростка
- г) пол больного
- д) степень морфологических изменений в отростке

8. СИМПТОМАМИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА ЯВЛЯЮТСЯ

- а) Кохера - Волковича
- б) Образцова
- в) Ситковского
- г) все указанные симптомы
- д) ни один из них

9. ДЛЯ КАТАРАЛЬНОГО АППЕНДИЦИТА НЕ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ СИМПТОМА

- а) Ровзинга
- б) Бартамье - Михельсона
- в) Воскресенского (симптом "рубашки")
- г) Ситковского
- д) Образцова

10. ДЛЯ КАТАРАЛЬНОГО АППЕНДИЦИТА НЕ СВОЙСТВЕННО

- а) начало заболевания с болей чаще в эпигастральной области
- б) повышение температуры до 37-37,9°C
- в) увеличение числа лейкоцитов до  $10 \times 10^9/\text{л}$
- г) наличие симптомов раздражения брюшины
- д) рвоты, чаще однократной и необильная

11. ДЛЯ ФЛЕГМОНОЗНОГО АППЕНДИЦИТА ХАРАКТЕРНО ВСЕ, КРОМЕ

- а) интенсивных, постоянных, пульсирующих болей в правой подвздошной области
- б) частой рвоты
- в) симптомов раздражения брюшины
- г) повышения температуры до 38-38,5°C



- д) лейкоцитоза  $12-20 \times 10^9/\text{л}$  со сдвигом формулы влево
12. К СИМПТОМАМ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА ОТНОСЯТ
- а) Мерфи, Мюси - Георгиевского, Ортнера
  - б) Мейо - Робсона, Образцова, Ситковского, Керте
  - в) Волковича - Кохера, Ровзинга, Образцова
  - г) Склярова, Бартамье - Михельсона
  - д) Воскресенского ("симптом рубашки"), Мондора
13. ДЛЯ ГАНГРЕНОЗНОГО АППЕНДИЦИТА НЕ ХАРАКТЕРНО
- а) резкие боли в животе
  - б) нормальная температура
  - в) низкие цифры лейкоцитоза
  - г) резкий сдвиг лейкоцитарной формулы влево
  - д) положительный симптом "токсических ножниц"
14. ДЛЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА С РЕТРОЦИКАЛЬНЫМ И ТАЗОВЫМ ПОЛОЖЕНИЕМ ОТРОСТКА НЕ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ
- а) дизурических расстройств
  - б) тенезмов и жидкого стула
  - в) симптомов выраженного раздражения брюшины
  - г) симптома Образцова
  - д) симптома Коупа
15. В ДИАГНОСТИЧЕСКИ НЕЯСНЫХ СЛУЧАЯХ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА ИСПОЛЬЗУЮТСЯ
- а) общие анализы крови и мочи
  - б) ректальное и вагинальное исследование
  - в) обзорная рентгенография брюшной полости и лапароскопия
  - г) все указанные методы
  - д) только а) и в)
16. В ТИПИЧНЫХ СЛУЧАЯХ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА ДОСТАТОЧНО
- а) тщательного расспроса больного и физикального исследования
  - б) термометрии и определения числа лейкоцитов в крови
  - в) данных общего анализа мочи
  - г) только данных а) и б)
  - д) необходимы все указанные исследования
17. ДЛЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА НЕ ХАРАКТЕРНО
- а) преобладание деструктивных форм заболевания
  - б) нередкое развитие первично-гангренозного аппендицита
  - в) стертые клинические проявления заболевания
  - г) смазанность эпигастральной фазы болевого синдрома
  - д) выраженность симптома Волковича - Кохера
18. НЕТИПИЧНЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ЛИЦ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ
- а) умеренная болезненность в правой подвздошной области
  - б) отсутствие выраженного напряжения мышц в очаге поражения
  - в) резкая выраженность перитонеальных симптомов
  - г) нормальная температура тела
  - д) незначительный лейкоцитоз и небольшой сдвиг лейкоцитарной формулы влево даже при деструктивных формах заболевания в условиях деструкции
19. ТОЛЬКО ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ ВОЗМОЖНА ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА
- а) с прободной язвой двенадцатиперстной кишки
  - б) с острым панкреатитом
  - в) с воспалением дивертикула Меккеля
  - г) с правосторонней почечной коликой
  - д) с острым холециститом
20. ДООПЕРАЦИОННАЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ВОЗМОЖНА ЛИШЬ
- а) с дивертикулитом правой половины толстой кишки

- б) с болезнью Крона
- в) с воспалением дивертикула Меккеля
- г) с тифлином
- д) с нарушением внематочной беременности

21. ДЛЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА, А НЕ ПРАВОСТОРОННЕЙ ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКИ, ХАРАКТЕРНО

- а) наличие свежих эритроцитов в моче
- б) острые боли в правой поясничной или подвздошной области
- в) иррадиация болей в правое бедро, промежность
- г) Напряжение мышц в правой подвздошной области
- д) дизурические расстройства

22. ИЗ ДОСТУПОВ, ПРИМЕНЯЕМЫХ ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ, ЧАЩЕ ИСПОЛЬЗУЮТ

- а) косой разрез Мак - Бурнея - Волковича - Дьяконова
- б) поперечный разрез Колесова
- в) параректальный доступ Ланнандера
- г) доступ Пирогова
- д) нижнесрединную лапаротомию

23. В ДИАГНОСТИЧЕСКИ НЕЯСНЫХ СЛУЧАЯХ И РАЗЛИТОМ ПЕРИТОНИТЕ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- а) косой разрез Мак - Бурнея - Волковича - Дьяконова
- б) поперечный разрез Колесова
- в) параректальный доступ Ланнандера
- г) доступ Пирогова
- д) срединную лапаротомию

24. НАИЛУЧШИЕ УСЛОВИЯ ДЛЯ РАСШИРЕНИЯ РАНЫ ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ ОБЕСПЕЧИВАЕТ

- а) косой разрез Мак - Бурнея - Волковича - Дьяконова
- б) поперечный разрез Колесова
- в) параректальный доступ Ланнандера
- г) доступ Пирогова
- д) нижнесрединную лапаротомию

25. ТРУДНОСТИ ВО ВРЕМЯ АППЕНДЭКТОМИИ МОГУТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕННЫ

- а) выбором вида обезболивания
- б) операционным доступом
- в) длиной кожного разреза
- г) только б) и в)
- д) всеми факторами

26. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ЛИШЬ КАТАРАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ В ОТРОСТКЕХИРУРГ ОБЯЗАН

- а) выполнить аппендэктомию и уйти из брюшной полости, ушив рану наглухо
- б) провести ревизию брюшной полости и убедившись в отсутствии другой патологии, выполнить аппендэктомию
- в) провести ревизию органов брюшной полости и убедившись в отсутствии другой патологии, уйти из брюшной полости ушив рану наглухо
- г) может быть оправдана любая тактика
- д) правильно следует признать тактику б) и а)

27. РЕВИЗИЯ ДИСТАЛЬНЫХ ОТДЕЛОВ ПОДВЗДОШНОЙ КИШКИ ПРИ АППЕНДЭКТОМИИ ПОЗВОЛЯЕТ ИСКЛЮЧИТЬ ВСЕ, КРОМЕ

- а) аскаридоза
- б) неспецифического язвенного колита
- в) мезентерального лимфаденита
- г) воспаленного дивертикула Меккеля
- д) болезни Крона

28. ДРЕНИРОВАНИЕ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПОСЛЕ АППЕНДЭКТОМИИ ОПРАВДАНО

- а) при флегмонозном аппендиците
- б) при гангренозном аппендиците
- в) при перфоративном аппендиците
- г) только при перфоративном и гангренозном аппендиците
- д) при флегмонозном, гангренозном и перфоративном

29. НАИМЕНЕЕ ОПАСНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ДЛЯ ЖИЗНИ, ПОСЛЕ АППЕНДЭКТОМИИ, ЯВЛЯЕТСЯ
- эвентрация
  - локализованные гнойники
  - толстокишечный свищ
  - множественные лигатурные свищи
  - эпифасциальная флегмона
30. НАГНОЕНИЮ РАНЫ, ПОСЛЕ АППЕНДЭКТОМИИ, СПОСОБСТВУЕТ ВСЕ, КРОМЕ
- широких операционных доступов
  - травмы мягких тканей во время операции
  - недостаточного отграничения раны от кожи
  - инфицирования подкожной жировой клетчатки
  - выведения дренажей брюшной полости через операционную рану
31. РАЗВИТИЮ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА СПОСОБСТВУЮТ
- застой содержимого червеобразного отростка
  - глистная инвазия
  - изменение реактивности организма при инфекции
  - все перечисленное
  - ничто из вышеуказанного
32. НАРКОЗ, КАК МЕТОД АНЕСТЕЗИИ ПРИ АППЕНДЭКТОМИИ, ПОКАЗАН ВСЕМ, КРОМЕ
- детей
  - больных с ожирением
  - душевнобольных и психически неуравновешанных
  - диагностически неясных случаях
  - больных с тяжелой сердечно-легочной недостаточностью
33. Развитие патологического процесса при остром аппендиците начинается:
- с серозного покрова червеобразного отростка
  - со слизистой червеобразного отростка
  - с мышечного слоя червеобразного отростка
  - с купола слепой кишки
  - с терминального отдела тонкой кишки
34. Экстренная аппендэктомия не показана при:
- остром простом аппендиците
  - остром аппендиците во второй половине беременности
  - первом приступе острого аппендицита
  - неясном диагнозе у пожилых больных
  - остром аппендиците у детей
35. Что наиболее опасно применять при подозрении на острый аппендицит?
- пузырь со льдом
  - антибиотики
  - промывание желудка
  - слабительное или клизму
36. 66-летний больной обратился с жалобами на повышение температуры, боли в левой подвздошной области и признаки кишечного дискомфорта. При пальпации в левой подвздошной области - ригидность мышц. Ваш предположительный диагноз?
- заворот сигмовидной кишки
  - дивертикулит
  - острый аппендицит
  - язвенный колит с атипичным расположением отростка
  - болезнь Гришпрунга.
37. Для отличия острого аппендицита от апоплексии яичника необходимо учитывать следующие признаки:
- симптом Кохера-Волковича
  - симптом Промптова
  - головокружение или обморочное состояние
  - симптом Бартомье-Михельсона
  - все правильно

38. Острый аппендицит следует дифференцировать с:
1. пиелонефритом
  2. острым холециститом
  3. острым аднекситом
  4. острым гастроэнтеритом
  5. все правильно
39. АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ВСЕМ, КРОМЕ
- а) большой распространенности заболевания
  - б) значительного числа операций, выполняемых ежегодно по поводу острого аппендицита
  - в) наиболее частотой заболеваемости в возрасте 30-40 лет
  - г) стойкой (около 0,5%) летальностью
  - д) нередким развитием тяжелых осложнений
40. ИСТОЧНИКОМ ОШИБОК ДИАГНОСТИКИ ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ ВСЕ, КРОМЕ
- а) недостаточного знания клиники и диагностики острого аппендицита
  - б) переоценки значения симптома Щеткина - Блюмберга
  - в) недоучета возможных изменений типичной клинической картины острого аппендицита
  - г) поспешного и поверхностного собрании анамнеза
  - д) неиспользования дополнительных методов исследования
41. ДЛЯ ГАНГРЕНОЗНОГО АППЕНДИЦИТА ХАРАКТЕРНО ВСЕ, КРОМЕ
- а) гнойного выпота с каловым запахом
  - б) обильных фибриновых наложений на органах и тканях, окружающих червеобразный отросток
  - в) перфорации отростка в области некроза
  - г) ограниченного или тотального некроза стенки грязно-серого цвета
  - д) флегмонозных изменений в сохранившейся жизнеспособность стенке отростка
42. НЕ ТИПИЧНО ДЛЯ ФЛЕГМОНОЗНОГО АППЕНДИЦИТА
- а) напряжение мышц в правой половине живота
  - б) повышение температуры тела до 38-38,5°C
  - в) симптом Щеткина - Блюмберга, Воскресенского, Роздольского
  - г) лейкоцитов до  $10 \times 10^9/\text{л}$
  - д) симптомы Ровзинга, Ситковского, Бартамы - Михельсона
43. ТОЛЬКО ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ НАБЛЮДАЕТСЯ СИМПТОМ
- а) Волковича - Кохера
  - б) Ровзинга
  - в) Воскресенского ("симптом рубашки")
  - г) все три симптома
  - д) ни один из них
44. ВОВЛЕЧЕНИЕ В ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС БРЮШИНЫ ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ НЕ ОТРАЖАЕТ ЛИШЬ СИМПТОМ
- а) Щеткина - Блюмберга
  - б) Роздольского
  - в) Воскресенского ("симптом рубашки")
  - г) Ровзинга
  - д) напряжение мышц передней брюшной стенки
45. НА РАЗДРАЖЕНИЕ ПАРИЕТАЛЬНОЙ БРЮШИНЫ ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ УКАЗЫВАЕТ
- а) симптом Образцова
  - б) отставание при дыхании правой подвздошной области
  - в) симптом Волковича - Кохера
  - г) гиперестезия в правой подвздошной области
  - д) симптом Ситковского
46. ДЛЯ ГАНГРЕНОЗНОГО АППЕНДИЦИТА НЕ ХАРАКТЕРНО
- а) тахикардия до 100-120 уд/мин
  - б) лейкоцитоз  $20 \times 10^9/\text{л}$  и выше

- в) выраженный сдвиг лейкоцитарной формулы влево  
 г) положительные аппендикулярные симптомы  
 д) тяжелое общее состояние
56. НЕ ТИПИЧНЫМ ДЛЯ ГАНГРЕНОЗНОГО АППЕНДИЦИТА ЯВЛЯЕТСЯ  
 а) сухой, обложенный язык  
 б) повторная рвота, необлегчающая состояния больного  
 в) симптомы раздражения брюшины  
 г) нормальная температура  
 д) ослабление или отсутствие перистальтики
57. ДЛЯ РЕТРОЦЕКАЛЬНОГО АППЕНДИЦИТА ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ  
 а) резкая выраженность симптомов Ровзинга, Ситковского, Баргамье - Михельсона  
 б) слабая выраженность или отсутствие симптома Воскресенского  
 в) резкая выраженность симптома Щеткина - Блюмберга  
 г) напряжение мышц в области треугольника Пти  
 д) возможность развития забрюшинной флегмоны
58. В ДИАГНОСТИКЕ ТАЗОВОГО АППЕНДИЦИТА СЛЕДУЕТ ОРИЕНТИРОВАТЬСЯ НА ВСЕ, КРОМЕ  
 а) быстрого отграничения процесса воспаления в полости таза  
 б) частого развития забрюшинной флегмоны  
 в) слабой выраженности или отсутствия симптомов раздражения брюшины  
 г) нечеткости аппендикулярных симптомов  
 д) исключительной ценности ректального и вагинального исследований
59. ПРИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА И УРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ВСЕ, КРОМЕ  
 а) урографии  
 б) хромоцистоскопии  
 в) обзорной рентгенографии почек  
 г) анализа мочи  
 д) изотопной реографии
60. В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА МОГУТ БЫТЬ ИСПОЛЬЗОВАНЫ  
 а) лапароцентез, тепловидение и ирригоскопия  
 б) внутритазовая блокада по Школьникову - Селиванову и лапароскопия  
 в) лапароскопия, тепловидение и лапароцентез  
 г) компьютерная томография и лапароскопия  
 д) УЗИ, ирригоскопия и лапароцентез
61. ДЛЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У БЕРЕМЕННЫХ ХАРАКТЕРНО ВСЕ, КРОМЕ  
 а) наличия при нормальном течении беременности признаков сходных с таковыми при остром аппендиците  
 б) особенностей течения острого аппендицита в первой половине беременности  
 в) существенных отличий проявлений острого аппендицита во второй половине беременности  
 г) причин, обуславливающих более частое развитие у них острого аппендицита  
 д) возможности прерывания беременности и гибели плода
62. ДЛЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА ВО ВТОРОЙ ПОЛОВИНЕ БЕРЕМЕННОСТИ НЕ ХАРАКТЕРНО  
 а) слабая выраженность болевого синдрома  
 б) высокая локализация болей в правой половине живота  
 в) хорошая выраженность симптома Образцова  
 г) отсутствие типичного симптома Волковича - Кохера  
 д) более низкие показатели температуры, лейкоцитоза
63. ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ У БЕРЕМЕННЫХ ПРОТИВОПОКАЗАНО  
 а) активная хирургическая тактика  
 б) использование местной анестезии  
 в) применение доступа Дьяконова

- особенно с разрезом выше подвздошной кости
- г) завершать операцию с тампоном в брюшной полости
- д) постельный режим после операции
64. ДЛЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА  
У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА  
НЕ ХАРАКТЕРНО
- а) преобладание деструктивных форм заболевания
- б) нередкое развитие первично-гангренозного аппендицита
- в) стертое клиническое проявления заболевания
- г) смазанность эпигастральной фазы болевого синдрома
- д) выраженность симптома Волковича - Кохера
65. В ОТЛИЧИЕ ОТ ОСТРОГО ГАСТРИТА  
ДЛЯ ЭПИГАСТРАЛЬНОЙ ФАЗЫ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА  
НЕ ХАРАКТЕРНО
- а) возникновение боли в эпигастральной области  
после обильной острой пищи  
или употребления алкогольных суррогатов
- б) исчезновение боли в эпигастральной области  
спустя 3-8 часов после появления
- в) иррадиация боли в эпигастральной области  
спустя 36 часов после появления
- г) резкая болезненность в эпигастральной области при пальпации  
в начале заболевания
- д) умеренная разлитая болезненность при пальпации по всему животу
66. ТОЛЬКО ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ ВОЗМОЖНА  
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА
- а) с прободной язвой двенадцатиперстной кишки
- б) с острым панкреатитом
- в) с воспалением дивертикула Меккеля
- г) с правосторонней почечной коликой
- д) с острым холециститом
67. В ЭПИГАСТРАЛЬНОЙ ФАЗЕ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА  
И ПРИ ОСТРОМ ГАСТРИТЕ НАБЛЮДАЕТСЯ ВСЕ, КРОМЕ
- а) болей в эпигастральной области
- б) потери аппетита, тошноты, рвоты
- в) умеренного нейтрального лейкоцитоза
- г) симптома Волковича - Кохера
- д) субфебрильной температуры
68. СИМПТОМАМИ, БОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМИ  
ДЛЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА НЕЖЕЛИ ДЛЯ ГАСТРОЭНТЕРИТА, ЯВЛЯЮТСЯ
- а) внезапное начало с сильными схваткообразными болями
- б) рвота сначала съеденной пищей, а потом желчью,  
появляющейся одновременно с болями
- в) отсутствие локальной болезненности и перитонеальных симптомов
- г) симптомы раздражения брюшины
- д) появление жидкого стула на фоне схваткообразных болей
69. ДЛЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА,  
В ОТЛИЧИЕ ОТ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ, ХАРАКТЕРНО, ВСЕ КРОМЕ
- а) повышения температуры
- б) нейтрофильного сдвига влево в картине крови
- в) постоянной локализации боли в эпигастральной области
- г) симптома Волковича - Кохера
- д) возможной локализации боли в поясничной области
70. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА  
И ПЕРФОРАТИВНОЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЫ  
ПОМОГАЕТ ВСЕ, КРОМЕ
- а) тщательно собранного анамнеза
- б) обзорной рентгенографии брюшной полости
- в) лапароскопии
- г) лапароцентеза с использованием "шарящего" катетера
- д) компьютерной томографии

71. ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ И ПЕРФОРАТИВНОЙ ЯЗВЕ МОГУТ ИМЕТЬ МЕСТО СИМПТОМЫ ВСЕ, КРОМЕ
- Волковича - Кохера
  - Спижарного
  - Щеткина - Блюмберга
  - Воскресенского (симптом "рубашки")
  - Крымова
72. ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА И ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКИ ИСПОЛЬЗУЮТ ВСЕ, КРОМЕ
- общего анализа мочи
  - хромоцистоскопии
  - пункции (катетеризация) мочевого пузыря
  - внутривенная урографии
  - обзорной рентгенографии живота
73. В ПЕРВЫЕ ЧАСЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ ДЛЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА БОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО В ОТЛИЧИЕ ОТ ПАНКРЕАТИТА
- беспокойное поведение больного
  - повышение температуры
  - парез кишечника и вздутие живота в эпигастральной области
  - интенсивные боли в эпигастральной области
  - повторная рвота
74. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ МЕЖДУ ОСТРЫМ АППЕНДИЦИТОМ И ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ МОЖЕТ ПОМОЧЬ ВСЕ, КРОМЕ
- общего анализа крови
  - определения диастазы (амилазы) в моче
  - лапароскопии
  - тепловидения
  - обзорной рентгенографии живота
75. ПРИ ФЛЕГМОНОЗНОМ АППЕНДИЦИТЕ ХИРУРГ ОБЯЗАН
- провести тщательную ревизию органов брюшной полости
  - выполнить аппендэктомию
  - осушить брюшную полость и зашить рану наглухо
  - все действия правильны
  - только б) и в)
79. ЗАКРЫВАЯ РАНУ БРЮШНОЙ СТЕНКИ ПОСЛЕ АППЕНДЭКТОМИИ ХИРУРГ НЕ ДОЛЖЕН
- последовательно ушивать брюшину и мышцы
  - выводить дренаж через отдельный прокол брюшной стенки
  - выводить тампоны через основной разрез
  - при срединном доступе выводить тампон через отдельный разрез, а основной ушивать наглухо
  - накладывать глухой шов на кожу и подкожную клетчатку при значительном загрязнении операционной раны
80. АНТИБИОТИКОМ ВЫБОРА ДЛЯ ВНУТРИВЕННОГО ВВЕДЕНИЯ ПРИ ОСЛОЖНЕННОМ АППЕНДИЦИТЕ, ЯВЛЯЕТСЯ
- канамицин
  - гентамицин
  - неомицин
  - ампициллин
  - тетрациклин
82. К КЛИНИЧЕСКИМ ФОРМАМ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА ОТНОСЯТ ВСЕ, КРОМЕ
- катарального
  - флегмонозного
  - гангренозного
  - перфоративного
  - аппендикулярного инфильтрата
84. ТОЛЬКО ДО АППЕНДЭКТОМИИ ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ

- а) перитонит
  - б) аппендикулярный абсцесс
  - в) подпеченочный абсцесс
  - г) эпифасциальная флегмона
  - д) любое из этих осложнений
85. ТОЛЬКО ПОСЛЕ АППЕНДЭКТОМИИ НАБЛЮДАЕТСЯ
- а) забрюшинная флегмона
  - б) периаппендикулярный абсцесс
  - в) абсцесс правой подвздошной ямки
  - г) эпифасциальная флегмона
  - д) пилефлебит
98. ПЛАНОВАЯ АППЕНДЭКТОМИЯ ПОСЛЕ РАССАСЫВАНИЯ АППЕНДИКУЛЯРНОГО ИНФИЛЬТРАТА ВЫПОЛНЯЕТСЯ
- а) не ранее чем через 2 недели
  - б) спустя 1 месяц
  - в) по истечении 3-4 месяцев
  - г) через 2-3 месяца
  - д) не ранее 6-8 месяцев
102. ТЕХНИЧЕСКИМИ ОШИБКАМИ ВО ВРЕМЯ АППЕНДЭКТОМИИ БУДЕТ ВСЕ, КРОМЕ
- а) перевязки брыжейки червеобразного отростка без предварительного пережатия ее зажимом Кохера
  - б) взятия в одну лигатуру большого участка брыжейки
  - в) недостаточного освобождения основания отростка и оставление длиной культи
  - г) перевязки отростка кетгутом
  - д) перевязки отростка без предварительного пережатия его у основания зажимом Кохера
105. МЕСТНАЯ АНЕСТЕЗИЯ ПРИ АППЕНДЭКТОМИИ
- а) технически упрощает операцию
  - б) укорачивает время хирургического вмешательства
  - в) облегчает широкое обследование брюшной полости
  - г) расширяет возможности полноценной санации брюшной полости
  - д) снижает частоту легочных осложнений
106. НАРКОЗ, КАК МЕТОД АНЕСТЕЗИИ ПРИ АППЕНДЭКТОМИИ, ПОКАЗАН ВСЕМ, КРОМЕ
- а) детей
  - б) больных с ожирением
  - в) душевнобольных и психически неуравновешанных
  - г) диагностически неясных случаях
  - д) больных с тяжелой сердечно-легочной недостаточностью
107. Для диагностики острого аппендицита не применяют:
- а) пальпацию брюшной стенки
  - б) клинический анализ крови
  - в) пальцевое ректальное исследование
  - г) ирригоскопию
  - д) влагалищное исследование
108. Противопоказанием к экстренной аппендэктомии является:
- а) аппендикулярный инфильтрат
  - б) инфаркт миокарда
  - в) вторая половина беременности
  - г) геморрагический диатез
  - д) разлитой перитонит
109. Типичными осложнениями острого аппендицита являются все, кроме:
- а) аппендикулярного инфильтрата
  - б) парааппендикулярного абсцесса
  - в) местного перитонита
  - г) разлитого перитонита
  - д) воспаления дивертикула Меккеля
110. При остром катаральном аппендиците не наблюдается симптом:
- а) Щеткина - Блюмберга
  - б) Кохера-Волковича
  - в) Бартомье - Михельсона
  - г) Ровзинга
  - д) Ситковского



111. Симптомами аппендикулярного инфильтрата являются все, кроме:
- субфебрильной температуры
  - симптома Ровзинга
  - профузных поносов
  - лейкоцитоза
  - пальпируемого образования в правой подвздошной области
112. Развитие патологического процесса при остром аппендиците начинается:
- с серозного покрова червеобразного отростка
  - со слизистой червеобразного отростка
  - с мышечного слоя червеобразного отростка
  - с купола слепой кишки
  - с терминального отдела тонкой кишки
113. Дивертикул Меккеля локализуется на:
- тощей кишке
  - подвздошной кишке
  - восходящем отделе ободочной кишки
  - слепой кишке
  - сигмовидной кишке
114. При остром флегмонозном аппендиците не наблюдается симптом:
- Воскресенского
  - Ровзинга
  - Кохера-Волковича
  - Мюсси-Георгиевского
  - Щеткина-Блюмберга
115. При диагностике острого аппендицита у беременных особенно важен симптом:
- Раздольского
  - "Ситковского наоборот"
  - Воскресенского
  - Ровзинга
  - Образцова
116. При невозможности осмотреть червеобразный отросток во время лапароскопии тактика хирурга будет:
- завершить лапароскопию и наблюдать больного
  - произвести лапаротомию разрезом Волковича-Дьконова и попытаться выделить червеобразный отросток
  - произвести ниже-срединную лапаротомию
  - назначить больному большую дозу антибиотиков
  - пригласить более опытного эндоскописта
117. Типичным для острого аппендицита считается уровень лейкоцитов в анализе крови:
- 4-10 тыс
  - 7-10 тыс
  - 7-15 тыс
  - 10-15 тыс
  - 15 -20 тыс
118. Наиболее ценным при диагностике ретроцекального расположения червеобразного отростка является симптом:
- Раздольского
  - Щеткина-Блюмберга
  - Ситковского
  - Ровзинга
  - Коупа
119. При обнаружении плотного аппендикулярного инфильтрата во время операции следует:
- попытаться его разделить и произвести аппендэктомию
  - установить тампоны к инфильтрату и завершить операцию
  - не разделять инфильтрат, подвести дренажную трубку, ушить рану
  - произвести широкую лапаротомию
  - пригласить более опытного хирурга
120. Для тазового расположения червеобразного отростка характерно:
- положительный симптом Щеткина-Блюмберга
  - высокая температура тела
  - напряжение мышц над лоном
  - резкая болезненность при ректальном исследовании
  - высокий лейкоцитоз
121. Острый аппендицит у пожилых больных протекает с:
- высокой температурой тела
  - нормальной температурой тела
  - выраженными явлениями интоксикации
  - резко положительным симптомом Щеткина-Блюмберга
  - многократной рвотой

122. Наиболее информативным методом исследования при остром аппендиците является:
- общий анализ крови
  - УЗИ брюшной полости
  - рентгенография брюшной полости
  - лапароскопия.
  - термография
123. Симптомами, позволяющими заподозрить болезнь Крона, являются:
- боли в правой подвздошной области
  - понос
  - лихорадка
  - все перечисленное верно
  - все перечисленное неверно
124. При клинике гнойного перитонита аппендикулярного происхождения следует произвести лапаротомию:
- разрезом Волковича-Дьяконова
  - параректальным доступом
  - нижне-срединную
  - все перечисленное верно
  - все перечисленное неверно
125. Что предпринять во время операции при отсутствии изменений в червеобразном отростке:
- осмотреть 1 метр подвздошной кишки и правые придатки матки
  - расширить рану и произвести ревизию всей брюшной полости
  - рану ушить, произвести срединную лапаротомию
  - завершить операцию
  - произвести аппендэктомию
126. Важнейшим в диагностике абсцесса Дугласова пространства является:
- ректороманоскопия
  - лапароскопия
  - перкуссия и аускультация живота
  - пальцевое исследование прямой кишки
  - рентгеноскопия брюшной полости.
135. Появление "шума плеска" при острой кишечной непроходимости объясняется:
- наличием выпота в брюшной полости
  - скоплением жидкости и газа в приводящей петле кишечника
  - скоплением жидкости и газа в отводящей петле кишечника
  - наличием свободного газа в брюшной полости
137. По какому признаку можно отличить червеобразный отросток от дивертикула Меккеля?
- по наличию у червеобразного отростка брыжейки;
  - по сероватому цвету червеобразного отростка;
  - по большей длине червеобразного отростка;
  - по S-образному изгибу червеобразного отростка в отличие от прямолинейного Меккелева дивертикула;
  - по жировым отросткам на Меккелевом дивертикуле.
138. Какую линию необходимо предварительно провести для расчета доступа по Мак-Бурнею-Волковичу-Дьяконову?
- линию, соединяющую концы реберных дуг;
  - линию, соединяющую верхние передние подвздошные ости;
  - линию, соединяющую пупок и середину паховой связки;
  - линию, соединяющую пупок и правую верхнюю подвздошную ость;
  - линию на 3-4 см выше паховой связки.
139. Где находится точка Мак-Бурнея?
- на середине линии соединяющей пупок и правую верхнюю подвздошную ость;
  - на середине линии соединяющей пупок и среднюю часть паховой связки;
  - на границе наружной и средней трети линии, соединяющей пупок и правую верхнюю переднюю подвздошную ость;
  - на 3 см ниже пупка;
  - на 2 см выше пупка.
140. Какой недостаток имеет параректальный доступ, применяемый для аппендэктомии?
- возможность нарушения иннервации и кровоснабжения правой прямой мышцы живота;
  - неудовлетворительные геометрические характеристики;
  - невозможность расширения доступа;
  - получение в перспективе плохого косметического результата;
  - несовпадение с проекцией червеобразного отростка.
141. Почему доступ по Мак-Бурнею-Волковичу-Дьяконову для аппендэктомии классифицируется как переменный?

- а) из-за чередования острого и тупого способов разъединения тканей;
- б) из-за несовпадения линии разреза кожи с линией разъединения мышц;
- в) из-за несовпадения линии кожного разреза с линией рассечения брюшины;
- г) из-за косо направленного разреза;
- д) из-за последовательного разъединения тупым способом мышц передне-боковой брюшной стенки с различным направлением волокон.

142. Кто является автором параректального доступа к червеобразному отростку?

- а) Кохер;
- б) Федоров;
- в) Пирогов;
- г) Вишневский (старший);
- д) Леннандер.

143. На каком расстоянии от основания червеобразного отростка накладывают кисетный шов на слепую кишку?

- а) непосредственно у основания отростка;
- б) отступя 1,0-1,5 см;
- в) отступя 3-4 см;
- г) отступя 5-6 см;
- д) расстояние определяется выраженностью воспалительного процесса в червеобразном отростке.

144. Что нужно сделать для выделения ретроцекально-забрюшинного расположенного червеобразного отростка?

- а) максимально отвести слепую кишку латерально;
- б) вскрыть просвет слепой кишки;
- в) максимально отвести слепую кишку медиально;
- г) произвести мобилизацию слепой кишки;
- д) произвести резекцию слепой кишки.

145. Какую длину не должна превышать культя червеобразного отростка?

- а) 0,1-0,3 см;
- б) 0,3-0,5 см;
- в) 0,5-0,8 см;
- г) 0,8-1,0 см;
- д) 1,1-1,5 см.

146. Какой сосуд может быть поврежден при расширении доступа Мак-Бурнея-Волковича-Дьяконова в нижнемедиальном направлении?

- а) межреберные артерия и вена;
- б) пупочная вена;
- в) нижняя надчревная артерия и вена;
- г) облитерированный мочево́й проток;
- д) облитерированная пупочная артерия.

147. Какой недостаток выявлен у циркулярного кисетного шва, используемого для погружения культи червеобразного отростка?

- а) склонность к разрыву нити;
- б) гофрирование стенки слепой кишки;
- в) возможность формирования гнойного абсцесса в зоне погружения культи;
- г) неплотное прилегание друг к другу стенок кишки;
- д) все вышеприведенные недостатки.

148. Какой способ перитонизации культи червеобразного отростка целесообразно использовать при инфильтрированной стенке слепой кишки?

- а) S-образный кисетный шов по А.А. Русанову;
- б) погружение культи узловыми швами с дополнительной перитонизацией лоскутом париетальной брюшины;
- в) иссечение купола слепой кишки;
- г) дополнительное наложение Z-образного шва;
- д) возможно использование всех вышеперечисленных методов.

149. Где могут располагаться аппендикулярные абсцессы в брюшной полости?

- а) впереди слепой кишки;
- б) в подпеченочном пространстве;
- в) с латеральной стороны слепой кишки;
- г) в малом тазу;
- д) во всех выше перечисленных местах.

150. Как часто встречается дивертикул Меккеля?

- а) в 2% случаев;
- б) в 2-4% случаев;

- в) в 4-6 % случаев;
- г) в 6-8 % случаев;
- д) в 8-10% случаев.

151. Какую типичную локализацию имеет дивертикул Меккеля?

- а) на 50-60 мм проксимальнее илеоцекального угла;
- б) на 10-20 мм проксимальнее илеоцекального угла;
- в) на 40-100 мм проксимальнее илеоцекального угла;
- г) на 20-40 мм проксимальнее илеоцекального угла;
- д) на 10-40 мм проксимальнее илеоцекального угла.

### Практические навыки

1. Симптомы острого аппендицита
2. Симптомы аппендицита при ретроцекальном расположении аппендикулярного отростка
3. УЗИ картина острого аппендицита
4. Оперативные доступы для аппендэктомии
5. Оперативная техника типичной аппендэктомии
6. Техника типичной аппендэктомии
7. Техника ретроградной аппендэктомии

### **Тема 2. Осложнения острого аппендицита, профилактика, лечение.**

#### Собеседование по контрольным вопросам:

1. Ретроцекальное и ретроперитонеальное расположение червеобразного отростка: определение, клиника аппендицита и диагностика.
2. Тазовое расположение червеобразного отростка: особенности клиники и диагностики.
3. Особенности течения острого аппендицита при подпеченочном, срединном и левостороннем положении червеобразного отростка.
4. Осложнения острого аппендицита
5. Аппендикулярный инфильтрат: диагностика, лечебная тактика.
6. Аппендикулярный абсцесс: диагностика и лечебная тактика.
7. Пилефлебит: диагностика и лечение.

#### Ситуационные задачи:

**Задача №1.** Б-ой 30 лет обратился с жалобами на боли в пр. подвздошной области, тошноту, сухость во рту, ↑ температуры тела до 38,5 С. Болен в течение 17 часов. В первые часы болевой синдром локализовался в эпигастральной области, умеренной интенсивности, без иррадиации. За 1,5 часа до обращения к врачу почувствовал резкое усиление болей, тошноту. При осмотре б-ой находится в вынужденном положении: лежа на спине с подогнутыми ногами, особенно правой. Изменение позиции вызывает боль. Язык не обложен, сухость во рту. Живот не вздут, при пальпации напряжен в правой подвздошной области (точке Мак-Бурнея). Положительны симптомы Ровзинга, Ситковского, Воскресенского, Щеткина. Наблюдается тахикардия до 90 ударов в минуту. Умеренный лейкоцитоз ( $14 \times 10^9/\text{л}$ ). Больной оперирован по поводу о. аппендицита через 17 часов с момента заболевания доступом в пр. подвздошной области. На операции обнаружен гангренозный аппендицит с перфорацией отростка. В правой подвздошной ямке около 50 мл гнойного выпота.

1. Укажите дальнейшие действия хирурга.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Какие симптомы характерны для острого аппендицита?
4. Показания к диагностической лапароскопии при остром аппендиците?
5. Назовите способы аппендэктомии.
6. Методы дренирования брюшной полости?

## 7. Осложнения острого аппендицита?

**Задача №2.** Больной 20 лет был прооперирован по экстренным показаниям по поводу острого гангренозного аппендицита. Операция была выполнена через 2 суток от начала заболевания. С самого начала послеоперационного периода у больного отмечалась гектическая температура и другие признаки интоксикации. Через 2 суток состояние резко ухудшилось и стало критическим. Жалобы на боли в правом подреберье. Признаки тяжелой гнойной интоксикации. Подъемы Т до 39,0°C и выше. Озноб. Пс. до 120 в 1 мин. Спутанное сознание. При осмотре: живот вздут, симптомы раздражения брюшины отрицательные. В правом подреберье определяется увеличенная и болезненная печень. Появилась и нарастает желтуха. Олигурия. Лейкоциты крови - 36.000 на мкл. Л-формула: Э1, Ю5, П 16, С 72, М 2, Л 4.

Вопрос:

1. О каком осложнении идет речь в данном случае?
2. В чем должно заключаться лечение?

**Задача №3.** У больной 25 лет, во время акта дефекации внезапно возникли боли в правой подвздошной области. Боли носили выраженный характер. Начало более сопровождалось кратковременным обмороком. Через 3 часа от начала заболевания больная была доставлена в дежурную больницу с диагнозом острый деструктивный аппендицит. При поступлении: жалобы на сильные постоянные боли в правой подвздошной и паховой области. Слабость. Сильное головокружение, из-за которого больная может только лежать. При осмотре: Пульс - 110 слабого наполнения. АД - 80/40 мм. рт. ст. Кожные покровы бледные. Живот резко болезненный в правой подвздошной области и внизу живота, там же имеются симптомы раздражения брюшины.

Вопрос:

1. Согласны ли вы с диагнозом, который поставил врач скорой помощи? С каким диагнозом надо дифференцировать аппендицит у данной больной?
2. Какие методы инструментальной и лабораторной диагностики могут вам помочь в диагностике?
3. В чем должно заключаться лечение данного заболевания?

**Задача №4.** В хирургический стационар с направлением из поликлиники поступила больная Д., 60 лет, с диагнозом "Острый аппендицит?". Предъявляет жалобы на боли в правой половине живота, больше в подвздошной области, тошноту, слабость. Больной себя считает около месяца. Последние 3 дня боли в животе усилились, носят схваткообразный характер. Была однократная рвота, температура тела повысилась до 37,7°C. Выяснилось, что последние 3 года больная страдает запорами. Год назад доставлялась в больницу с болями в животе, после сифонной клизмы и инъекции спазмолитиков боли прошли, и больная была отпущена домой (по ее просьбе). Последние полгода отмечает потерю аппетита, похудание (на 10-12 кг), слабость. Периодически при дефекации замечает отхождение слизи с примесью крови.

В анамнезе операции: по поводу миомы матки (8 лет назад) и холецистэктомия (3 года назад). Лечилась в терапевтическом стационаре по поводу гипертонической болезни, ИБС, стенокардии напряжения. После родов, 25 лет назад, появилось варикозное расширение вен нижних конечностей.

При поступлении в стационар состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледные, периферические лимфоузлы не увеличены. Имеется умеренно выраженное варикозное расширение вен нижних конечностей. Температура тела 37,6°C. Пульс 102 в минуту, ритмичный. АД-150/90 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены, ритмичные. В легких - ослабленное дыхание. Язык суховат, обложен белым налетом. Живот несколько вздут, симметричен, при пальпации отмечается умеренное напряжение мышц и болезненность в правой подвздошной области. Здесь же нечетко пальпируется болезненное, плотное, ограничено подвижное образование. Симптом Щеткина-Блюмберга в этой области слабopоложительный. Печень не увеличена. Стула не было 3 дня, газы отходят. Дизурических расстройств нет. При пальцевом ректальном исследовании патологических образований в прямой кишке не выявлено. Имеются признаки хронического геморроя, на перчатке - следы кала с примесью слизи и темной крови.

На обзорной рентгенограмме брюшной полости – видны единичные горизонтальные уровни (чаши Клойбера), умеренная пневматизация кишечника.

В анализе крови: Эр.-3,2 Т/л, Нв-96 г/л, лейкоциты- $14,1 \times 10^9$ /л, э.-2, лимф.-20, мон.-2, п/я-12, с/я-64, СОЭ-52 мм/ч. Анализ мочи без особенностей.

Через неделю с момента госпитализации больная оперирована.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз (основной, осложнения, сопутствующий)?
2. С какими заболеваниями Вы должны провести дифференциальную диагностику?
3. Какие основные исследования Вы считаете необходимыми для уточнения диагноза и дифференциальной диагностики?
4. Какие дополнительные исследования Вы должны выполнить для подготовки больной к операции и уточнения распространенности опухолевого процесса?
5. Какие рентгенологические признаки позволят Вам думать об опухолевом поражении толстой кишки?
6. Каковы, по Вашему мнению, основные принципы предоперационной подготовки больной?
7. Во время операции больной установлено, что опухоль занимает более полуокружности слепой кишки, прорастает всю толщину ее стенки. Имеются метастазы в ближайших лимфоузлах. К какой стадии по системе TNM Вы отнесете заболевание?
8. Какую операцию Вы выполните больной с учетом локализации и стадии опухоли?
9. Перечислите типы радикальных и паллиативных оперативных вмешательств при других локализациях опухоли ободочной кишки.
10. Какие возможны осложнения при этом заболевании? Каким операциям отдается предпочтение при осложненных формах заболевания?
11. На 9 сутки после операции у больной внезапно появились сильные боли в груди, удушье. Она беспокойна, дыхание учащено, кожа бледно-цианотичная. О каком осложнении следует думать? Каковы Ваши действия?

**Задача №5.** Больная М., 34 лет, поступила в хирургическое отделение с жалобами на боли в животе, больше в правой половине, тошноту.

Заболела около 16 ч. назад, когда после еды возникли сильные боли около пупка и в эпигастральной области, тошнота., 3 раза был жидкий стул. Занималась самолечением: промывала желудок, принимала внутрь таблетки но-шпы. Боли в животе уменьшились, локализовались в правой половине живота. Обратилась за медицинской помощью в приемное отделение больницы и госпитализирована. В прошлом подобных приступов не было.

В анамнезе – операция по поводу внематочной беременности (3 года назад). Последние 2 года лечилась в женской консультации по поводу воспаления матки и придатков, мастопатии. Находится на диспансерном учете в течение многих лет по поводу ревматизма, митрального порока сердца.

При поступлении в стационар состояние больной удовлетворительное. Кожные покровы бледные. Температура тела 37,7°C. Пульс 92 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. При аускультации сердца выслушивается хлопающий 1 тон и диастолический шум над верхушкой. В легких ослабленное везикулярное дыхание. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот правильной формы, не вздут. Внизу живота имеется послеоперационный рубец (после гинекологической операции). При пальпации живота определяется напряжение мышц и выраженная болезненность в правой подвздошно-паховой области. Положительны симптомы раздражения брюшины. В остальных отделах живот мягкий, умеренно болезнен в нижних отделах при глубокой пальпации.

Вопросы:

1. Ваш диагноз при госпитализации больной (основной, осложнения, сопутствующий)?
2. Каков Ваш послеоперационный диагноз, исходя из интраоперационных изменений?
3. Какие клинические симптомы важны для постановки диагноза и дифференциальной диагностики этого заболевания? Охарактеризуйте их.
4. Каков алгоритм обследования больной при поступлении в отделение?
5. Какова тактика лечения?
6. Каковы принципы ведения больной после операции?

7. На 7 сутки после операции состояние больной ухудшилось: повысилась температура тела до 38,2°C, появились боли и чувство распирания внизу живота, тенезмы. Живот умеренно вздут, мягкий, симптомы раздражения брюшины отрицательные. Какое осложнение возникло у больной?
8. Какие дополнительные исследования Вы проведете для уточнения характера осложнения?
9. Какие консервативные лечебные мероприятия Вы используете для лечения данного осложнения?
10. Показания к хирургическому лечению и вид оперативного вмешательства при этом осложнении?

**Задача №6.** Больной Т., 59 лет, доставлен скорой помощью в хирургическое отделение с болями в животе и направительным диагнозом “острый живот”.

Заболел 3 суток назад, когда после еды появились боли в подложечной области, тошнота, однократная рвота. Больной самостоятельно промывал желудок, принимал таблетки анальгина и Но-шпы, прикладывал к животу грелку. Боли в эпигастрии утихли, переместились в правую подвздошную область. В последующие 2 дня боли мало беспокоили больного, за медицинской помощью не обращался. Около 4 часов назад вновь появились сильные боли по всему животу, многократная рвота, озноб.

В анамнезе - ИБС (3 года назад перенес инфаркт миокарда); аденома предстательной железы.

При поступлении в стационар состояние больного тяжелое. Кожные покровы бледные, черты лица заострены. Температура тела - 38,2° С. Пульс 126 в мин., АД - 90/60 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены, тахикардия. В легких ослабленное везикулярное дыхание. Язык сухой, обложен серым налетом. Живот равномерно вздут, болезненный и напряженный во всех отделах. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный по всему животу. Дизурических расстройств нет, стул сутки назад жидковатой консистенции. При ректальном пальцевом исследовании определяется увеличенная предстательная железа, болезненность передней стенки прямой кишки. На перчатке - следы кала обычной окраски.

Анализ крови: эр.-3,7 Т/л, Нв - 132 Г/л, лейкоциты-16,8 Г/л, п.-22, с.-61, лимф.-12, мон.-5, СОЭ-53 мм/час. Токсическая зернистость нейтрофилов )++).

Анализ мочи: уд.вес - 1019, белок - 0,16 г/л, лейкоциты - 4-6-8 в п/зр., цилиндры гиалиновые - 0-1 в п/зр., бактерии ++. Диазореакция - 200 ед/л.

Глюкоза крови - 6,2 ммоль/л

Билирубин - 20 мкмоль/л

ЭКГ - Синусовая тахикардия 128 в мин. Гипертрофия левого желудочка. Мелкоочаговые изменения в п/перегородочной области. Выраженные диффузные изменения и гипоксия миокарда.

Вопросы:

1. Ваш диагноз при госпитализации больного (основной, осложнения, сопутствующий)?
2. Какие дополнительные исследования Вы считаете необходимым провести для уточнения диагноза? Консультации?
3. Что означает термин «Острый живот», являющийся направительным диагнозом в данном наблюдении?
4. С какими заболеваниями необходимо, по Вашему, провести дифференциальную диагностику?
5. Какую тактику лечения Вы считаете необходимой в данном случае?
6. Охарактеризуйте принципы предоперационной подготовки, если Вы считаете ее необходимой (цель, объем, характер, критерии ее адекватности).
7. В чем заключаются основные принципы (этапы) операции?
8. Приведите наиболее используемую в клинической практике классификацию перитонита.
9. Каким методом можно пролонгировать санацию брюшной полости при перитонитах в послеоперационном периоде?
10. Охарактеризуйте сущность методов лапаростомии и программированной релапаротомии. Показания к их применению при перитонитах?
11. Каковы основные принципы корригирующей терапии у больного перитонитом в послеоперационном периоде?

**Задача №7.** У больного 36 лет утром появились ноющие боли в правой подвздошной области, усилившиеся и ставшие очень интенсивными к вечеру. Появились частые позывы на мочеиспускание, поднялась температура до  $37,6^{\circ}\text{C}$ , была однократная рвота. Раньше подобных болей больной не отмечал. Язык обложен белым налетом, суховат. Живот в правой подвздошной области напряжен, резко болезнен. Симптом Щеткина-Блюмберга справа резко положительн. Положительны симптомы Ровзинга, Ситковского. Симптом Пастернацкого отрицателен. В моче изменений нет. Лейкоцитов в крови  $16,0 \times 10^3$  в 1мкл.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какие исследования в данном случае необходимы для дифференциальной диагностики?
3. Показания к лапароскопии?
4. План обследования?
5. Тактика хирурга?

**Задача №8.** У больной 30 лет внезапно появились сильные боли в правой подвздошной области, слабость, головокружение, кратковременная потеря сознания. Больная бледна. Пульс 120 в минуту. Температура нормальная. Язык чист, влажен. Живот принимает участие в дыхании, мягкий. В правой подвздошной области определяется болезненность. Симптом Щеткина—Блюмберга слабо положительный. Лейкоцитов в крови  $9,6 \times 10^3$  в 1мкл.

Задание.

1. О каком заболевании можно думать?
2. Что следует уточнить из анамнеза?
3. Какие дополнительные исследования помогут подтвердить предполагаемый диагноз?
4. Методы оперативного лечения?

**Задача №9.** Девушка 18 лет поступила в приемное отделение с жалобами на боли в правой подвздошной области. Боли начались внезапно 2ч назад, распространились по всему животу, иррадиировали в крестец и задний проход. Затем они локализовались в правой подвздошной области. Больная отмечала головокружение, слабость, тошноту. Последняя менструация закончилась у нее 12 дней назад (была в срок).

При осмотре отмечена бледность кожных покровов, Температура нормальная. Пульс 100 в минуту. Язык чист, влажный. Живот мягкий, в правой подвздошной области небольшое напряжение мышц. Анализ мочи без отклонений от нормы. Лейкоцитов в крови  $10,0 \cdot 10^3$  в 1мкл, эритроцитов—  $3,1 \cdot 10^6$  в 1 мкл. Гемоглобин 100 г/л.

Задание.

1. Ваш диагноз?
2. Тактика лечения?
3. План обследования.
4. Методы хирургического лечения?

**Задача №10.** У больной 32 лет во время операции, предпринятой по поводу острого аппендицита, никаких макроскопических изменений в отростке не найдено. При ревизии брюшной полости обнаружено большое количество увеличенных от 0,5 до 3 см лимфатических узлов в брыжейке тонкого кишечника.

Задание.

- a. Какое заболевание у больной?
- b. Существуют ли дифференциально-диагностические признаки этого заболевания?
- c. Как следует поступить во время операции?
- d. Тактика ведения в послеоперационном периоде?



**Задача №11.** У больной 30 лет внезапно появились сильные боли в правой подвздошной области, слабость, головокружение, кратковременная потеря сознания. Больная бледна. Пульс 120 в минуту. Температура нормальная. Язык чист, влажен. Живот принимает участие в дыхании, мягкий. В правой подвздошной области определяется болезненность. Симптом Щеткина—Блюмберга слабо положительный. Лейкоцитов в крови  $9,6 \times 10^3$  в 1мкл.

Задание.

О каком заболевании можно думать?

Что следует уточнить из анамнеза?

Какие дополнительные исследования помогут подтвердить предполагаемый диагноз?

Методы оперативного лечения?

**Задача №12.** У больного 25 лет во время операции по поводу острого аппендицита патологических изменений со стороны червеобразного отростка не выявлено.

При осмотре до операции: клиническая картина острого аппендицита не вызывала сомнений.

1. Какие заболевания органов брюшной полости могут симулировать клинику острого аппендицита?
2. Что следует предпринять в данном конкретном случае?
3. Следует ли производить аппендектомию при диагностировании другого заболевания?
4. Следует ли проводить аппендектомию при наличии в червеобразном отростке вторичных изменений?
5. Что следует делать с примененным доступом - разрезом в правой подвздошной области?

**Задача №13.** Б-ой 30 лет обратился с жалобами на боли в пр. подвздошной области, тошноту, сухость во рту,  $\uparrow$  температуры тела до 38,5 С. Болен в течение 17 часов. В первые часы болевой синдром локализовался в эпигастральной области, умеренной интенс-и, без иррадиации. За 1,5 часа до обращения к врачу почувствовал резкое усиление болей, тошноту. При осмотре б-ой находится в вынужденном положении: лежа на спине с подогнутыми ногами, особенно правой. Изменение позиции вызывает боль. Язык не обложен, сухость во рту. Живот не вздут, при пальпации напряжен в правой подвздошной области (точке Мак-Бурнея). Положительны симптомы Ровзинга, Ситковского, Воскресенского, Щеткина. Наблюдается тахикардия до 90 ударов в минуту. Умеренный лейкоцитоз ( $14 \times 10^9/л$ ). Больной оперирован по поводу о. аппендицита через 17 часов с момента заб-я доступом в пр. подвзд. области. На операции обнаружен гангр-й аппендицит с перфорацией отростка. В правой подвздошной ямке около 50 мл гнойного выпота.

1. Укажите дальнейшие действия хирурга.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Какие симптомы характерны для острого аппендицита?
4. Показания к диагностической лапароскопии при остром аппендиците?
5. Назовите способы аппендэктомии.
6. Методы дренирования брюшной полости?
7. Осложнения острого аппендицита?

Тестовый контроль:

НАИБОЛЕЕ УДОБНО И БЕЗОПАСНО ВСКРЫТЬ АБСЦЕДИРОВАВШИЙ

АППЕНДИКУЛЯРНЫЙ ИНФИЛЬТРАТ ПОЗВОЛЯЕТ

- а) косой разрез Мак - Бурнея - Волковича - Дьяконова
- б) поперечный разрез Колесова
- в) параректальный доступ Ланнандера
- г) доступ Пирогова
- д) нижнесрединную лапаротомию

НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ  
ПРОСТРАНСТВА ЯВЛЯЕТСЯ

АБСЦЕССА

ДУГЛАСОВА

- а) лапароскопия
- б) обзорная рентгенография брюшной полости
- в) пальцевое исследование прямой кишки и влагалища
- г) УЗИ
- д) контрастное исследование прямой кишки  
и нижних отделов толстой кишки

ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АБСЦЕССА ДУГЛАСОВА ПРОСТРАНСТВА НЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ

- а) пункция абсцесса тонкой иглой на глубину не более 2,5 см
- б) опорожнение полости абсцесса через толстую иглу
- в) продольное вскрытие абсцесса по игле, разрез 1-1,5 см
- г) тщательное промывание полости абсцесса после вскрытия
- д) дренирование полости абсцесса толстой трубкой на 4-5 дней

ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕ ВСКРЫТИЯ АБСЦЕССА ДУГЛАСОВА ПРОСТРАНСТВА ВКЛЮЧАЕТ ВСЕ, КРОМЕ

- а) антибиотиков (преимущественно аминогликозидов)
- б) регулярного промывания полости абсцесса антибиотиками
- в) хирургического стола №1
- г) ежедневных очистительных клизм
- д) слабительного через 3-4 дня после операции

РАЗВИТИЮ АППЕНДИКУЛЯРНОГО ИНФИЛЬТРАТА БЛАГОПРИЯТСТВУЕТ ВСЕ, КРОМЕ

- а) позднего обращения к врачу
- б) самолечения
- в) диагностической ошибки догоспитального и госпитального этапов
- г) флегмонозного изменения отростка
- д) перфорации червеобразного отростка

ДЛЯ НАЧАЛЬНОГО ПЕРИОДА ФОРМИРОВАНИЯ АППЕНДИКУЛЯРНОГО ИНФИЛЬТРАТА НЕ  
ХАРАКТЕРНО

- а) стихание имевшихся в первые дни заболевания самостоятельных болей
- б) улучшение самочувствия и общего состояния больных
- в) уменьшение мышечного напряжения  
и других симптомов раздражения брюшины
- г) нарастание лейкоцитоза и сдвига лейкоцитарной формулы влево
- д) появление в правой подвздошной области плотного, малоподвижного,  
малоблезненного опухолевидного образования

ДЛЯ АППЕНДИКУЛЯРНОГО ИНФИЛЬТРАТА,  
В ОТЛИЧИЕ ОТ ОПУХОЛЕВИДНОЙ ФОРМЫ РАКА СЛЕПОЙ КИШКИ, МЕНЕЕ ХАРАКТЕРНО

- а) короткий анамнез заболевания
- б) острый характер болей в правой подвздошной области,  
сопровождающийся повышением температуры
- в) симптом Волковича - Кохера
- г) выявление опухолевидного образования  
в правой подвздошной области  
без каких-либо клинических проявлений
- д) тенденция к уменьшению опухолевого образования  
в процессе наблюдения

ПРИ АППЕНДИКУЛЯРНОМ ИНФИЛЬТРАТЕ  
БЕЗ ПРИЗНАКОВ АБСЦЕДИРОВАНИЯ В ПЕРВЫЕ 1,5-2 НЕДЕЛИ  
КРОМЕ

ПРИМЕНЯЮТ

ВСЕ,

- а) строгого постельного режима
- б) УВЧ на область инфильтрата

- в) антибиотиков внутримышечно, лимфотропно или сочетанно
- г) Легкоусвояемой диеты (стол №4)
- д) местного применения холода до нормализации температуры

**ПРИ ВСКРЫТИИ АБСЦЕДИРОВАВШЕГО АППЕНДИКУЛЯРНОГО ИНФИЛЬТРАТА ПРОТИВОПОКАЗАНО**

- а) общее обезболивание
- б) внебрюшинный доступ (по Пирогову)
- в) тупое разделение инфильтрата
- г) выделение и удаление деструктивно измененного червеобразного отростка
- д) промывание и дренирование полости абсцесса

**ПРИМЕНЕНИЕ ТАМПОНОВ ПОСЛЕ АППЕНДЭКТОМИИ ПОКАЗАНО ВО ВСЕХ СЛУЧАЯХ, КРОМЕ**

- а) невозможности удаления всего или части червеобразного отростка
- б) гангренозного аппендицита
- в) сомнений в надежности гемостаза при паренхиматозном кровотечении из ложа червеобразного отростка
- г) опасности развития несостоятельности швов, погружающих культю отростка при инфильтрации купола слепой кишки
- д) ретроцекального аппендицита, флегмоной забрюшинного пространства

**ПРИМЕНЕНИЕ ТАМПОНОВ ПОКАЗАНО**

- а) при вскрытии абсцедировавшего аппендикулярного инфильтрата
- б) при перфорации червеобразного отростка
- в) при флегмонозном аппендиците с обильным выпотом в брюшную полость
- г) при ретроцекальном аппендиците
- д) при перитоните аппендикулярного происхождения

**ПРИ ПЛОТНОМ АППЕНДИКУЛЯРНОМ ИНФИЛЬТРАТЕ, ВЫЯВЛЕННОМ ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ**

- а) производится аппендэктомия
- б) ставится резиново-марлевый тампон и микроирригатор для антибиотиков
- в) рана ушивается до тампона
- г) выполняется только б) и в)
- д) выполняются все пункты

**ПРИ ОСЛОЖНЕННОМ АППЕНДИЦИТЕ В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПРЕОБЛАДАЕТ**

- а) кишечная палочка
- б) протей
- в) стрептококк
- г) кишечная палочка в ассоциации со стафилококком
- д) стафилококк

**ОСЛОЖНЕНИЯМИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА, ВОЗМОЖНЫМИ ТОЛЬКО ДО АППЕНДЭКТОМИИ, ЯВЛЯЮТСЯ**

- а) местный или разлитой перитонит
- б) абсцесс дугласова пространства
- в) межкишечный абсцесс
- г) периаппендикулярный абсцесс
- д) любое из этих осложнений

**К ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫМ ОСЛОЖНЕНИЯМ СО СТОРОНЫ ОПЕРАЦИОННОЙ РАНЫ ОТНОСЯТ ВСЕ, КРОМЕ**

- а) гематомы
- б) инфильтрата передней брюшной стенки
- в) забрюшинной флегмоны

- г) эпифасциальной флегмоны
- д) лигатурных свищей

РАЗВИТИЮ ОСЛОЖНЕНИЙ, ПОСЛЕ АППЕНДЭКТОМИИ, БЛАГОПРИЯТСТВУЕТ ВСЕ, КРОМЕ

- а) общего обезболивания
- б) малого операционного доступа
- в) глухого шва на рану при гангренозном и перфоративном аппендиците
- г) выбора операционного доступа
- д) использования тампона при деструктивных формах острого аппендицита

НЕТИПИЧНЫМИ ДЛЯ АБСЦЕССА ДУГЛАСОВА ПРОСТРАНСТВА ЯВЛЯЮТСЯ

- а) проявление первых клинических признаков на второй, третий день после аппендэктомии
- б) значительный подъем температуры гектического типа
- в) боли в нижних отделах живота за лоном
- г) дизурические расстройства, тенезмы, слизистые выделения из прямой кишки
- д) высокое СОЭ, лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитной формулы влево

ПРИ ПЛОТНОМ, БЕЗ ПРИЗНАКОВ АБСЦЕДИРОВАНИЯ, ТАЗОВОМ ИНФИЛЬТРАТЕ В ДУГЛАСОВОМ ПРОСТРАНСТВЕ НЕ ПРИМЕНЯЮТСЯ

- а) антибиотики широкого спектра действия
- б) возвышенное положение головного конца кровати
- в) регулярные очистительные клизмы
- г) щадящая, легко усвояемая высококалорийная диета
- д) теплые клизмы из ромашки

ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АБСЦЕССА ДУГЛАСОВА ПРОСТРАНСТВА НЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ

- а) пункция абсцесса тонкой иглой на глубину не более 2,5 см
- б) опорожнение полости абсцесса через толстую иглу
- в) продольное вскрытие абсцесса по игле, разрез 1-1,5 см
- г) тщательное промывание полости абсцесса после вскрытия
- д) дренирование полости абсцесса толстой трубкой на 4-5 дней

ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕ ВСКРЫТИЯ АБСЦЕССА ДУГЛАСОВА ПРОСТРАНСТВА ВКЛЮЧАЕТ ВСЕ, КРОМЕ

- а) антибиотиков (преимущественно аминогликозидов)
- б) регулярного промывания полости абсцесса антибиотиками
- в) хирургического стола №1
- г) ежедневных очистительных клизм
- д) слабительного через 3-4 дня после операции

ПРИ ЛЕЧЕНИИ АБСЦЕССА ДУГЛАСОВА ПРОСТРАНСТВА АНТИБИОТИКАМИ ПРЕДПОЧТЕНИЕ ОТДАЕТСЯ

- а) пероральному применению
- б) внутривенному введению
- в) сочетанию внутримышечного и эндолимфатического введения
- г) исключительно внутримышечному введению
- д) только местному использованию

РАЗВИТИЮ АППЕНДИКУЛЯРНОГО ИНФИЛЬТРАТА БЛАГОПРИЯТСТВУЕТ ВСЕ, КРОМЕ

- а) позднего обращения к врачу
- б) самолечения
- в) диагностической ошибки догоспитального и госпитального этапов
- г) флегмонозного изменения отростка
- д) перфорации червеобразного отростка

В КОМПЛЕКСЕ КОНСЕРВАТИВНОЙ ТЕРАПИИ  
ПРИ АППЕНДИКУЛЯРНОМ ИНФИЛЬТРАТЕ  
ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ВСЕ, КРОМЕ

- а) противовоспалительной рентгенотерапии
- б) внутритазовых новокаиновых блокад с трипсином
- в) солюкса
- г) ультрафиолетового облучения крови больного
- д) лазеротерапии на область инфильтрата

ПОСЛЕ СТИХАНИЯ ОСТРЫХ ЯВЛЕНИЙ И ТЕНДЕНЦИИ  
К УМЕНЬШЕНИЮ АППЕНДИКУЛЯРНОГО ИНФИЛЬТРАТА      ПОКАЗАНО ВСЕ, КРОМЕ

- а) УВЧ
- б) УФО
- в) солюкса
- г) лидазы
- д) спазмолитических препаратов

ОБ АБСЦЕДИРОВАНИИ АППЕНДИКУЛЯРНОГО ИНФИЛЬТРАТА      ГОВОРИТ ВСЕ, КРОМЕ

- а) высокой температуры
- б) возобновления или усиления болей
- в) отчетливой тенденции к уменьшению инфильтрата в процессе лечения
- г) появления симптомов раздражения брюшины
- д) нарастания лейкоцитоза и ускорения СОЭ

ПРИ ВСКРЫТИИ АБСЦЕДИРОВАВШЕГО АППЕНДИКУЛЯРНОГО      ИНФИЛЬТРАТА  
ПРОТИВОПОКАЗАНО

- а) общее обезболивание
- б) внебрюшинный доступ (по Пирогову)
- в) тупое разделение инфильтрата
- г) выделение и удаление деструктивно измененного червеобразного отростка
- д) промывание и дренирование полости абсцесса

НЕОТЛОЖНАЯ ОПЕРАЦИЯ ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ,  
ОСЛОЖНЕННОМ ИНФИЛЬТРАТОМ, ПРОТИВОПОКАЗАНА

- а) при рыхлом инфильтрате (спустя 1-2 суток от начала заболевания)
- б) спустя 3-4 суток от начала заболевания
- в) при плотном инфильтрате (спустя 5 и более суток)
- г) при клинике, говорящей за абсцедирование инфильтрата
- д) при безуспешности консервативной терапии аппендикулярного инфильтрата

ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ РЫХЛОГО АППЕНДИКУЛЯРНОГО ИНФИЛЬТРАТА  
ВО ВРЕМЯ ЛАПАРОТОМИИ НЕ ПОКАЗАНО

- а) проведение операции под общим наркозом
- б) расширение операционного доступа
- в) разделение инфильтрата и выполнение аппендэктомии
- г) оставление тампонов в брюшной полости
- д) оставление микроирригаторов для местной антибиотикотерапии

101.      ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ПЛОТНОГО,  
МАЛОПОДВИЖНОГО АППЕНДИКУЛЯРНОГО ИНФИЛЬТРАТА  
ВО ВРЕМЯ ЛАПАРОТОМИИ, ПОКАЗАНО

- а) Ревизия брюшной полости
- б) Разделение инфильтрата
- в) Проведение аппендэктомии
- г) Подведение к инфильтрату резиново-марлевого тампона

К ОСЛОЖНЕННОЙ ФОРМЕ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА ОТНОСИТСЯ

- а) катаральный аппендицит
- б) флегмонозный аппендицит
- в) аппендикулярный инфильтрат
- г) гангренозный аппендицит

д) перфоративный аппендицит

Для перфоративного аппендицита характерно:

- а) Симптом Раздольского
- б) нарастание клиники перитонита
- в) внезапное усиление боли в животе
- г) напряжение мышц передней брюшной стенки
- д) все перечисленное

Симптомами аппендикулярного инфильтрата являются все, кроме:

- а) субфебрильной температуры
- б) симптома Ровзинга
- в) профузных поносов
- г) лейкоцитоза
- д) пальпируемого образования в правой подвздошной области

При обнаружении плотного аппендикулярного инфильтрата во время операции следует:

- а) попытаться его разделить и произвести аппендэктомия
- б) установить тампоны к инфильтрату и завершить операцию
- в) не разделять инфильтрат, подвести дренажную трубку, ушить рану
- г) произвести широкую лапаротомию
- д) пригласить более опытного хирурга

Важнейшим в диагностике абсцесса Дугласова пространства является:

- а) ректороманоскопия
- б) лапароскопия
- в) перкуссия и аускультация живота
- г) пальцевое исследование прямой кишки
- д) рентгеноскопия брюшной полости.

### Практические навыки

1. Симптомы осложненного аппендицита
2. Симптомы аппендикулярного инфильтрата
3. УЗИ картина осложнений острого аппендицита
4. Оперативные доступы для дренирования аппендикулярного абсцесса
5. Оперативная техника вскрытия аппендикулярного абсцесса миниинвазивной тонкоигольной технологией.
6. Техника дренирования брюшной полости при осложненном аппендиците
7. УЗИ диагностика осложнений острого аппендицита

## **Тема 3. Перфоративныегастроуденальные язвы**

### Собеседование по контрольным вопросам:

1. Перфоративная язва желудка и 12п. кишки, клиника.
2. Перфоративная язва желудка и 12п. кишки: диагностика.
3. Дифференциальная диагностика перфоративной язвы желудка и 12 п кишки
4. Перфоративная язва желудка и 12п. кишки: клиника, диагностика, лечение консервативное.
5. Перфоративная язва желудка и 12п. кишки: показания к лапароскопическим операциям.
6. Перфоративная язва желудка и 12п. кишки: хирургическое лечение, виды операций.

### Ситуационные задачи:

**Задача №1.** Больной И., 24 лет, предъявляет жалобы на сильные постоянные боли в животе, которые возникли внезапно 3 часа назад. Выполнена обзорная рентгенограмма. Пульс 88 в мин, АД 130/80 мм.рт.ст. Лейкоцитоз 14 тыс/мкл.

Ваш диагноз? Какое лечение показано?



**Задача №2.** Пациент С., 45 лет, поступил в клинику с жалобами на сильные боли в верхних отделах живота, которые появились за 2 ч до поступления. Больной в течение 10 лет страдает язвенной болезнью желудка. При осмотре: состояние тяжелое. Кожные покровы бледные. Пульс 60 в минуту, АД 100/60 мм рт.ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот не участвует в дыхании, резко напряженный и болезненный в верхних отделах, где определяется положительный симптом Щеткина—Блюмберга. С диагнозом «прободная язва желудка» больной экстренно взят на операцию. Выполнена лапароскопия. При ревизии обнаружено, что в брюшной полости около 500 мл прозрачного выпота с незначительной примесью фибрина и желудочного содержимого. Париетальная и висцеральная брюшина в верхних отделах живота гиперемирована, без налета фибрина. По передней стенке антрального отдела желудка имеется опухолевидный инфильтрат 7х7 см с перфорацией в центре; в малом сальнике увеличенные лимфатические узлы до 1,5 см, плотные.

**Задача №2.** Больной С., 32 лет, поступил в хир. отделение с жалобами на сильные боли в животе. Из анамнеза известно, что на протяжении последних 4 лет неоднократно лечился амбулаторно по поводу гастрита. 3 суток назад вновь появились умеренные боли в верхних отделах живота, тошнота, озноб. 6 часов назад боли резко усилились и распространились на правые отделы живота. Рвоты не было. К моменту поступления боли несколько ↓. При осмотре: Общее состояние средней тяжести. Астенического телосложения, пониженного питания. Лежит неподвижно, на спине. Попытка сесть вызывает усиление болей. Температура тела 37,0<sup>0</sup>С. Пульс 60 в мин. АД 120/70 мм рт.ст. Язык сухой. Живот не вздут, в акте дыхания не участвует, напряжен и болезнен по правому флангу и правой подвздошной области. Симптомы раздражения брюшины положительны по правому флангу живота и в правой подвздошной области. Кишечная перистальтика удовлетворительная. Общ. анализ крови: эритро.  $4,8 \times 10^{12}$ , Нб 140 г/л, лейко.  $12,3 \times 10^9$ . Диастаза мочи 64 ЕД.

1. *Сформулируйте развернутый клинический диагноз.*
2. *С какими острыми хир. заб. органов брюшной полости необходимо провести дифференциальный диагноз?*
3. *Чем можно объяснить уменьшение болевого синдрома к моменту поступления больного в стационар?*
4. *Что такое «триада Мондора»?*
5. *Нуждается ли больной в экстренном проведении дополнительных методов исследования? Каких?*
6. *Тактика ведения больного?*
7. *Существуют ли показания к консервативному лечению этой патологии? В чем заключается консервативное лечение по методу Тэйлора?*
8. *Чем определяется выбор объема опер. пособия при этой патологии?*
9. *План ведения больного в раннем послеоперационном периоде.*

**Задача №3.** Больной С., 32 лет, поступил в хир. отделение с жалобами на сильные боли в животе. Из анамнеза известно, что на протяжении последних 4 лет неоднократно лечился амбулаторно по поводу гастрита. 3 суток назад вновь появились умеренные боли в верхних отделах живота, тошнота, озноб. 6 часов назад боли резко усилились и распространились на правые отделы живота. Рвоты не было. К моменту поступления боли несколько ↓. При осмотре: Общее состояние средней тяжести. Астенического телосложения, пониженного питания. Лежит

неподвижно, на спине. Попытка сесть вызывает усиление болей. Температура тела  $37,0^{\circ}\text{C}$ . Пульс 60 в мин. АД 120/70 мм рт ст. Язык сухой. Живот не вздут, в акте дыхания не участвует, напряжен и болезнен по правому флангу и правой подвздошной области. Симптомы раздражения брюшины положительны по правому флангу живота и в правой подвздошной области. Кишечная перистальтика удовлетворительная. Общ. анализ крови: эритроц.  $4,8 \times 10^{12}$ , Нб 140 г/л, лейкоц.  $12,3 \times 10^9$ . Диастаза мочи 64 ЕД.

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз.
2. С какими острыми хир. заб. органов брюшной полости необходимо провести дифференциальный диагноз?
3. Чем можно объяснить уменьшение болевого синдрома к моменту поступления больного в стационар?
4. Что такое «триада Мондора»?
5. Нуждается ли больной в экстренном проведении дополнительных методов исследования? Каких?
6. Тактика ведения больного?
7. Существуют ли показания к консервативному лечению этой патологии? В чем заключается консервативное лечение по методу Тэйлора?
8. Чем определяется выбор объема опер. пособия при этой патологии?
9. План ведения больного в раннем послеоперационном периоде.

**Задача №4.** Больной С., 46 лет, поступил в отделение неотложной хирургии с жалобами на боли в животе, рвоту непереваренной пищей, отрыжку тухлым. Из анамнеза известно, что в течение 12 лет страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки с периодическими обострениями. Последние 6 месяцев беспокоят вышеуказанные симптомы, похудел на 15 кг. Ухудшение около 3 суток назад, когда значительно усилилась жажда, появились судороги мышц предплечий и икр. При осмотре: Общее состояние ближе к тяжелому. Пониженного питания, масса тела 55 кг. Кожные покровы бледные, тургор кожи снижен. Вял, адинамичен. Пульс 90 в мин. АД 100/60 мм рт ст. Язык сухой. Живот увеличен в размерах за счет верхних отделов, мягкий, болезненный в эпигастральной области. Симптомов раздражения брюшины нет. В эпи- и мезогастррии отчетливо определяется «шум плеска». Определяется мелкий тремор пальцев кистей рук. Общий анализ крови: эритроц.  $5,5 \times 10^{12}$ , Нб 180 г/л, лейкоц.  $9,3 \times 10^9$ . Электролиты крови: натрий 146 ммоль/л, калий 2,8 ммоль/л, бикарбонаты 33 экв/л. Рентгеноскопия желудка: Желудок резко увеличен в размерах, натошак содержит большое количество жидкости, большая кривизна определяется над входом в малый таз, перистальтика отсутствует, выходной отдел желудка сужен до 3 мм.

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз с указанием степени тяжести осложнения язвенной болезни.
2. С чем связано развитие судорожного синдрома?
3. Имеются ли у больного признаки нарушения водно-электролитного обмена?
4. Патогенез нарушений водно-электролитного обмена.
5. Тактика ведения больного?
6. Объем и продолжительность предоперационной подготовки.
7. Составьте схему коррекции водно-электролитных нарушений.
8. Чем определяется выбор объема операции при данной патологии?
9. План ведения больного в раннем послеоперационном периоде.

**Задача №5.** Больной В., 58 лет, предъявляет жалобы на повторную рвоту 2 раза в сутки, слабость, похудание на 12 кг за последние 4 мес. При осмотре: состояние средней тяжести. Кожные покровы с землистым оттенком. Пониженного питания. Тургор кожных покровов снижен. ЧСС - 88 ударов в минуту, АД - 110/60 мм. рт. ст. Живот втянут, при пальпации мягкий, безболезненный, в эпигастральной области пальпируется плотная малоподвижная опухоль диаметром 10 см. При пальпации области желудка - шум плеска. Общий анализ крови: Эр. -  $4,8 \times 10^{12}$ /л; НБ - 156 г/л; Лейкоциты -  $8,4 \times 10^9$ /л; СОЭ - 2 мм/час.

1. Ваш предварительный диагноз?



2. Какие методы дополнительной диагностики следует использовать для подтверждения диагноза?

При операционной ревизии обнаружено, что опухоль размером 12x10 см прорастает в поджелудочную железу. Имеется большое количество метастатических лимфатических узлов по ходу аорты, в малом и большом сальнике. Желудок растянут, неподвижен. Радикальную операцию осуществить невозможно.

1. Как вы закончите операцию?

**Задача №6.** Больной 37 лет доставлен через 12 часов с момента появления многократной рвоты желчью и резких опоясывающих болей в верхней половине живота. Заболевание связывает с приемом алкоголя и жирной пищи.

При осмотре: состояние тяжелое, бледность кожных покровов, акроцианоз, живот вздут, ограничено участвует в дыхании, напряжен и резко болезненный в эпигастральной области. Перкуторно - укорочение звука в отлогих местах живота. Положительные симптомы Блюмберга и Мейо - Робсона. Пульс - 96 в минуту, слабого наполнения.

Температура - 37.20С. АД - 95/60 мм рт. ст. Лейкоциты - 17 x 10<sup>9</sup>/л.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Обоснование лечебной тактики?
4. Показания к операции?
5. Вид и объем операции?

**Задача №7.** Больной С., 46 лет, поступил в отделение неотложной хирургии с жалобами на боли в животе, рвоту непереваренной пищей, отрыжку тухлым. Из анамнеза известно, что в течение 12 лет страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки с периодическими обострениями. Последние 6 месяцев беспокоят вышеуказанные симптомы, похудел на 15 кг. Ухудшение около 3 суток назад, когда значительно усилилась жажда, появились судороги мышц предплечий и икр. При осмотре: Общее состояние ближе к тяжелому. Пониженного питания, масса тела 55 кг. Кожные покровы бледные, тургор кожи снижен. Вял, адинамичен. Пульс 90 в мин. АД 100/60 мм рт ст. Язык сухой. Живот увеличен в размерах за счет верхних отделов, мягкий, болезненный в эпигастральной области. Симптомов раздражения брюшины нет. В эпи- и мезогастрии отчетливо определяется «шум плеска». Определяется мелкий тремор пальцев кистей рук. Общий анализ крови: эритроц. 5,5x10<sup>12</sup>, Hb 180 г/л, лейкоц. 9,3x10<sup>9</sup>. Электролиты крови: натрий 146 ммоль/л, калий 2,8 ммоль/л, бикарбонаты 33 мэкв/л. Рентгенокопия желудка: Желудок резко увеличен в размерах, натощак содержит большое количество жидкости, большая кривизна определяется над входом в малый таз, перистальтика отсутствует, выходной отдел желудка сужен до 3 мм.

1. *Сформулируйте развернутый клинический диагноз с указанием степени тяжести осложнения язвенной болезни.*
2. *С чем связано развитие судорожного синдрома?*
3. *Имеются ли у больного признаки нарушения водно-электролитного обмена?*
4. *Патогенез нарушений водно-электролитного обмена.*
5. *Тактика ведения больного?*
6. *Объем и продолжительность предоперационной подготовки.*
7. *Составьте схему коррекции водно-электролитных нарушений.*
8. *Чем определяется выбор объема операции при данной патологии?*
9. *План ведения больного в раннем послеоперационном периоде.*

**Задача №8.** Больной С., 32 лет, поступил в хир. отделение с жалобами на сильные боли в животе. Из анамнеза известно, что на протяжении последних 4 лет неоднократно лечился амбулаторно по поводу гастрита. 3 суток назад вновь появились умеренные боли в верхних отделах живота, тошнота, озноб. 6 часов назад боли резко усилились и распространились на

правые отделы живота. Рвоты не было. К моменту поступления боли несколько ↓. При осмотре: Общее состояние средней тяжести. Астенического телосложения, пониженного питания. Лежит неподвижно, на спине. Попытка сесть вызывает усиление болей. Температура тела 37,0<sup>0</sup>С. Пульс 60 в мин. АД 120/70 мм рт ст. Язык сухой. Живот не вздут, в акте дыхания не участвует, напряжен и болезнен по правому флангу и правой подвздошной области. Симптомы раздражения брюшины положительны по правому флангу живота и в правой подвздошной области. Кишечная перистальтика удовлетворительная. Общ. анализ крови: эритроц. 4,8x10<sup>12</sup>, Нб 140 г/л, лейкоц. 12,3x10<sup>9</sup>. Диастаза мочи 64 ЕД.

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз.
2. С какими острыми хир. заб. органов брюшной полости необходимо провести дифференциальный диагноз?
3. Чем можно объяснить уменьшение болевого синдрома к моменту поступления больного в стационар?
4. Что такое «триада Мондора»?
5. Нуждается ли больной в экстренном проведении дополнительных методов исследования? Каких?
6. Тактика ведения больного?
7. Существуют ли показания к консервативному лечению этой патологии? В чем заключается консервативное лечение по методу Тэйлора?
8. Чем определяется выбор объема опер. пособия при этой патологии?
9. План ведения больного в раннем послеоперационном периоде.

#### Тестовый контроль:

1. При оценке степени тяжести кровопотери по лабораторным тестам отдается предпочтение:
  - а) Гематокритному числу
  - б) Уровню гемоглобина
  - в) Дефициту ОЦК
  - г) Дефициту ГО
  - д) Дефициту ОЦП
2. Больной поступил в клинику с неоднократной рвотой кровью со сгустками. Язвенный анамнез отрицает, злоупотребляет алкоголем. В анамнезе панкреатит. Наиболее вероятной причиной кровотечения может быть:
  - а) Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода
  - б) Язва желудка
  - в) Рак желудка
  - г) Синдром Меллори-Вейса
  - д) Синдром Золлингера-Эллисона
3. У больного с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, осложненной декомпенсированным стенозом, появились тонические судороги в конечностях, обморочное состояние, причиной которых служит:
  - а) Перфорация язвы двенадцатиперстной кишки
  - б) Кровотечение
  - в) Гипогликемический шок
  - г) Нарушения электролитного обмена
  - д) Нарушение мозгового кровообращения
4. У больного с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, осложненной декомпенсированным стенозом, имеются тонические судороги нижних конечностей и потеря сознания. В первую очередь больному показан введение:
  - а) Раствора глюкозы
  - б) Инсулина
  - в) Сердечных гликозидов и мезатона
  - г) Раствора хлористого натрия и раствора калия
  - д) Переливание эритроцитной массы
5. У больного после резекции желудка возникла рвота типа "кофейной гущи". Ваша тактика:
  - а) Повторная лапаротомия
  - б) Переливание эритроцитной массы
  - в) Введение аминокапроновой кислоты и хлористого кальция
  - г) Промывание желудка
  - д) Промывание желудка и фиброгастросткопия
6. Клиническими проявлениями демпинг -синдрома легкой степени являются:

- а) Головокружение после приема сладкой пищи
  - б) Потливость
  - в) Сердцебиение
  - г) Слабость
  - д) Анемия
7. У больного 75 лет с продолжающимся кровотечением, а также тяжелыми сопутствующими заболеваниями показано:
- а) Резекция желудка
  - б) Прошивание кровоточащего сосуда
  - в) клиновидное иссечение язвы желудка
  - г) термокоагуляция кровоточащего сосуда с помощью фиброгастроскопа
  - д) Консервативное лечение
8. У больного с дивертикулезом левой половины ободочной кишки развилось профузное кровотечение. Ваша тактика:
- а) Удаление кровоточащего дивертикула
  - б) Левосторонняя гемиколоэктомия
  - в) Сигмотомия перевязка кровоточащего сосуда
  - г) Электрокоагуляция кровоточащего сосуда
  - д) Эндоскопическая пломбировка кровоточащего сосуда
9. Наиболее часто встречаются дивертикулы:
- а) В пищеводе
  - б) В желудке
  - в) В двенадцатиперстной кишке
  - г) в ободочной кишке
  - д) В тонкой кишке
10. Во время операции по поводу острого аппендицита обнаружен рыхлый инфильтрат с формированием абсцесса. Ваша тактика:
- а) Удаление червеобразного отростка, дренирование полости абсцесса
  - б) Отграничение инфильтрата тампонами и ушивании брюшной полости
  - в) Дренирование полости абсцесса внебрюшинным доступом
  - г) Новокаиновая блокада по Школьникову
  - д) Лапаротомия , дренирование полости абсцесса
11. У больного перфорация дуоденальной язвы , осложненная разлитым перитонитом. Следует выполнить:
- а) Резекцию желудка по первому способу Бильрота
  - б) Резекцию желудка по Гофмейстеру-Финстереру
  - в) ушивание язвы, дренирование брюшной полости
  - г) селективную проксимальную ваготомию и пилоропластику
  - д) стволовую ваготомию и пилоропластику
12. Для уточнения диагноза кровоточащей язвы желудка в первую очередь необходимо сделать
- а) анализ кала на скрытую кровь
  - б) контрастную рентгеноскопию желудка
  - в) анализ желудочного сока на скрытую кровь
  - г) фиброгастроскопию
13. Наиболее характерным для острой язвы 12-перстной кишки являются
- а) пожилой возраст больного
  - б) в анамнезе прием аспирина или кортикостероидов
  - в) сильные, приступообразные сезонные боли в эпигастрии
  - г) рвота пищей, приносящая облегчение
14. Больной, страдающий кровоточащей язвой желудка, после проведенной терапии выведен из шока. Однако, проводимые консервативные мероприятия не позволяют добиться надежного гемостаза. В этом случае необходима
- а) лапаротомия и резекция желудка
  - б) наложение гастростомы
  - в) применение гастростомы
  - г) продолжать консервативную терапию, включая применение диеты Мейленграхта
15. При перфоративной язве желудка необходимо провести
- а) немедленную лапаротомию и в зависимости от состояния брюшины решить вопрос о характере операции
  - б) операцию после интенсивной терапии, коррекции белкового и минерального обмена
  - в) контрастное и гастроскопическое исследование желудка, повторные промывания желудка с раствором соляной кислоты
16. Секретин образуется
- а) в двенадцатиперстной кишке

- б) в печени
  - в) в поджелудочной железе
  - г) в дистальных отделах тонкой кишки
17. Основным стимулятором освобождения секретина является
- а) соляная кислота
  - б) продукты расщепления белков
  - в) жиры
  - г) углеводы
18. К симптомам стенозирующей язвы двенадцатиперстной кишки относятся все перечисленные, кроме
- а) рвоты
  - б) шума плеска над проекцией желудка
  - в) наличия чаш Клойбера
  - г) отрыжки
19. Для подготовки больного к операции по поводу стеноза желудка язвенного происхождения необходимо выполнить все следующие мероприятия, кроме
- а) назначения соляной кислоты с пепсином в большом количестве
  - б) промывания желудка
  - в) введения растворов электролитов
  - г) введения белковых растворов
20. Наиболее достоверными клиническими проявлениями перфоративной язвы желудка являются
- а) рвота
  - б) желудочное кровотечение
  - в) напряжение передней брюшной стенки, отсутствие печеночной тупости
  - г) частый жидкий стул
21. К абсолютным показаниям к хирургическому лечению язвенной болезни желудка являются все перечисленные, кроме
- а) перфорации
  - б) кровотечения, не останавливаемого консервативными методами
  - в) малигнизации
  - г) большой глубины "ниши" пенетрирующей язвы, выявляемой при рентгенологическом исследовании
22. О наличии прободения язвы желудка или 12-перстной кишки позволяют судить
- а) доскообразный живот
  - б) сильные боли в эпигастрии
  - в) боли в поясничной области
  - г) повышение лейкоцитоза до 15000
23. Напряжение мышц в правой подвздошной области, нередко возникающее при прободной язве двенадцатиперстной кишки, можно объяснить
- а) затеканием содержимого по правому боковому каналу
  - б) рефлекторными связями через спинно-мозговые нервы
  - в) скоплением воздуха в брюшной полости, в частности в правой подвздошной области
  - г) развивающимся разлитым перитонитом
24. Срочное хирургическое вмешательство требуется при следующих осложнениях язвенной болезни
- а) остановившееся желудочное кровотечение
  - б) перфоративная язва
  - в) пенетрирующая язва
  - г) стеноз выходного отдела желудка
25. Экономная резекция желудка, выполненная по поводу язвенной болезни, чаще приводит к возникновению
- а) демпинг-синдрома
  - б) гипогликемического синдрома
  - в) синдрома "малого желудка"
  - г) пептической язвы анастомоза
26. Для хронической язвы двенадцатиперстной кишки не является характерным осложнением
- а) кровотечение
  - б) малигнизация
  - в) перфорация
  - г) пенетрация в поджелудочную железу
27. Относительными показаниями к операции при язвенной болезни желудка являются все перечисленные, кроме
- а) больших размеров язвы
  - б) язвы большой глубины (пенетрирующей)

- в) низкой кислотности желудочного сока
- г) безуспешности консервативного лечения

28. К характерным признакам стеноза привратника относятся все перечисленные, кроме

- а) желтухи
- б) шума плеска натошак
- в) похудания
- г) отрыжки "тухлым"

29. Характерными жалобами для язвенной болезни двенадцатиперстной кишки являются все перечисленные, кроме

- а) болей через 1-1.5 часа после приема пищи
- б) желтухи
- в) иррадиации болей в поясничную область
- г) ночных болей

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

- а) двенадцатиперстная кишка
- б) пилорический отдел желудка
- в) малая кривизна желудка
- г) большая кривизна желудка

31. Для синдрома Меллори - Вейса характерно образование трещин

- а) в абдоминальном отделе пищевода
- б) в кардиальном отделе желудка
- в) в антральном отделе желудка
- г) в пилорическом отделе желудка

32. В момент прободения язвы желудка или двенадцатиперстной кишки наиболее часто встречается

- а) тахикардия
- б) схваткообразная боль
- в) локализованная, умеренная боль
- г) внезапно возникшая интенсивная боль

33. Прикрытой перфорации язвы желудка или двенадцатиперстной кишки способствуют

- а) малый диаметр прободного отверстия
- б) незначительное наполнение желудка
- в) топографическая близость соседних органов
- г) большой диаметр прободного отверстия

34. При прободной язве двенадцатиперстной кишки чаще применяется

- а) резекция желудка
- б) различные виды ваготомии в сочетании с экономной резекцией желудка и другими дренирующими операциями
- в) ушивание прободной язвы
- г) ушиваниегастроэнтероанастомоз

35. Рецидивы гастродуоденальных кровотечений наиболее вероятны

- а) при калезной язве
- б) при пенетрирующей язве
- в) при поверхностных эрозиях слизистой
- г) при тромбированном сосуде в дне язвы диаметром более 0.1 см

36. Вопрос

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

Ответы:

1. Сроком с момента прободения.
2. Степенью воспалительных изменений брюшины.
3. Величиной перфоративного отверстия.
4. Локализацией перфоративного отверстия.
5. Возрастом больного.

37. Вопрос

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

Ответы:

- a. Анализ кала на скрытую кровь.
- b. Контрастную рентгеноскопию желудка.
- c. Анализ желудочного сока на скрытую кровь.
- d. Фиброгастроскопию.

- e. Определение гемоглобина и гематокрита.
38. Вопрос  
При язвенной болезни, осложненной кровотечением, рвота содержимым желудка цвета "кофейной гущи" может наблюдаться при следующих локализациях язвы: 1. На малой кривизне желудка. 2. В кардиальном отделе желудка. 3. В антральном отделе желудка. 4. В нижнем отделе пищевода. 5. В постбульбарном отделе двенадцатиперстной кишки.  
*Ответы:*
- a. Верно 1, 2, 3, 4, 5
  - b. Верно 1, 3, 4, 5
  - c. Верно 2, 3, 4, 5
  - d. Верно 1, 2, 4, 5
  - e. Верно 1, 2, 3, 4
39. Вопрос  
При лечении прободной язвы 12-перстной кишки могут быть применены, как правило, все перечисленные методы оперативного вмешательства: 1. Иссечение язвы. 2. Ушивание язвы. 3. Резекция желудка. 4. Пилоропластика с ваготомией. 5. Наложение гастроэнтероанастомоза на короткой петле.  
*Ответы:*
- a. Верно 1, 2, 3, 4, 5
  - b. Верно 2, 3, 4, 5
  - c. Верно 1, 3, 4, 5
  - d. Верно 1, 2, 4, 5
  - e. Верно 1, 2, 3, 4
40. Вопрос  
Жалобы больного после резекции желудка на тяжесть в эпигастрии, слабость - вплоть до обморока после приема сладкой или молочной пищи являются признаками:  
*Ответы:*
- a. Инсуломы поджелудочной железы.
  - b. Синдрома приводящей петли.
  - c. Пептической язвы анастомоза.
  - d. Демпинг-синдрома.
  - e. Синдрома малого желудка.
41. Вопрос  
Секретин образуется:  
*Ответы:*
- a. В двенадцатиперстной кишке.
  - b. В печени.
  - c. В поджелудочной железе.
  - d. В дистальных отделах тонкой кишки.
  - e. В гипоталамусе.
42. Вопрос  
Основным стимулятором освобождения секретина является:  
*Ответы:*
- a. Соляная кислота.
  - b. Продукты расщепления белков.
  - c. Жиры.
  - d. Углеводы.
  - e. Все перечисленные факторы.
43. Вопрос  
К симптомам стенозирующей язвы двенадцатиперстной кишки относятся: 1. Рвота. 2. Шум плеска над проекцией желудка. 3. Наличие чаш Клойбера. 4. Отрыжка. 5. Похудание.  
*Ответы:*
- a. Верно 1,2,3,4,5
  - b. Верно 2,3,4,5
  - c. Верно 1,2,4,5
  - d. Верно 1,3,4,5
  - e. Верно 1,2,3,4
44. Вопрос  
Для подготовки больного к операции по поводу стеноза желудка язвенного происхождения необходимо: 1. Назначение соляной кислоты с пепсином в большом количестве. 2. Промывание желудка. 3. Введение растворов электролитов. 4. Введение белковых растворов. 5. Коррекция нарушения кислотно-щелочного состояния.  
*Ответы:*
- a. Верно 2,3,4,5
  - b. Верно 1,2,3,4
  - c. Верно 1,2,4,5
  - d. Верно 1,3,4,5
  - e. Верно 1,2,3,4,5
45. Вопрос  
Резекция на выключение может быть выполнена:

Ответы:

- a. При низкой постбульбарной язве.
- b. При пенетрации язвы в печеночно-дуоденальную связку.
- c. При плотном воспалительном инфильтрате в области 12-перстной кишки.
- d. При пенетрации язвы в головку поджелудочной железы.
- e. При пенетрации язвы в печень.

46. Вопрос

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

Ответы:

- a. Снижением болевого синдрома, что приводит к угасанию рефлексов со стороны передней брюшной стенки.
- b. Поздней обращаемостью.
- c. Возможностью психозов.
- d. Возможностью суицидальных попыток.
- e. Всем перечисленным.

47. Вопрос

Наиболее достоверными клиническими проявлениями перфоративной язвы желудка являются:

Ответы:

- a. Рвота.
- b. Желудочные кровотечения.
- c. Напряжение передней брюшной стенки, отсутствие печеночной тупости.
- d. Частый жидкий стул.
- e. Икота.

48. Вопрос

Злокачественную трансформацию наиболее часто претерпевают:

Ответы:

- a. Язвы луковицы 12-перстной кишки.
- b. Постбульбарные язвы.
- c. Язвы малой кривизны желудка.
- d. Язвы большой кривизны желудка.
- e. Язвы всех указанных локализаций.

49. Вопрос

К абсолютным показаниям к хирургическому лечению язвенной болезни желудка являются: 1.Перфорация. 2.Кровотечение, неостанавливаемое консервативными методами. 3.Малигнизация. 4.Большая глубина "ниши" пенетрирующей язвы, выявляемой при рентгенологическом исследовании. 5.Декомпенсированный стеноз выходного отдела желудка.

Ответы:

- a. Верно 1,2,3,4.
- b. Верно 1,2,3,4,5.
- c. Верно 2,3,4,5.
- d. Верно 1,2,3,5.
- e. Верно 1,3,4,5.

50. Вопрос

О наличии прободения язвы желудка или 12-перстной кишки позволит судить:

Ответы:

- a. Доскообразный живот.
- b. Сильные боли в эпигастрии.
- c. Боли в поясничной области.
- d. Повышение лейкоцитоза до 15000.
- e. Легкая желтуха склер и кожных покровов.

51. Вопрос

Напряжение мышц в правой подвздошной области, нередко возникающее при прободной язве 12-перстной кишки, можно объяснить:

Ответы:

- a. Затеканием содержимого по правому боковому каналу.
- b. Рефлекторными связями через спинно-мозговые нервы.
- c. Скоплением воздуха в брюшной полости, в частности в правой подвздошной области.
- d. Развивающимся разлитым перитонитом.
- e. Висцеро-висцериальным рефлексом червеобразного отростка.

52. Вопрос

Срочное хирургическое вмешательство требуется при следующих осложнениях язвенной болезни:

Ответы:

- a. Остановившееся желудочное кровотечение.
- b. Перфоративная язва.
- c. Пенетрирующая язва.
- d. Стеноз выходного отдела желудка.
- e. Малигнизированная язва.

53. Вопрос  
Экономная резекция желудка, выполненная по поводу язвенной болезни, чаще приводит к возникновению:  
*Ответы:*
- Демпинг-синдрома.
  - Гипогликемического синдрома.
  - Синдрома "малого желудка".
  - Пептической язвы анастомоза.
  - Синдрома приводящей петли.
54. Вопрос  
Язвенную болезнь 12-перстной кишки необходимо дифференцировать с заболеваниями: 1. Хроническим холециститом. 2. Хроническим колитом. 3. Хроническим аппендицитом. 4. Хроническим панкреатитом. 5. Мезаденитом.  
*Ответы:*
- Верно 1, 2, 3, 4, 5
  - Верно 2, 3, 4, 5
  - Верно 1, 3, 4, 5
  - Верно 1, 2, 4, 5
  - Верно 1, 2, 3, 4
55. Вопрос  
К характерным признакам стеноза привратника относятся: 1. Желтуха. 2. Шум плеска натошак. 3. Похудание. 4. Отрыжка "тухлым". 5. Боли в эпигастрии распирающего характера.  
*Ответы:*
- Верно 2,3,4
  - Верно 1,2,3,4
  - Верно 1,2,3,4,5
  - Верно 1,3,4,5
  - Верно 1,2,4,5.
56. Вопрос  
Наиболее частой локализацией прободений у больных язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки является:  
*Ответы:*
- 12-перстная кишка.
  - Пилорический отдел желудка.
  - Малая кривизна желудка.
  - Большая кривизна желудка.
  - Кардиальный отдел желудка.
57. Вопрос  
Консервативное лечение перфоративной язвы желудка или 12-перстной кишки по Тейлору заключается:  
*Ответы:*
- В применении щелочей и средств, снижающих перистальтику желудка.
  - В периодическом (каждые 4-5 часов) зондировании желудка, внутривенном вливании жидкости и фармакологической блокаде блуждающего нерва.
  - В постоянном промывании желудка охлажденным физиологическим раствором.
  - В местной гипотермии и внутривенным вливанием жидкости.
  - В постоянной аспирации содержимого желудка, внутривенном введении жидкостей, назначении антибиотиков.
58. Вопрос  
Наиболее частой причиной несостоятельности швов культи 12-перстной кишки после резекции желудка является:  
*Ответы:*
- Гипопротеинемия
  - Гипотензия во время операции.
  - Аксиальный поворот тонкой кишки.
  - Дуоденостаз.
  - Послеоперационный панкреатит.
59. Вопрос  
В момент прободения язвы желудка или 12-перстной кишки наиболее часто встречается:  
*Ответы:*
- Тахикардия.
  - Схваткообразная боль.
  - Локализованная, умеренная боль.
  - Внезапно возникшая интенсивная боль.
  - Жидкий стул.
60. Вопрос  
Прикрытию перфорации язвы желудка или 12-перстной кишки способствуют:  
*Ответы:*
- Малый диаметр прободного отверстия.
  - Незначительное наполнение желудка.
  - Топографическая близость соседних органов.



- d. Большой диаметр прободного отверстия.
  - e. Хорошо развитый большой сальник.
61. Вопрос  
Рецидивы гастродуоденальных кровотечений наиболее вероятны:  
*Ответы:*
- a. При калезной язве.
  - b. При пенетрирующей язве
  - c. При поверхностных эрозиях слизистой.
  - d. При тромбированном сосуде на дне язвы диаметром более 0,1 см.
  - e. При рубцующейся язве.
62. **К особенностям патогенеза язвенной болезни с локализацией язвы в луковице 12-перстной кишки относятся**
- a) желудочная метаплазия в дуоденуме
  - b) адгезия НР на метаплазированном желудочном эпителии
  - в) "кислые" стазы в 12-перстной кишке
  - г) хронический активный дуоденит
  - д) все перечисленное
63. **Боли при язвенной болезни с локализацией язвы в кардиальном отделе чаще иррадируют:**
- a) в область сердца
  - б) вдоль грудины
  - в) в правое подреберье
  - г) в левое подреберье
  - д) правильные ответы а) и б)
64. **Боли при язвенной болезни с локализацией язвы в антральном отделе желудка чаще иррадируют:**
- a) в область сердца
  - б) в спину
  - в) в правое подреберье
  - г) в левое подреберье
  - д) правильные ответы б) и в)
65. **Достоверным клиническим признаком стеноза привратника является:**
- a) рвота желчью
  - б) урчание в животе
  - в) резонанс под пространством Траубе
  - г) шум плеска через 3-4 часа после приема пищи
  - д) видимая перистальтика
66. **При пенетрации язвы в поджелудочную железу в крови повышается:**
- a) активность амилазы
  - б) активность липазы
  - в) уровень глюкозы
  - г) активность щелочной фосфатазы
  - д) ничего из перечисленного
67. **Больной, длительно страдающий язвенной болезнью с локализацией язвы в желудке. Обратился с жалобами на слабость, тошноту, потерю аппетита постоянные боли в эпигастральной области, похудание. В данном случае можно думать о следующем осложнении язвенной болезни:**
- a) стенозе выходного отдела желудка
  - б) малигнизации язвы
  - в) пенетрации язвы
  - г) микрокровоотечении из язвы
  - д) перфорации язвы
68. **Основными отличиями симптоматических язв от язвенной болезни являются:**
- a) локализация язвы
  - б) величина язвы
  - в) отсутствие хронического рецидивирующего течения
  - г) кровотечение
  - д) частая пенетрация
69. **Патогенез демпинг-синдрома обусловлен:**
- a) ускоренной эвакуацией пищи из желудка в тонкую кишку
  - б) повышением осмотического давления в тонкой кишке
  - в) раздражением рецепторов слизистой оболочки тонкой кишки

- г) активацией симпатико-адреналовой системы
- д) всем перечисленным

70. Для раннего демпинг-синдрома, возникающего вскоре после приема пищи, характерны:

- а) сонливость и слабость
- б) тошнота, вздутие живота, понос, схваткообразные боли, урчание
- в) тахикардия
- г) повышение артериального давления
- д) все перечисленное

71. У больного, страдающего язвенной болезнью с локализацией язвы в луковице 12-перстной кишки, в последнее время изменилась клиническая картина: появилась тяжесть после еды, тошнота, рвота пищей, чаще во второй половине дня (обильная), неприятный запах изо рта, потеря веса. Этот симптомокомплекс соответствует развитию:

- а) опухоли желудка
- б) пилородуоденостенозу
- в) перидуодениту
- г) пенетрации
- д) правильные ответы б) и в)

72. Ситуационная задача

У больного К. 49 лет появилась кахексия и массивный резистентный к терапии асцит, который развился в течение последних 3 месяцев. Ранее считал себя здоровым. При осмотре кожные печеночные знаки отсутствуют, размеры печени и селезенки нормальные. Умеренная анемия, повышение СОЭ, гипопротейнемия. Активность амилазы мочи - в пределах нормы. Подтвердить правильный диагноз поможет:

- а) тщательный анализ анамнестических данных
- б) гастродуоденоскопия с прицельной биопсией
- в) исследование панкреатических ферментов в крови, их активность
- г) ультразвуковое исследование
- д) все перечисленное

73. К неэпителиальным злокачественным опухолям желудка относятся:

- а) лимфосаркома
- б) фибросаркома
- в) миосаркома
- г) все перечисленное
- д) правильные ответы а) и б)

74. К предракам относят полипы:

- а) гиперпластические
- б) аденоматозные
- в) смешанные
- г) реактивные
- д) ни один из перечисленных

75. На работу привратникового жома влияют:

- а) кислое содержимое 12-перстной кишки
- б) щелочное содержимое 12-перстной кишки
- в) блуждающий нерв
- г) правильные ответы а) и б)
- д) все перечисленное

76. Омепразол относится к группе препаратов

- а) адреноблокаторы
- б) М-холиноблокаторы
- в) спазмолитики
- г) блокаторы гистаминовых H1 рецепторов
- д) блокаторы гистаминовых H2 рецепторов
- е) блокаторы протонного насоса

77. Наиболее часто язвы в желудке локализуются

- а) в кардиальном или субкардиальном отделах
- б) на малой кривизне
- в) на большой кривизне
- г) в антральном отделе
- д) правильные ответы б) и г)

78. Причиной изменения формы желудка в виде песочных часов является

- а) сифилис
- б) лимфома
- в) язва желудка
- г) рак желудка
- д) язва 12-перстной кишки

**79. К язвам Керлинга относятся язвы**

- а) при ожоговой болезни
- б) при травме
- в) при инфаркте миокарда
- г) при сепсисе
- д) ни одна из перечисленных

**80. К язвам Кушинга относят язвы**

- а) при нарушениях мозгового кровообращения
- б) при травмах головного мозга
- в) при инфаркте
- г) правильные ответы а) и б)
- д) все перечисленное

**81. К ведущим механизмам образования "стрессовых" язв относят**

- а) увеличение кислотообразования
- б) нарушение микроциркуляции слизистой оболочки желудка и 12-перстной кишки
- в) падение сопротивляемости гастродуоденальной слизистой оболочки
- г) усиление функции коры надпочечников
- д) правильные ответы б) и в)

**82. Медикаментозные язвы вызываются следующими лекарственными препаратами**

- а) кортикостероидами
- б) ацетилсалициловой кислотой
- в) индометацином
- г) резерпином
- д) всеми перечисленными

**83. БОЛЕЕ ДРУГИХ ПРЕДОХРАНЯЕТ ОТ РЕФЛЮКСА КИШЕЧНОГО СОДЕРЖИМОГО В ЖЕЛУДОК РЕЗЕКЦИЯ**

- а) по Бильрот-1
- б) по Гофмейстеру - Финстереру
- в) по Бальфуру
- г) по Ру
- д) по Райхель - Полия

**84. Основными методами диагностики демпинг-синдрома являются**

- а) рентгеноскопия
- б) гастроскопия
- в) определение сахара и серотонина в крови
- г) правильные ответы а) и в)
- д) правильные ответы а) и б)

**85. К развитию синдрома Мэллори — Вейсса может привести:**

- а) синдром мальабсорбции
- б) скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы
- в) отравление алкоголем
- в) синдром раздраженной толстой кишки
- г) прием противовоспалительных нестероидных средств (салицилатов)

**86. Показаниями к плановому оперативному лечению язвенной болезни являются**

- а) длительно (до 3 мес) нерубцующая язва
- б) пенетрирующая язва
- в) часто кровоточащая язва желудка
- г) хронические каллезные язвы с дисплазией эпителия в периаульцерозной зоне
- д) правильные ответы б) , в) и г)

**87. К функциональным постгастрорезекционным расстройствам относят**

- а) демпинг-синдром
- б) гипогликемический синдром
- в) постгастрорезекционная дистрофия
- г) функциональный синдром приводящей петли

д) все перечисленное

**88. К органическим постгастрорезекционным расстройствам относятся**

- а) синдром приводящей петли
- б) деформация и сужение анастомоза
- в) реактивный гастрит, ассоциированный с желчью
- г) рецидивирующая язва культи желудка или анастомоза
- д) все перечисленное

**89. Демпинг-синдром чаще развивается после приема всего перечисленного, кроме**

- а) молочных блюд
- б) жидких каш
- в) сладких блюд
- г) мясных блюд

**90. Симптоматика пептической язвы анастомоза отличается от симптоматики при язвенной болезни**

- а) интенсивностью болевого синдрома
- б) длительностью периода обострения
- в) резистентностью к лекарственной терапии
- г) правильные ответы а) и б)
- д) всем перечисленным

**91. Клиника острой кровопотери возникает при кровоптере, равной:**

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

**92. ОЦК у взрослых мужчин составляет:**

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

**93. Удовлетворительную кислородную емкость крови и транспорт кислорода обеспечивает гематокрит не ниже:**

- а) 20-25%
- б) 30%
- в) 35%
- г) 40%
- д) 45%

**94. Больному с А2 (II) необходимо перелить донорскую плазму. Плазма этой группы отсутствует. Больному возможно переливание плазмы:**

- а) А2В (IV)
- б) 0 (I)
- в) Только одногруппную плазму
- г) В (III)
- д) Любую сухую

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

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

**96. Для уточнения диагноза кровотокащей язвы желудка в первую очередь необходимо сделать:**

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

**97. Жалобы больного после резекции желудка на тяжесть в эпигастрии, слабость - вплоть до обморока после приема сладкой или молочной пищи являются признаками:**

- а) Инсулемы поджелудочной железы

- б) Синдрома приводящей петли
  - в) Пептической язвы анастомоза
  - г) Демпинг-синдрома
  - д) Синдрома малого желудка
98. Наиболее достоверными клиническими проявлениями перфоративной язвы желудка являются:
- а) Рвота
  - б) желудочное кровотечение
  - в) Напряжение передней брюшной стенки, отсутствие печеночной тупости
  - г) Частый жидкий стул
  - д) Икота
99. О наличии прободения язвы желудка или 12-перстной кишки позволяют судить:
- а) Доскообразный живот
  - б) Сильные боли в эпигастрии
  - в) Боли в поясничной области
  - г) Повышение лейкоцитоза до 15000
  - д) Легкая желтуха склер и кожных покровов
100. Напряжение мышц в правой подвздошной области, нередко возникающее при прободной язве двенадцатиперстной кишки, можно объяснить:
- а) Затекание содержимого по правому боковому каналу
  - б) Рефлекторными связями через спинномозговые нервы
  - в) Скоплением воздуха в брюшной полости, в частности в правой подвздошной области
  - г) Развивающимся разлитым перитонитом
  - д) Висцеро-висцеральным рефлексом с червеобразного отростка
101. Срочное хирургическое вмешательство требуется при следующих осложнениях язвенной болезни:
- а) Остановившееся желудочное кровотечение
  - б) Перфоративная язва
  - в) Пенетрирующая язва
  - г) Стеноз выходного отдела желудка
  - д) Малигнизированная язва
102. Экономная резекция желудка, выполненная по поводу язвенной болезни, чаще приводит к возникновению:
- а) Демпинг-синдрома
  - б) Гипогликемического синдрома
  - в) Синдрома "малого желудка"
  - г) Пептической язвы анастомоза
  - д) Синдрома приводящей петли
103. Консервативное лечение перфоративной язвы желудка или двенадцатиперстной кишки по Тейлору заключается:
- а) В применении щелочей и средств, снижающих перистальтику желудка
  - б) В периодическом (каждые 4-5 часов) зондировании желудка, внутривенном вливании жидкости и фармакологической блокаде блуждающего нерва
  - в) В постоянном промывании желудка охлажденным физиологическим раствором
  - г) В местной гипотермии и внутривенном вливании жидкости
  - д) В постоянной аспирации содержимого желудка, внутривенном введении жидкостей, назначением антибиотиков
104. Наиболее частой причиной несостоятельности швов культи двенадцатиперстной кишки после резекции желудка является:
- а) Гипопротеинемия
  - б) Гипотензия во время операции
  - в) Аксиальный поворот тонкой кишки
  - г) Дуоденостаз
  - д) Послеоперационный панкреатит
105. В момент прободения язвы желудка или двенадцатиперстной кишки наиболее часто встречается:
- а) Тахикардия
  - б) Схваткообразная боль
  - в) Локализованная, умеренная боль
  - г) Внезапно возникшая интенсивная боль
  - д) Жидкий стул
106. Прикрытию перфорации язвы желудка или двенадцатиперстной кишки способствуют:
- а) Малый диаметр прободного отверстия
  - б) Незначительное наполнение желудка
  - в) Топографическая близость соседних органов
  - г) Большой диаметр прободного отверстия

- д) Хорошо развитый большой сальник
107. Рецидивы гастродуоденальных кровотечений наиболее вероятны:
- а) При калезной язве
  - б) При пенетрирующей язве
  - в) При поверхностных эрозиях слизистой
  - г) При тромбированном сосуде в дне язвы диаметром более 0,1 см
  - д) При рубцующейся язве
108. Синдром Меллори-Вейса это:
- а) Разрыв слизистой кардиального отдела желудка
  - б) Наличие "зеркальных" язв
  - в) Стеноз привратника
  - г) Повреждение слизистой антрального отдела желудка
  - д) Стойкий спазм кардиального сфинктера
109. Наиболее частым осложнением острых язв верхних отделов ЖКТ являются:
- а) Перфорация
  - б) Малигнизация
  - в) Пенетрация
  - г) Кровотечение
  - д) Переход в хроническую язву
110. Наличие у больного после резекции желудка рвоты, желудочным содержимым в большом количестве без примеси желчи, тахикардии свидетельствует о развитии:
- а) Перитонита
  - б) Панкреатита
  - в) Кишечной непроходимости
  - г) Анастомозита
  - д) Кровотечения в просвет желудка
111. У больного перфорация дуоденальной язвы, осложненная разлитым перитонитом. Следует выполнить:
- а) Резекцию желудка по первому способу Бильрота
  - б) Резекцию желудка по Гофмейстеру-Финстереру
  - в) ушивание язвы, дренирование брюшной полости
  - г) селективную проксимальную ваготомию и пилоропластику
  - д) стволовую ваготомию и пилоропластику
112. Больной поступил в клинику с неоднократной рвотой кровью со сгустками. Язвенный анамнез отрицает, злоупотребляет алкоголем. В анамнезе панкреатит. Наиболее вероятной причиной кровотечения может быть:
- а) Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода
  - б) Язва желудка
  - в) Рак желудка
  - г) Синдром Меллори-Вейса
  - д) Синдром Золлингера-Элиссона
113. У больного с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, осложненной декомпенсированным стенозом, появились тонические судороги в конечностях, обморочное состояние, причиной которых служат:
- а) Перфоарция язвы двенадцатиперстной кишки
  - б) Кровотечение
  - в) Гипогликемический шок
  - г) Нарушения электролитного обмена
  - д) Нарушение мозгового кровообращения
114. У больного с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, осложненной декомпенсированным стенозом, имеются тонические судороги нижних конечностей и потеря сознания. В первую очередь больному показан введение:
- а) Раствора глюкозы
  - б) Инсулина
  - в) Сердечных гликозидов и мезатона
  - г) Раствора хлористого натрия и раствора калия
  - д) Переливание эритроплазмы
115. У больного после резекции желудка возникла рвота типа "кофейной гущи". Ваша тактика:
- а) Повторная лапаротомия
  - б) Переливание эритроплазмы
  - в) Введение аминокaproновой кислоты и хлористого кальция
  - г) Промывание желудка
  - д) Промывание желудка и фиброгастросткопия

116. Что является самым частым осложнением стрессовой язвы желудка?

- 1) Кровотечение
- 2) Перфорация
- 3) Пенетрация
- 4) Малигнизация
- 5) Стеноз

117. Какое обезболивание предпочтительно при операциях по поводу перфоративных гастродуоденальных язв?

- 1) Местная анестезия с потенцированием
- 2) Перидуральная анестезия
- 3) Внутривенная анестезия
- 4) Интубационная анестезия

118. Наиболее достоверным рентгенологическим признаком перфорации язвы желудка и двенадцатиперстной кишки является:

- 1) пневмоперитонеум
- 2) чаши Клойбера
- 3) высокое стояние диафрагмы и ограничение ее подвижности
- 4) выпот в реберно-диафрагмальном синусе
- 5) симптом широкого уровня жидкости в желудке

119. Всем больным в раннем периоде после операций по поводу перфоративной гастродуоденальной язвы необходимо назначить:

- 1) спазмолитики
- 2) ганглиоблокаторы
- 3) антибактериальные препараты
- 4) антиферментные препараты
- 5) препараты, улучшающие реологические свойства крови

120. Перфоративные язвы желудка и двенадцатиперстной кишки чаще всего возникают:

- 1) на задней стенке
- 2) по малой кривизне
- 3) на передней стенке
- 4) по большой кривизне

121. Какое минимальное количество воздуха необходимо для проведения пневмогастрографии?

- 1) 0,5 литра
- 2) 1,0 литра
- 3) 1,5 литра
- 4) 2,0 литра
- 5) 2,5 литра

122. Перкуторно выявляемая зона высокого тимпанита в эпигастральной области - это симптом:

- 1) Жобера
- 2) Спизарского
- 3) Элекера
- 4) Гюстена
- 5) Кеннингсберга

123. Какие 2 метода диагностики перфоративных гастродуоденальных язв являются наиболее ценными?

- 1) обзорная рентгенография брюшной полости
- 2) пневмогастрография
- 3) фиброгастродуоденоскопия
- 4) УЗИ брюшной полости
- 5) компьютерная томография

124. Наиболее неблагоприятные непосредственные результаты наблюдаются при сочетании перфорации хронической язвы с:

- 1) декомпенсированным сахарным диабетом
- 2) открытой формой туберкулеза легких
- 3) пенетрацией в поджелудочную железу
- 4) кровотечением
- 5) малигнизацией

125. Больного с перфоративной гастродуоденальной язвой рациональнее оперировать в период:

- 1) болевого шока
- 2) мнимого благополучия
- 3) прогрессирующего перитонита

126. При установленном диагнозе прикрытой перфорации гастродуоденальной язвы больного следует:

- 1) немедленно оперировать
- 2) наблюдать, оперировать при нарастании признаков перитонита
- 3) наблюдать, оперировать при нарастании признаков общей интоксикации
- 4) лечить консервативно

**127. Абсолютным противопоказанием к радикальной операции при перфоративных гастродуоденальных язвах является:**

- 1) разлитой перитонит
- 2) отсутствие язвенного анамнеза
- 3) эндотоксический шок
- 4) терминальная фаза перитонита
- 5) сочетание перфорации язвы и кровотечения

**128. При перфоративной каллезной язве двенадцатиперстной кишки и реактивной фазе разлитого перитонита показано:**

- 1) простое ушивание перфорационного отверстия
- 2) ушивание перфорационного отверстия по Опелю-Поликарпову
- 3) ваготомия с иссечением язвы и пилоропластикой
- 4) резекция желудка "на выключение"

**129. При перфорации подозрительной на малигнизацию язвы малой кривизны тела желудка в реактивной фазе разлитого перитонита показана:**

- 1) биопсия и простое ушивание перфорационного отверстия
- 2) ушивание перфорационного отверстия по Опелю-Поликарпову
- 3) иссечение и ушивание язвы с экстренной биопсией
- 4) ушивание перфорационного отверстия, ваготомия с пилоропластикой
- 5) резекция желудка

**130. Обязательно ли брать биопсию перфоративной язвы желудка?**

- 1) Да, всегда
- 2) Да, за исключением перфорации острых язв
- 3) Только при каллезных язвах
- 4) Только при подозрении на малигнизацию

**131. При перфорации дуоденальной язвы и отсутствии признаков стеноза выходного отдела желудка ваготомии следует дополнить:**

- 1) пилоропластикой по Гейнеке-Микуличу
- 2) пилоропластикой по Веберу
- 3) пилоропластикой по Финнею
- 4) гастродуоденоанастомозом по Джабулею

**132. При сочетании перфорации и кровотечения из язвы луковицы двенадцатиперстной кишки на фоне токсической фазы перитонита следует выполнить:**

- 1) ушивание язвы с прошиванием кровоточащего сосуда
- 2) иссечение и ушивание язвы
- 3) ваготомию с иссечением язвы и пилоропластикой
- 4) резекцию желудка "на выключение"

**133. При перфоративной язве и местном неотграниченном перитоните операция обязательно должна включать:**

- 1) лаваж брюшной полости
- 2) осушение брюшной полости тампонами
- 3) фракционное промывание брюшной полости
- 4) перитонеальный диализ

**134. Наиболее частым осложнением ваготомии и пилоропластики по поводу перфоративных пилорoduоденальных язв является:**

- 1) несостоятельность швов пилоропластики
- 2) внутрибрюшное кровотечение
- 3) гастростаз
- 4) стойкий парез кишечника
- 5) послеоперационный панкреатит

**135. При перфорации "немой" язвы двенадцатиперстной кишки у больных среднего возраста показано:**

- 1) простое ушивание перфорационного отверстия
- 2) иссечение и ушивание перфоративной язвы
- 3) ваготомия с иссечением язвы и пилоропластикой
- 4) резекция 2/3 желудка



5) резекция 3/4 желудка

136. Какой вид микроорганизмов наиболее часто высевают из перитонеального экссудата при перфоративных гастродуоденальных язвах?

- 1) Стрептококки
- 2) Стафилококки
- 3) Кишечная палочка
- 4) Протей
- 5) Оральные бактероиды

137. Укажите две наиболее частые причины летальных исходов больных перфоративными гастродуоденальными язвами.

- 1) Перитонит
- 2) Внутривнутрибрюшные кровотечения
- 3) Желудочно-кишечные кровотечения
- 4) Послеоперационный панкреатит
- 5) Сепсис

138. Какой вид операции при перфоративных дуоденальных язвах дает наилучшие отдаленные результаты?

- 1) Простое ушивание перфорационного отверстия
- 2) Операция Оппеля-Поликарпова
- 3) Стволовая ваготомия с иссечением язвы и пилоропластикой
- 4) Селективная ваготомия с иссечением язвы и пилоропластикой
- 5) Стволовая ваготомия с антрумрезекцией

139. Какой оптимальный объем резекции при перфорации язвы угла желудка?

- 1) Антрумэктомия
- 2) Гемирезекция
- 3) 2/3 желудка
- 4) 3/4 желудка
- 5) Гастрэктомия

140. В каком году выполнено первое успешное ушивание перфоративной язвы желудка?

- 1) В 1789 году
- 2) В 1892 году
- 3) В 1903 году
- 4) В 1916 году
- 5) В 1924 году

141. Какая главная цель операции при перфоративных гастродуоденальных язвах?

- 1) Излечение больного от язвенной болезни
- 2) Ликвидация источника перитонита
- 3) Спасение жизни больного и предупреждение осложнений
- 4) Ушивание перфорационного отверстия
- 5) Санация брюшной полости, ликвидация условий для прогрессирования перитонита

142. Какой пульс характерен для больных в первые часы после перфорации язвы?

- 1) Уреженный
- 2) Нормальной частоты
- 3) Учащенный

143. Где чаще всего обнаруживается пневмоперитонеум при перфоративных гастродуоденальных язвах?

- 1) Под левым куполом диафрагмы
- 2) Под правым куполом диафрагмы
- 3) Под обеими куполами диафрагмы

144. Как часто возникает рецидив язвы после ушивания перфорационного отверстия?

- 1) В 20-40% случаев
- 2) В 40-60% случаев
- 3) В 60-80% случаев
- 4) В 80-100% случаев

145. Во время операции у больного сочетанием перфорации дуоденальной язвы и кровотечения тяжелой степени обнаружен холецистит. Что следует предпринять?

- 1) Не трогать желчный пузырь
- 2) Наложить холецистостому
- 3) Выполнить холецистолитотомию
- 4) Выполнить холецистэктомию

146. Как часто встречаются атипичные перфорации гастродуоденальных язв?

- 1) В 0,5-1% случаев
- 2) В 3-4 % случаев
- 3) В 5-10% случаев
- 4) В 10-30% случаев
- 5) В 40-50% случаев

147. Диагностика каких перфоративных язв вызывает наибольшие трудности?

- 1) Залуковичного отдела двенадцатиперстной кишки
- 2) Луковицы двенадцатиперстной кишки
- 3) Пилорического отдела желудка
- 4) Антрального отдела желудка
- 5) Кардиального отдела желудка

148. Перкуторно определяемое отсутствие печеночной тупости при перфоративных язвах - это симптом:

- 1) Элекера
- 2) Спигарского
- 3) Жобера
- 4) Кулленкампфа
- 5) Тренделенбурга

149. У кого чаще возникают кровотечения из язвы двенадцатиперстной кишки?

- 1) У женщин
- 2) У мужчин
- 3) У одинаково часто
- 4) Закономерности не установлено
- 5) Этот вопрос не изучен

150. Рвота кровью, как правило, бывает

- 1) при язве желудка
- 2) при язве двенадцатиперстной кишки
- 3) при острых язвах двенадцатиперстной кишки

151. Наиболее спорным вопросом в проблеме желудочно-кишечных кровотечений является:

- 1) диагностика кровотечения
- 2) тактика на догоспитальном этапе
- 3) хирургическая тактика
- 4) этиология и патогенез
- 5) ведение больного в послеоперационном периоде

152. При каких кровоточащих язвах чаще бывает рвота кровью?

- 1) При хронической язве желудка
- 2) При хронической язве двенадцатиперстной кишки
- 3) При острых язвах двенадцатиперстной кишки

153. Какой метод диагностики желудочно-кишечных кровотечений наиболее информативен?

- 1) Клинико-лабораторный
- 2) Рентгенологический
- 3) Фиброгастродуоденоскопический
- 4) Лапароскопический
- 5) Ультрасонографический

154. Какой наиболее эффективный метод консервативного лечения острых желудочно-кишечных кровотечений?

- 1) Массивная инфузионно-трансфузионная терапия
- 2) Внутривенное введение гемостатических препаратов
- 3) Промывание желудка гемостатическими препаратами
- 4) Локальная гипотермия
- 5) Лечебная фиброгастродуоденоскопия

155. Какой оптимальный объем операции при кровоточащей язве двенадцатиперстной кишки?

- 1) Пилородуоденотомия, прошивание кровоточащей язвы
- 2) Стволовая ваготомия с пилоропластикой, прошиванием или иссечением кровоточащей язвы
- 3) Иссечение кровоточащей язвы
- 4) Резекция желудка "на выключение"
- 5) Селективная проксимальная ваготомия

156. Какая операция наиболее выгодна при кровоточащей язве желудка?

- 1) Стволовая ваготомия с пилоропластикой и иссечением кровоточащей язвы
- 2) Резекция желудка
- 3) Иссечение кровоточащей язвы
- 4) Гастротомия, прошивание кровоточащей язвы
- 5) Иссечение язвы, перевязка левой желудочной артерии

**157. Какая хирургическая тактика должна быть при продолжающемся кишечном кровотечении неясной этиологии?**

- 1) Диагностическая и лечебная фиброгастродуоденоскопия
- 2) Диагностическая и лечебная фиброколоноскопия
- 3) Диагностическая лапаротомия с переходом в лечебную
- 4) Регионарная гипотермия
- 5) Инфузионно-трансфузионная терапия с диагностической энтерографией

**158. Какое исследование целесообразно назначить больному для уточнения источника желудочно-кишечного кровотечения, возникшего на фоне острого инфаркта миокарда?**

- 1) Рентгеноскопию желудка
- 2) Фиброгастродуоденоскопию
- 3) Обзорную рентгенографию живота
- 4) Диагностическую лапароскопию
- 5) Сонографическое исследование органов брюшной полости

**159. Что является наиболее важным показанием к гемотрансфузии при остром гастродуоденальном кровотечении?**

- 1) Мелена
- 2) прогрессирующее снижение гематокрита
- 3) Признаки гиповолемии
- 4) Системная артериальная гипотензия
- 5) Системная артериальная гипертензия

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

- 1) увеличения вязкости крови
- 2) снижения фибринолитической активности крови
- 3) снижения давления в системе воротной вены
- 4) активации процесса перехода протромбина в тромбин
- 5) спазма вен портальной системы

**161. Какая наиболее частая причина кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта?**

- 1) Портальная гипертензия
- 2) Распадающаяся опухоль желудка
- 3) Язва желудка или двенадцатиперстной кишки
- 4) Эрозивный гастрит
- 5) Синдром Маллори-Вейсса
- 6) Дивертикулы пищевода

**162. Какое лечебное мероприятие следует избрать в качестве первоочередного при профузном кровотечении из верхних отделов желудочно-кишечного тракта, сопровождающегося расстройством центральной гемодинамики?**

- 1) Струйное переливание донорской крови
- 2) Внутривенная инфузия плазмозаменителей
- 3) Введение симпатомиметиков (адреналин и пр.)
- 4) Введение кортикостероидов
- 5) Регионарная гипертермия

**163. Какой объем кровопотери не требует возмещения препаратами крови?**

- 1) В пределах 5% ОЦК
- 2) В пределах 10% ОЦК
- 3) В пределах 20% ОЦК
- 4) В пределах 30% ОЦК
- 5) В пределах 40% ОЦК

**164. Какой степени кровопотери соответствует дефицит ОЦК от 15 до 25%?**

- 1) Легкой степени
- 2) Средней степени
- 3) Тяжелой степени

4) Крайне тяжелой степени  
165. Какой степени кровопотери соответствует дефицит ОЦК от 25 до 40%?

- 1) Легкой степени
- 2) Средней степени
- 3) Тяжелой степени
- 4) Крайне тяжелой степени

166. Какая тактика должна быть при тяжелом кровотечении вследствие эрозивно-язвенного колита?

- 1) Срочная операция
- 2) Интенсивная инфузионно-трансфузионная терапия
- 3) Лечебная фиброколоноскопия, инфузионно-трансфузионная терапия

167. Отказ от ФГДС при желудочно-кишечном кровотечении допустим при

- 1) острым инфаркте миокарда
- 2) нарушении мозгового кровообращения
- 3) тяжелой травме (механической, термической, политравме)
- 4) агональном состоянии
- 5) неадекватном поведении больного (в т.ч. при алкогольном опьянении)

168. Определите степень устойчивости гемостаза по следующим эндоскопическим признакам: "В просвете желудка измененная кровь, в язве определяется пульсирующий сосуд с тромбом коричневого цвета"

- 1) "кровотечение в ходу"
- 2) гемостаз неустойчив
- 3) гемостаз устойчив
- 4) данные эндоскопические признаки не поддаются трактовке

169. Острая потеря какого объема циркулирующей крови компенсируется здоровым организмом за счет механизмов саморегуляции?

- 1) до 5%
- 2) до 8%
- 3) до 20%
- 4) до 30%
- 5) до 40%

170. Клиническая картина геморрагического шока развивается при дефиците ОЦК

- 1) более 25%
- 2) более 40%
- 3) более 60%
- 4) более 70%

171. Какой процент от общего объема инфузии должна составлять донорская кровь при тяжелой кровопотере?

- 1) 10-20%
- 2) 20-40%
- 3) 50-70%
- 4) 80-100%

172. Главный критерий восстановления микроциркуляции при кровопотере

- 1) теплые конечности
- 2) появление сознания
- 3) систолическое давление 100 мм рт.ст.
- 4) диурез 50 мл/час
- 5) сужение зрачка

173. У больного с желудочно-кишечным кровотечением не определяется сердечная деятельность. При каких условиях противопоказано введение норадреналина и мезатона?

- 1) если неизвестна переносимость этих лекарств больным
- 2) если кровотечение продолжается
- 3) при невосполненной кровопотере
- 4) при инфаркте миокарда в анамнезе

174. Какая лечебная тактика предпочтительна при кровотечении из острых гастродуоденальных язв?

- 1) настойчивая инфузионно-трансфузионная и гемостатическая терапия
- 2) лечебная эндоскопия
- 3) лечебная эндоскопия дополненная инфузионно-трансфузионной, гемостатической и симптоматической терапией
- 4) ранняя операция на высоте кровотечения
- 5) обязательная (отсроченная или плановая) операция после остановки кровотечения консервативными мероприятиями

**175. Какая операция показана при перфорации каллезной дуоденальной язвы на фоне терминальной фазы перитонита?**

- 1) Простое ушивание перфорационного отверстия
- 2) Иссечение и ушивание язвы
- 3) Стволовая ваготомия с иссечением язвы и пилоропластикой
- 4) Резекция желудка
- 5) Ни одна из вышеперечисленных

**176. Клиника острой кровопотери возникает уже при кровопотере, равной**

- 1) 250 мл
- 2) 500 мл
- 3) 1000 мл
- 4) 1500 мл
- 5) 2000 мл

**177. Для гиповолемии характерны следующие значения ЦВД**

- 1) менее 60 мм вод. ст.
- 2) от 60 до 120 мм вод. ст.
- 3) от 130 до 180 мм вод. ст.
- 4) от 190 до 240 мм вод. ст.

**178. Объем циркулирующей крови у взрослых мужчин составляет**

- 1) 50 мл/кг
- 2) 60 мл/кг
- 3) 70 мл/кг
- 4) 80 мл/кг
- 5) 90 мл/кг

**179. Основным показанием к гемотрансфузии является**

- 1) парентеральное питание
- 2) стимуляция кроветворения
- 3) значительная анемия от кровопотери
- 4) дезинтоксикация
- 5) иммунокоррекция

**180. Удовлетворительную кислородную емкость крови и транспорт O<sub>2</sub> обеспечивает гематокрит не ниже**

- 1) 20-25%
- 2) 30%
- 3) 35%
- 4) 40%
- 5) 45%

**181. Лечение острой кровопотери в начальных этапах начинают с переливания**

- 1) эритромаcсы
- 2) донорской крови
- 3) кристаллоидных растворов
- 4) коллоидных растворов
- 5) правильно 3) и 4)

**182. Переливание несовместимой крови ведет к развитию а) гемотрансфузионного шока; б) отека легких; в) гемолиза; г) острой почечной недостаточности; д) геморрагического синдрома**

- 1) верны все ответы
- 2) верны а), б), в)
- 3) верны а), в), г)
- 4) верны б), в), г)
- 5) верны а), б), г)

**183. К обязательным пробам, проводимым перед каждым переливанием крови, относятся а) групповая совместимость; б) индивидуальная совместимость; в) биологическая проба; г) определение резус-совместимости; д) определение резус-фактора**

- 1) верны все ответы
- 2) верны а), б)
- 3) верны б), в)
- 4) верны а), в)
- 5) верны б), г)

**184. Больному с АВ (IV) по жизненным показаниям необходимо перелить кровь. Определить резус-фактор нет ни времени, ни возможности. Ему следует переливать кровь**

- 1) АВ(IV) резус
- 2) АВ(IV) резус-
- 3) В(III) резус+
- 4) А(II) резус-
- 5) О(I) резус-

**185. Противопоказанием к гемотрансфузии являются**

- 1) тяжелая операция
- 2) хирургическая инфекция
- 3) шок
- 4) тяжелое нарушение функции печени
- 5) снижение АД

**186. Наиболее постоянным синдромом, определяющим тяжесть состояния при переливании несовместимой крови, является**

- 1) анафилаксия
- 2) острый внутрисосудистый гемолиз
- 3) снижение АД
- 4) гипертермия
- 5) отек мозга

**187. Проба на индивидуальную совместимость крови проводится между**

- 1) плазмой реципиента и кровью донора
- 2) плазмой донора и кровью реципиента
- 3) форменными элементами крови реципиента и кровью донора
- 4) форменными элементами крови донора и кровью реципиента
- 5) цельной кровью донора и цельной кровью реципиента

**188. Переливание крови показано во всех приведенных ниже случаях, за исключением**

- 1) острой анемии
- 2) гнойной интоксикации
- 3) повышения защитной силы организма
- 4) с целью гемостаза
- 5) тяжелых нарушений функций печени и почек

**189. Для лечения гиповолемии вначале используют**

- 1) вазопрессоры
- 2) кардиотонические средства
- 3) плазмозаменители
- 4) эритромассу

**190. При выборе вида хирургического пособия при перфоративной язве желудка обычно руководствуются**

- 1) сроком с момента прободения
- 2) степенью воспалительных изменений брюшины
- 3) величиной перфоративного отверстия
- 4) локализацией перфоративного отверстия
- 5) возрастом больного

**191. Для уточнения диагноза кровоточащей язвы желудка в первую очередь необходимо сделать**

- 1) анализ кала на скрытую кровь
- 2) контрастную рентгеноскопию желудка
- 3) анализ желудочного сока на скрытую кровь
- 4) фиброгастроскопию
- 5) определение гемоглобина и гематокрита

**192. В первые часы при начавшемся желудочном кровотечении может иметь место**

- 1) мелена
- 2) симптом мышечной защиты
- 3) рвота желудочным содержимым цвета "кофейной кишки"
- 4) брадикардия
- 5) коллапс

**193. Наиболее характерным для острой язвы 12-перстной кишки являются**

- 1) пожилой возраст больного
- 2) в анамнезе прием аспирина или кортикостероидов

- 3) сильные, приступообразные сезонные боли в эпигастрии
- 4) рвота пищей, приносящая облегчение
- 5) шум плеска в желудке

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

- 1) малой кривизны желудка
- 2) кардиального отдела желудка
- 3) антрального отдела желудка
- 4) нижнего отдела пищевода
- 5) постбульбарного отдела двенадцатиперстной кишки

195. При лечении прободной язвы 12-ти перстной кишки могут быть применены, как правило, все перечисленные методы оперативного вмешательства, кроме

- 1) иссечения язвы
- 2) ушивания язвы
- 3) резекции желудка
- 4) пилоропластики с ваготомией
- 5) наложения гастроэнтероанастомоза на короткой петле

196. При перфоративной язве желудка необходимо провести

- 1) немедленную лапаротомию и в зависимости от состояния брюшины решить вопрос о характере операции
- 2) операцию после интенсивной терапии, коррекции белкового и минерального обмена
- 3) контрастное и гастроскопическое исследование желудка, повторные промывания желудка с раствором соляной кислоты

- 4) консервативную терапию с последующей операцией в интервале 3-6 недель

197. Жалобы больного после резекции желудка на тяжесть в эпигастрии, слабость - вплоть до обморока после приема сладкой или молочной пищи являются признаками

- 1) инсулемы поджелудочной железы
- 2) синдрома приводящей петли
- 3) пептической язвы анастомоза
- 4) демпинг-синдрома
- 5) синдрома малого желудка

198. К пострезекционным синдромам не относится

- 1) синдром малого желудка
- 2) демпинг-синдром
- 3) синдром приводящей петли
- 4) желчный гастрит культи
- 5) сахарный диабет

199. Наиболее достоверными клиническими проявлениями перфоративной язвы желудка являются

- 1) рвота
- 2) желудочное кровотечение
- 3) напряжение передней брюшной стенки, отсутствие печеночной тупости
- 4) частый жидкий стул
- 5) икота

200. 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

201. О наличии прободения язвы желудка или 12-перстной кишки позволяют судить

- 1) доскообразный живот
- 2) сильные боли в эпигастрии
- 3) боли в поясничной области
- 4) повышение лейкоцитоза до 15000
- 5) легкая желтуха склер и кожных покровов

202. 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 рефлексом с червеобразного отростка
- 203. 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

**204. Наиболее частой локализацией прободений у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки является**

- 1) двенадцатиперстная кишка
- 2) пилорический отдел желудка
- 3) малая кривизна желудка
- 4) большая кривизна желудка
- 5) кардиальный отдел желудка

**205. Для синдрома Меллори - Вейса характерно образование трещин**

- 1) в абдоминальном отделе пищевода
- 2) в кардиальном отделе желудка
- 3) в антральном отделе желудка
- 4) в пилорическом отделе желудка
- 5) в теле желудка

**206. Консервативное лечение перфоративной язвы желудка или двенадцатиперстной кишки по Тейлору заключается**

- 1) в применении щелочей и средств, снижающих перистальтику желудка
- 2) в периодическом (каждые 4-5 часов) зондировании желудка, внутривенном вливании жидкости и фармакологической блокаде блуждающего нерва
- 3) в постоянном промывании желудка охлажденным физиологическим раствором
- 4) в местной гипотермии и внутривенном вливании жидкости
- 5) в постоянной аспирации содержимого желудка при внутривенном введении жидкостей, назначении антибиотиков

**207. Наиболее частой причиной несостоятельности швов культи двенадцатиперстной кишки после резекции желудка является**

- 1) гипопроteinемия
- 2) гипотензия во время операции
- 3) аксиальный поворот тонкой кишки
- 4) дуоденостаз
- 5) послеоперационный панкреатит

**208. Пути распространения желудочно-кишечного содержимого при перфорации желудка и двенадцатиперстной кишки зависят**

- 1) от расположения желудка
- 2) от локализации прободного отверстия
- 3) от анатомического строения боковых каналов
- 4) от формы и расположения поперечно-ободочной кишки
- 5) от всего перечисленного

**209. Несостоятельность швов культи двенадцатиперстной кишки следует дифференцировать**

- 1) с несостоятельностью швов гастроэнтероанастомоза
- 2) с послеоперационным панкреатитом
- 3) с послеоперационным перитонитом
- 4) с несостоятельностью швов малой кривизны
- 5) со всем вышеперечисленным

**210. В момент прободения язвы желудка или двенадцатиперстной кишки наиболее часто встречается**

- 1) тахикардия
- 2) схваткообразная боль
- 3) локализованная, умеренная боль
- 4) внезапно возникшая интенсивная боль
- 5) жидкий стул

**211. Прикрытой перфорации язвы желудка или двенадцатиперстной кишки способствуют**



- 1) малый диаметр прободного отверстия
- 2) незначительное наполнение желудка
- 3) топографическая близость соседних органов
- 4) большой диаметр прободного отверстия
- 5) хорошо развитый большой сальник

**212. В первые часы при начавшемся желудочном кровотечении может иметь место**

- а) мелена
- б) симптом мышечной защиты
- в) рвота желудочным содержимым цвета "кофейной кишки"
- г) брадикардия
- д) коллапс

**213. Наиболее характерным для острой язвы 12-перстной кишки являются**

- а) пожилой возраст больного
- б) в анамнезе прием аспирина или кортикостероидов
- в) сильные, приступообразные сезонные боли в эпигастрии
- г) рвота пищей, приносящая облегчение
- д) шум плеска в желудке

**214. Больной, страдающий кровоточащей язвой желудка, после проведенной терапии выведен из шока. Однако, проводимые консервативные мероприятия не позволяют добиться надежного гемостаза. В этом случае необходима**

- а) лапаротомия и резекция желудка
- б) наложение гастростомы
- в) применение гастростомы
- г) продолжать консервативную терапию, включая применение диеты Мейленграхта
- д) лапаротомия, наложение гастроэнтероанастомоза, обкалывание кровоточащего сосуда

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

- а) малой кривизны желудка
- б) кардиального отдела желудка
- в) антрального отдела желудка
- г) нижнего отдела пищевода
- д) постбульбарного отдела двенадцатиперстной кишки

**216. При перфоративной язве желудка необходимо провести**

- а) немедленную лапаротомию и в зависимости от состояния брюшины решить вопрос о характере операции
- б) операцию после интенсивной терапии, коррекции белкового и минерального обмена
- в) контрастное и гастроскопическое исследование желудка, повторные промывания желудка с раствором соляной кислоты
- д) консервативную терапию с последующей операцией в интервале 3-6 недель

**217. При стенозе III ст. пилорического отдела желудка необходимы**

- а) немедленная лапаротомия и резекция желудка во всех случаях
- б) операция после интенсивной парентеральной терапии, коррекции волевических расстройств
- в) контрастное и эндоскопическое исследование желудка, повторные промывания желудка с раствором соляной кислоты, при подозрении на малигнизацию - операция
- г) немедленная лапаротомия, переливание крови и плазмозаменяющих растворов, применение антибиотиков. В зависимости от состояния брюшины решить вопрос о характере операции
- д) консервативная терапия, оперативное лечение не показано

**218. У больного с язвой луковицы двенадцатиперстной кишки при исследовании желудочной секреции выявлены: высокая секреция и кислотность в базальной и цефалической фазах и нормальная кислотность в желудочной фазе. Наиболее рациональной операцией в этом случае является**

- а) субтотальная резекция желудка
- б) ваготомия с пилоропластикой
- в) ваготомия без дренирующей операции
- г) резекция на выключение
- д) наложение гастроэнтероанастомоза

**219. Наиболее информативным при дифференциальной диагностике между язвой желудка и изъязвившейся карциномой является**

- а) анализ желудочного сока
- б) исследование кала на скрытую кровь
- в) проведение гистаминовой пробы
- г) положительный эффект на противоязвенный курс лечения
- д) эзофагогастроскопия с биопсией

**220. Наиболее достоверными клиническими проявлениями перфоративной язвы желудка являются**

- а) рвота
- б) желудочное кровотечение
- в) напряжение передней брюшной стенки, отсутствие печеночной тупости
- г) частый жидкий стул
- д) икота

**221. Для хронической язвы двенадцатиперстной кишки не является характерным осложнением**

- а) кровотечение
- б) малигнизация
- в) перфорация
- г) пенетрация в поджелудочную железу
- д) стенозирование выходного отдела желудка

**222. Относительными показаниями к операции при язвенной болезни желудка являются все перечисленные, кроме**

- а) больших размеров язвы
- б) язвы большой глубины (пенетрирующей)
- в) низкой кислотности желудочного сока

г) безуспешности консервативного лечения

д) каллезной язвы

**223. Для синдрома Меллори - Вейса характерно образование трещин**

а) в абдоминальном отделе пищевода

б) в кардиальном отделе желудка

в) в антральном отделе желудка

г) в пилорическом отделе желудка

д) в теле желудка

**224. Для демпинг-синдрома не характерны**

а) мышечная слабость

б) головокружение

в) приливы

г) потливость

д) повышенный аппетит

**225. Пути распространения желудочно-кишечного содержимого при перфорации желудка и двенадцатиперстной кишки зависят**

а) от расположения желудка

б) от локализации прободного отверстия

в) от анатомического строения боковых каналов

г) от формы и расположения поперечно-ободочной кишки

д) от всего перечисленного

**226. Несостоятельность швов культи двенадцатиперстной кишки следует дифференцировать**

а) с несостоятельностью швов гастроэнтероанастомоза

б) с послеоперационным панкреатитом

в) с послеоперационным перитонитом

г) с несостоятельностью швов малой кривизны

д) со всем вышеперечисленным

**227. Методом лечения анастомозита после резекции желудка является**

а) энзимотерапия

б) антибиотикотерапия

в) назогастральная интубация

г) рентгенотерапия

д) все вышеперечисленное

**228. Через 2 часа после резекции желудка по постоянному назогастральному зонду поступает кровь из культи желудка. Темп кровопотери около 500 мл за один час. Проводится гемостатическая и заместительная терапия. При отсутствии от нее эффекта следует**

а) продолжить местную гемостатическую терапию

б) увеличить темп введения крови

в) предпринять экстренную гастроскопию с целью гемостаза

- г) перелить фибрин
- д) срочно оперировать больного

**229. При прободной язве двенадцатиперстной кишки чаще применяется**

- а) резекция желудка
- б) различные виды ваготомии в сочетании с экономной резекцией желудка и другими дренирующими операциями
- в) ушивание прободной язвы
- г) ушивание + гастроэнтероанастомоз
- д) резекция желудка на выключение

**230. Рецидивы гастродуodenальных кровотечений наиболее вероятны**

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

**231. При язвенной болезни 12 перстной кишки боли возникают после еды через:**

- а) 30 минут
- б) час
- в) 2 часа
- г) 3 часа
- д) все ответы верны

а

**232. Признаком пенетрации язвы в поджелудочную железу является:**

- а) усиление боли в эпигастрии
- б) повышение температуры тела
- в) частый жидкий стул
- г) боли отдающие в спину
- д) тошнота, рвота

**233. Не является абсолютным показанием для операции:**

- а) прободная язва
- б) декомпенсированный стеноз
- в) профузное кровотечение
- г) малигнизация язвы
- д) длительное существование язвы

**234. Наиболее высокие цифры кислотности желудочного сока наблюдаются при язве:**

- а) дна желудка
- б) антрального отдела
- в) пилорического канала
- г) тела
- д) кардиального отдела желудка

**235. По классификации Джонсона, истинно желудочной язвой является только язва:**

- а) 1 типа
- б) 2 типа
- в) 3 типа
- г) 4 типа
- д) 5 типа

**236. Стандартным объемом резекции желудка при язвенной болезни является:**

- а) 1/3
- б) 1/2
- в) 2/3
- г) 3/4
- д) 4/5

**237. Ваготомия не показана при:**

- а) язве 12 п кишки
- б) язве пилорического канала

- в) сочетании язвы желудка и 12 п. кишки
  - г) язвы тела желудка
  - д) все ответы неверны
238. К прямым рентгенологическим признакам язвы относится:
- а) дуодено-гастральный рефлюкс
  - б) дефект наполнения
  - в) симптом "ниши"
  - г) нарушение эвакуации из желудка
  - д) деформация желудка
239. Наиболее физиологичным методом резекции желудка считается:
- а) Бильрот - 2
  - б) Бильрот - 1
  - в) Ру
  - г) Бальфуру
  - д) Райхель-Полиа
240. Для прободной язвы характерно:
- а) внезапное начало с резких болей в эпигастрии
  - б) постепенное нарастание болей
  - в) схваткообразные боли
  - г) обильная многократная рвота
  - д) слабость, головокружение
241. Для прободной язвы в первые 6 часов не характерно:
- а) резкие боли в животе
  - б) доскообразный живот
  - в) исчезновение печеночной тупости
  - г) вздутие живота
  - д) свободный газ под куполом диафрагмы
242. Достоверным рентгенологическим признаком прободной язвы является:
- а) высокое стояние диафрагмы
  - б) наличие свободного газа в брюшной полости
  - в) пневматизация кишечника
  - г) "чаши" Клойбера
  - д) увеличенный газовый пузырь желудка
243. Напряжение мышц правой подвздошной области при прободной язве объясняется:
- а) рефлекторными связями через спинно-мозговые нервы
  - б) поступлением воздуха в брюшную полость
  - в) затеканием желудочного содержимого в правый боковой канал
  - г) развитием разлитого перитонита
  - д) висцеро-висцеральными связями с червеобразным отростком
244. Консервативная терапия при прободной язве допустима лишь при:
- а) отсутствии у больного язвенного анамнеза
  - б) крайне высокой степени операционного риска
  - в) старческом возрасте больного
  - г) категорическом отказе больного от операции
  - д) недостаточной квалификации хирурга
245. Характер операции при прободной язве определяет:
- а) возраст больного
  - б) локализация и размеры перфоративного отверстия
  - в) степень выраженности перитонита
  - г) время с момента перфорации
  - д) всё перечисленное
246. Операцией выбора при прободной язве 12 п. кишки без явлений перитонита является:
- а) ушивание перфоративного отверстия
  - б) резекция желудка
  - в) иссечение язвы
  - г) ушивание перфоративного отверстия и ваготомия
  - д) гастрэктомия
247. Операцией выбора при прободной язве желудка без явлений перитонита является:
- а) ушивание перфоративного отверстия
  - б) резекция желудка
  - в) иссечение язвы
  - г) ушивание перфоративного отверстия и ваготомия
  - д) гастрэктомия
248. Операцией выбора при прободной язве 12 п. кишки с явлениями перитонита является:
- а) ушивание перфоративного отверстия
  - б) резекция желудка
  - в) иссечение язвы
  - г) ушивание перфоративного отверстия и ваготомия

- д) гастрэктомия
249. Для кровоточащей язвы 12 п. кишки не характерно:
- а) рвота цвета кофейной гущи
  - б) усиление болей в животе
  - в) падение гемоглобина
  - г) мелена
  - д) снижение ОЦК
250. При рецидиве язвенного кровотечения показано:
- а) интенсивная консервативная терапия
  - б) повторная эндоскопическая гемостатическая терапия
  - в) экстренная операция
  - г) отсроченная операция
  - д) эндоваскулярная селективная гемостатическая терапия
251. При угрозе рецидива язвенного кровотечения показано:
- а) интенсивная гемостатическая терапия
  - б) экстренная операция
  - в) систематический эндоскопический контроль
  - г) операция в плановом порядке
  - д) отсроченная операция
252. Объем операции при продолжающемся язвенном кровотечении на фоне крайне тяжелого состояния больного:
- а) резекция желудка
  - б) перевязка левой и правой желудочных артерий
  - в) ваготомия
  - г) гастротомия и прошивание сосуда в язве
  - д) гастрэктомия
253. Синдром Меллори-Вейса- это:
- а) кровотечение из варикозных вен пищевода
    - б) эрозивный гастрит
    - в) кровотечение из трещин в кардиальном отделе желудка
    - г) кровотечение из острых язв желудка и 12 п. кишки
    - д) кровотечение из артериальной фистулы
254. Объем операции при продолжающемся кровотечении из язвы желудка на фоне относительно удовлетворительного состояния больного:
- а) гастротомия и прошивание кровоточащего сосуда
  - б) перевязка правой и левой желудочных артерий
  - в) резекция желудка
  - г) иссечение язвы
  - д) ваготомия
255. При подозрении на прободную язву первым исследование должно быть:
- а) рентгеноскопия желудка с барием
  - б) обзорная рентгенография брюшной полости
  - в) ФГС
  - г) лапароскопия
  - д) УЗИ брюшной полости
256. Для декомпенсированного стеноза привратника не характерно:
- а) рвота пищей, съеденной накануне
  - б) напряжение мышц передней брюшной стенки
  - в) олигурия
  - г) "шум плеска" в желудке натощак
  - д) длительная задержка бария в желудке
257. Операцией выбора при субкомпенсированном стенозе привратника является:
- а) селективная проксимальная ваготомия с пилоропластикой
  - б) гастродуоденостомия
  - в) экономная резекция желудка
  - г) гастроэнтеростомия
  - д) все ответы верны
258. При компенсированном стенозе привратника барий задерживается в желудке на:
- а) 3 часа
  - б) 6 часов
  - в) 12 часов
  - г) 24 часа
  - д) более 24 часов
259. Гарантией рецидива при операции по поводу язвенной болезни 12 п. кишки является:
- а) селективная проксимальная ваготомия
  - б) стволовая ваготомия
  - в) антрумэктомия
  - г) антрумэктомия с ваготомией
  - д) резекция не менее 2/3 желудка

260. ДЛЯ ЭРОЗИЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ ХАРАКТЕРНО
- отсутствие осложнений в их течении
  - наличие конвергенции складок слизистой вокруг дефекта
  - заживление, не оставляющее рубца
  - поверхностная в пределах слизистой локализация
  - четкие клинические проявления
261. ОСТРЫЕ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ
- плотными краями
  - небольшими (от 0,2 до 0,5 см) размерами
  - округлой или овальной формой дефекта
  - способностью пенетрировать в окружающие органы и ткани
  - частыми сезонными обострениями
262. ХРОНИЧЕСКУЮ ЯЗВУ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ ОТЛИЧАЕТ
- заживление, не составляющее рубца
  - мягкие края
  - способностью проникать на разную глубину стенки
  - отсутствием конвергенции складок слизистой оболочки к краям язвенного дефекта
  - независимость обострений заболевания от времени года
263. ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ОТЛИЧАЕТСЯ
- более упорным, нежели желудка, течением
  - преимущественным развитием у женщин
  - сниженной моторикой желудка
  - меньшей распространенностью, по сравнению с язвенной болезнью желудка
  - повышенным тонусом блуждающих нервов
264. ОПЕРАЦИЕЙ ВЫБОРА ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ С НАРУШЕНИЕМ ДУОДЕНАЛЬНОЙ ПРОХОДИМОСТИ В 1-2 ОТДЕЛАХ ЯВЛЯЕТСЯ
- резекция желудка по Бильрот-1
  - резекция желудка по Бильрот-2 в модификации Бальфура
  - резекция желудка с сохранением привратника
  - резекция желудка с ваготомией по Ру
  - селективная проксимальная ваготомия
265. НАИБОЛЕЕ УБЕДИТЕЛЬНЫМИ ЭНДОСКОПИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ НАРУШЕНИЯ ДУОДЕНАЛЬНОЙ ПРОХОДИМОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ
- наличие больших количеств желчи в полости желудка
  - деформация луковицы двенадцатиперстной кишки
  - атония и распирание двенадцатиперстной кишки
  - только а) и в)
  - все указанные признаки
266. ПРИ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ С ДЕМПИНГ-СИНДРОМОМ II-III СТЕПНИ ПОКАЗАНО ВСЕ, КРОМЕ
- селективной проксимальной ваготомии (СПВ)
  - СПВ с дуоденопластикой
  - СПВ с пилоропластикой по Финнею
  - резекция желудка по Бильрот-2
  - резекция желудка по Бильрот-1 с вертикально ориентированным анастомозом
267. ПРИ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА ПО ПОВОДУ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ПРЕДПОЧТЕНИЕ АНАСТОМОЗУ СЛЕДУЕТ ОТДАВАТЬ
- по Бильрот-1
  - по Бильрот-2 в модификации Гофмейстера - Финстерера
  - по Бальфуру
  - по Ру
  - по Райхель - Полю

268. **НАИБОЛЕЕ ФИЗИОЛОГИЧНЫМ МЕТОДОМ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА СЧИТАЕТСЯ РЕЗЕКЦИЯ**
- по Бильрот-2 в модификации Гофмейстера - Финстерера
  - по Ру
  - по Бильрот-1
  - по Бальфур
  - по Райхель - Полия
269. **БОЛЕЕ ДРУГИХ ПРЕДОХРАНЯЕТ ОТ РАЗВИТИЯ РАКА КУЛЬТИ ЖЕЛУДКА РЕЗЕКЦИЯ**
- по Бильрот-1
  - по Бильрот-2 в модификации Гофмейстера - Финстерера
  - по Ру
  - по Бальфуру
  - по Райхель - Полия
270. **НАИБОЛЕЕ БЛАГОПРИЯТНЫЕ УСЛОВИЯ ДЛЯ РАЗВИТИЯ ПЕПТИЧЕСКОЙ ЯЗВЫ ГАСТРОЭНТЕРОАНАСТОМОЗА СОЗДАЮТСЯ ПРИ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА**
- по Бильрот-1
  - по Бильрот-2 в модификации Гофмейстера - Финстерера
  - по Ру
  - по Бальфуру
  - по Райхель - Полия
271. **При перфорации дуоденальной язвы и признаках стеноза выходного отдела желудка ваготомию следует дополнить:**
- пилоропластикой по Гейнеке-Микulichу
  - пилоропластикой по Веберу
  - пилоропластикой по Финнею
  - гастродуоденоанастомозом по Джабулею
272. **Для демпинг-синдрома не характерны**
- мышечная слабость
  - головокружение
  - приливы
  - потливость
  - повышенный аппетит

### Практические навыки

- Симптомы при перфоративной язве желудка и 12 п кишки при осмотре пациента
- Рентгенологические симптомы перфоративной язвы желудка и 12 п кишки
- Техника оперативного лечения перфораций язвы желудка и 12 п кишки
- Техника дренирования брюшной полости при перитоните
- Техника лапароскопического ушивания перфоративной язвы желудка и 12 п кишки
- Техника лечения перфорации желудка и 12 п кишки по Тейлору

### **Тема 4: Пенетрация язвы. Малигнизация.**

#### Собеседование по контрольным вопросам:

- Пенетрирующая язва желудка и 12п. кишки: клиника.
- Пенетрирующая язва желудка и 12п. кишки: диагностика.
- Пенетрирующая язва желудка и 12п. кишки: лечение.
- Особенности клиники пенетрирующей язвы желудка и 12п. кишки.
- Осложнения пенетрирующей язвы желудка и 12п. кишки.
- Особенности оперативного лечения пенетрирующей язвы желудка и 12 п к-ки.
- Малигнизация язв желудка: клиника, диагностика, лечение.



## **Тема 5: Хирургическая тактика при перфоративных язвах желудка и 12- перстной кишки.**

### Собеседование по контрольным вопросам:

1. Клиника перфоративной язвы желудка и 12 п к-ки
2. Диагностика перфоративной язвы желудка и 12 п к-ки
3. Дифференциальная диагностика перфоративной язвы желудка и 12 п к-ки
4. Особенности клиники прикротой перфорации язвы желудка и 12 п к-ки
5. Показания к гастроскопии при перфоративной язвы желудка и 12 п к-ки
6. Показания и противопоказания к лапароскопическому ушиванию перфоративной язвы желудка и 12 п к-ки
7. Показания к резекции желудка при перфоративной язвы желудка и 12 п к-ки
8. Показания к консервативному лечению перфоративной язвы желудка и 12 п к-ки
9. Способы ушивания язвы перфоративной желудка и 12 п к-ки

### Ситуационные задачи:

**Задача №1.** К вам поступил пациент, 37 лет, с направительным диагнозом «острый аппендицит». При осмотре предъявляет жалобы на боли в правой подвздошной области и эпигастрии. Из анамнеза известно, что 4 ч назад появились сильные боли в эпигастральной области, которые в последующем значительно уменьшились и сместились в правую подвздошную область. В течение ряда лет страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки с частыми обострениями. Объективно состояние больного средней тяжести. Пульс 96 в минуту. Язык сухой. Живот при пальпации болезненный в эпигастрии и правой подвздошной области, где также определяются напряжение мышц и положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Симптомы Ровзинга, Ситковского отрицательные. Лейкоциты крови —  $13,2 \times 10^9/\text{л}$ .

1. Ваш предположительный диагноз?
2. При каких формах прободения язв желудка и двенадцатиперстной кишки боль в животе менее выражена?
3. Показания для проведения ФГДС при прободной язве желудка?
4. Консервативное лечение прободной язвы.

**Задача №2.** К вам поступил пациент, 37 лет, с направительным диагнозом «острый аппендицит». При осмотре предъявляет жалобы на боли в правой подвздошной области и эпигастрии. Из анамнеза известно, что 4 ч назад появились сильные боли в эпигастральной области, которые в последующем значительно уменьшились и сместились в правую подвздошную область. В течение ряда лет страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки с частыми обострениями. Объективно состояние больного средней тяжести. Пульс 96 в минуту. Язык сухой. Живот при пальпации болезненный в эпигастрии и правой подвздошной области, где также определяются напряжение мышц и положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Симптомы Ровзинга, Ситковского отрицательные. Лейкоциты крови —  $13,2 \times 10^9/\text{л}$ .

1. Каков ваш предположительный диагноз?
2. При каких формах прободения язв желудка и двенадцатиперстной кишки боль в животе менее выражена?
3. Показания для проведения ФГДС при прободной язве желудка?
4. Консервативное лечение.

**Задача №3.** У пациента 43 лет, страдающего язвенной болезнью 12-перстной кишки, внезапно 36 часов назад появились “кинжальные” боли в животе, рвота. Из анамнеза известно, что ранее беспокоила изжога, боли натощак, ночью. При поступлении состояние больного тяжелое. Живот втянут, в дыхании не участвует. При пальпации отмечается резкая болезненность по всему животу, разлитое напряжение мышц, положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Печеночная тупость отсутствует. Температура 36,9. Лейкоциты крови  $17,1 \times 10^9/\text{л}$ . Интраоперационно диагноз подтвердился. Имеется прободная язва двенадцатиперстной кишки на фоне её стеноза.

1. Противопоказания к ушиванию прободного отверстия, какой выход из ситуации?
2. В каких случаях показано иссечение прободной язвы?
3. Ваши рекомендации при прободной язве двенадцатиперстной кишки на фоне её стеноза?

**Задача №4.** Пациент С., 45 лет, поступил в клинику с жалобами на сильные боли в верхних отделах живота, которые появились за 2 ч до поступления. Больной в течение 10 лет страдает язвенной болезнью желудка. При осмотре: состояние тяжелое. Кожные покровы бледные. Пульс 60 в минуту, АД 100/60 мм рт.ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот не участвует в дыхании, резко напряженный и болезненный в верхних отделах, где определяется положительный симптом Щеткина—Блюмберга. С диагнозом «прободная язва желудка» больной экстренно взят на операцию. Выполнена лапароскопия. При ревизии обнаружено, что в брюшной полости около 500 мл прозрачного выпота с незначительной примесью фибрина и желудочного содержимого. Париеальная и висцеральная брюшина в верхних отделах живота гиперемирована, без налета фибрина. По передней стенке антрального отдела желудка имеется опухолевидный инфильтрат 7х7 см с перфорацией в центре; в малом сальнике увеличенные лимфатические узлы до 1,5 см, плотные.

1. Какова дальнейшая тактика хирурга?
2. Показания к лапароскопическому ушиванию прободной язвы?
3. Противопоказания к лапароскопическому ушиванию прободной язвы?

**Задача №5.** Больной 35 лет, направлен в дежурную больницу с диагнозом язвенная болезнь ДНК, декомпенсированный пилородуоденальный стеноз. Жалобы: Рвота съеденной пищей и выпитой жидкостью. Чувство тяжести в эпигастрии после еды. Потеря в весе в течение последнего месяца 5 кг. Из анамнеза: Болеет язвенной болезнью 6 лет, сезонные обострения. Последние годы обострение язвенной болезни всегда сопровождаются частой рвотой, которая, тем не менее, прекращается у больного после консервативной противоязвенной терапии.

После первичного осмотра хирург высказал сомнения в наличии у больного стеноза и предположил обычное обострение язвенной болезни. Назначено обследование ....

Вопросы.

*1. Назовите признаки, которые подтверждают наличие у больного язвенного стеноза при проведении обследования в виде:*

- \* Осмотр и физикальное обследование живота.
- \* ФГДС
- \* Р-скопия, Р-графия
- \* Общий анализ крови.
- \* Биохимические показатели крови.

*2. Каким образом классифицируется язвенный стеноз?*

*3. Какие существуют способы лечения язвенного стеноза?*

**Задача 6.** Больной С., 32 лет, поступил в хир. отделение с жалобами на сильные боли в животе. Из анамнеза известно, что на протяжении последних 4 лет неоднократно лечился амбулаторно по поводу гастрита. 3 суток назад вновь появились умеренные боли в верхних отделах живота, тошнота, озноб. 6 часов назад боли резко усилились и распространились на правые отделы живота. Рвоты не было. К моменту поступления боли несколько ↓. При осмотре: Общее состояние средней тяжести. Астенического телосложения, пониженного питания. Лежит неподвижно, на спине. Попытка сесть вызывает усиление болей. Температура тела  $37,0^{\circ}\text{C}$ . Пульс 60 в мин. АД

120/70 мм рт.ст. Язык сухой. Живот не вздут, в акте дыхания не участвует, напряжен и болезнен по правому флангу и правой подвздошной области. Симптомы раздражения брюшины положительны по правому флангу живота и в правой подвздошной области. Кишечная перистальтика удовлетворительная. Общ. анализ крови: эритроц.  $4,8 \times 10^{12}$ , Нб 140 г/л, лейкоц.  $12,3 \times 10^9$ . Диастаза мочи 64 ЕД.

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз.
2. С какими острыми хир. заб. органов брюшной полости необходимо провести дифференциальный диагноз?
3. Чем можно объяснить уменьшение болевого синдрома к моменту поступления больного в стационар?
4. Что такое «триада Мондора»?
5. Нуждается ли больной в экстренном проведении дополнительных методов исследования? Каких?
6. Тактика ведения больного?
7. Существуют ли показания к консервативному лечению этой патологии? В чем заключается консервативное лечение по методу Тэйлора?
8. Чем определяется выбор объема опер.пособия при этой патологии?
9. План ведения больного в раннем послеоперационном периоде.

**Задача №7.** Пожилой больной обратился с жалобами на сильные боли схваткообразного характера в нижних отделах живота, тошноту, рвоту. Заболел около 3 часов назад, когда после подъема большого груза почувствовал острую боль в нижних отделах живота, покрылся холодным потом, появилась тошнота, дважды была рвота. Из анамнеза известно, что в течение 3 лет страдает запорами, иногда в кале была темная кровь и слизь. Последние 4 дня состояние ухудшилось, беспокоила задержка газов и стула.

При объективном осмотре: язык суховат, кожа бледно-розовая. Больной пониженного питания. Пульс – 96 в минуту. Живот умеренно вздут, тимпанит, значительно болезнен и напряжен в нижних отделах, больше слева, слабopоложительны симптомы раздражения брюшины в нижних отделах. На рентгенограмме видно раздутые петли тонкого кишечника с широкими уровнями жидкости.

1. Предположительный диагноз?
2. Какие симптомы характерны для механической кишечной непроходимости?
3. Укажите рентгенологический симптом?
4. Какое осложнение произошло при резкой физической нагрузке?
5. Назовите хирургическую тактику?
6. Какие операции выполняются при данной патологии?

**Задача №8.** Больной Е., 47 лет, поступил в клинику с жалобами на интенсивную боль в верхней половине живота, внезапно появившуюся 2 часа назад. Из анамнеза известно, что больной длительно страдает язвенной болезнью желудка, в последние месяцы сильно похудел. При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Частота пульса 84 удара в минуту. АД - 110/70 мм.рт.ст. Живот не вздут, при пальпации резко напряжён, болезнен во всех отделах. Симптом Щёткина положительный. При обзорной рентгенографии выявлено наличие свободного газа в брюшной полости. При экстренной лапаротомии выявлена язва препилорического отдела желудка, по малой кривизне, с белесоватыми краями хрящевидной плотности, в центре - перфорационное отверстие диаметром 2 мм. В малом сальнике увеличенные до 1,5 см плотные лимфатические узлы.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие методы дополнительного обследования необходимы для подтверждения диагноза?
3. Какая операция должна быть выполнена?

**Задача №9.** Больной 44 лет внезапно ощутил острую боль в животе схваткообразного характера, вскоре присоединилась частая рвота. Стула нет, газы не отходят. При осмотре состояние больного средней тяжести, периодически громко кричит, ведет себя беспокойно, часто меняет положение. Температура нормальная, пульс 112 в минуту. Язык влажный. Живот вздут

больше в верхней половине, при пальпации мягкий, умеренно болезненный, симптомов раздражения брюшины нет. В брюшной полости определяется свободная жидкость. Выше и слева от пупка определяется овоидной формы плотноэластическое образование, перистальтические шумы над ним не выслушиваются. При ректальном исследовании патологии не выявлено. Рентгенологически имеются множественные чаши Клойбера, тонкий кишечник вздут.

Задание.

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальная диагностика.
3. Классификация представленной патологии.
4. Тактика лечения?
5. Методы консервативной терапии и оперативного лечения?

**Задача №10.** Больной 50 лет, поступил с жалобами на боли в эпигастральной 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.

**Задача №11.** Больной С., 46 лет, поступил в отделение неотложной хирургии с жалобами на боли в животе, рвоту непереваренной пищей, отрыжку тухлым. Из анамнеза известно, что в течение 12 лет страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки с периодическими обострениями. Последние 6 месяцев беспокоят вышеуказанные симптомы, похудел на 15 кг. Ухудшение около 3 суток назад, когда значительно усилилась жажда, появились судороги мышц предплечий и икр. При осмотре: Общее состояние ближе к тяжелому. Пониженного питания, масса тела 55 кг. Кожные покровы бледные, тургор кожи снижен. Вял, адинамичен. Пульс 90 в мин. АД 100/60 мм рт ст. Язык сухой. Живот увеличен в размерах за счет верхних отделов, мягкий, болезненный в эпигастральной области. Симптомов раздражения брюшины нет. В эпи- и мезогастрии отчетливо определяется «шум плеска». Определяется мелкий тремор пальцев кистей рук. Общий анализ крови: эритроц.  $5,5 \times 10^{12}$ , Hb 180 г/л, лейкоц.  $9,3 \times 10^9$ . Электролиты крови: натрий 146 ммоль/л, калий 2,8 ммоль/л, бикарбонаты 33 мэкв/л. Рентгеноскопия желудка: Желудок резко увеличен в размерах, натошак содержит большое количество жидкости, большая кривизна определяется над входом в малый таз, перистальтика отсутствует, выходной отдел желудка сужен до 3 мм.

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз с указанием степени тяжести осложнения язвенной болезни.
2. С чем связано развитие судорожного синдрома?
4. Имеются ли у больного признаки нарушения водно-электролитного обмена?
5. Патогенез нарушений водно-электролитного обмена.
6. Тактика ведения больного?
7. Объем и продолжительность предоперационной подготовки.
8. Составьте схему коррекции водно-электролитных нарушений.
9. Чем определяется выбор объема операции при данной патологии?
10. План ведения больного в раннем послеоперационном периоде.

**Задача №12.** Больной С., 46 лет, поступил в отделение неотложной хирургии с жалобами на боли в животе, рвоту непереваренной пищей, отрыжку тухлым. Из анамнеза известно, что в течение 12 лет страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки с периодическими

обострениями. Последние 6 месяцев беспокоят вышеуказанные симптомы, похудел на 15 кг. Ухудшение около 3 суток назад, когда значительно усилилась жажда, появились судороги мышц предплечий и икр. При осмотре: Общее состояние ближе к тяжелому. Пониженного питания, масса тела 55 кг. Кожные покровы бледные, тургор кожи снижен. Вял, адинамичен. Пульс 90 в мин. АД 100/60 мм рт ст. Язык сухой. Живот увеличен в размерах за счет верхних отделов, мягкий, болезненный в эпигастральной области. Симптомов раздражения брюшины нет. В эпи- и мезогастрии отчетливо определяется «шум плеска». Определяется мелкий тремор пальцев кистей рук. Общий анализ крови: эритроц.  $5,5 \times 10^{12}$ , Hb 180 г/л, лейкоц.  $9,3 \times 10^9$ . Электролиты крови: натрий 146 ммоль/л, калий 2,8 ммоль/л, бикарбонаты 33 мэкв/л. Рентгенокопия желудка: Желудок резко увеличен в размерах, натошак содержит большое количество жидкости, большая кривизна определяется над входом в малый таз, перистальтика отсутствует, выходной отдел желудка сужен до 3 мм.

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз с указанием степени тяжести осложнения язвенной болезни.
2. С чем связано развитие судорожного синдрома?
3. Имеются ли у больного признаки нарушения водно-электролитного обмена?
4. Патогенез нарушений водно-электролитного обмена.
5. Тактика ведения больного?
6. Объем и продолжительность предоперационной подготовки.
7. Составьте схему коррекции водно-электролитных нарушений.
8. Чем определяется выбор объема операции при данной патологии?
9. План ведения больного в раннем послеоперационном периоде.

**Задача №13.** Больной 51 год. Поступил с жалобами на чувство тяжести в эпигастральной области, быстрое насыщение, отрыжку "тухлыми яйцами", резкое похудание. Недели три до поступления появилась периодическая рвота с остатками пищи, съеденной на кануне.

На протяжении 7 лет страдает язвенной болезнью желудка с ежегодными обострениями.

Объективно: истощен, кожа сухая, дряблая, собирается в складки. Живот мягкий, "шум плеска", натошак ниже уровня пупка. АД - 90/75 мм рт. ст.

1. О каком осложнении можно думать?
2. Что ожидается при рентгенокопии желудка?
3. Оцените состояние водно-электролитного баланса.
4. Какие ожидаются изменения гематокрита, остаточного азота, относительной плотности мочи?
5. Тактика лечения.

**Задача №14.** Больной С., 32 лет, поступил в хир. отделение с жалобами на сильные боли в животе. Из анамнеза известно, что на протяжении последних 4 лет неоднократно лечился амбулаторно по поводу гастрита. 3 суток назад вновь появились умеренные боли в верхних отделах живота, тошнота, озноб. 6 часов назад боли резко усилились и распространились на правые отделы живота. Рвоты не было. К моменту поступления боли несколько ↓. При осмотре: Общее состояние средней тяжести. Астенического телосложения, пониженного питания. Лежит неподвижно, на спине. Попытка сесть вызывает усиление болей. Температура тела  $37,0^{\circ}\text{C}$ . Пульс 60 в мин. АД 120/70 мм рт ст. Язык сухой. Живот не вздут, в акте дыхания не участвует, напряжен и болезнен по правому флангу и правой подвздошной области. Симптомы раздражения брюшины положительны по правому флангу живота и в правой подвздошной области. Кишечная перистальтика удовлетворительная. Общ. анализ крови: эритроц.  $4,8 \times 10^{12}$ , Hb 140 г/л, лейкоц.  $12,3 \times 10^9$ . Диастаза мочи 64 ЕД.

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз.
2. С какими острыми хир. заб. органов брюшной полости необходимо провести дифференциальный диагноз?
3. Чем можно объяснить уменьшение болевого синдрома к моменту поступления больного в стационар?
4. Что такое «триада Мондора»?

5. Нуждается ли больной в экстренном проведении дополнительных методов исследования? Каких?
6. Тактика ведения больного?
7. Существуют ли показания к консервативному лечению этой патологии? В чем заключается консервативное лечение по методу Тэйлора?
8. Чем определяется выбор объема опер. пособия при этой патологии?
9. План ведения больного в раннем послеоперационном периоде.

#### Практические навыки:

1. Характерные симптомы при перфоративной язве желудка и 12 п к-ки
2. Рентгенологические признаки перфоративной язвы желудка и 12 п к-ки
3. Техника выполнения пневмогастрографии при перфоративной язве желудка и 12 п к-ки
4. Техника выполнения лапароцентеза при сомнении в диагнозе
5. Техника выполнения лапароскопического ушивания перфоративной язвы желудка и 12 п к-ки
6. Показания к конверсии при лапароскопическом ушивании перфоративной язвы желудка и 12 п к-ки
7. Техника выполнения резекции желудка при перфоративной язве желудка и 12 п к-ки
8. Техника выполнения иссечения перфоративной язвы. Способы пилоропластики
9. Техника выполнения ваготомий при ушивании перфоративной язвы желудка и 12 п к-ки

### **Тема 6: КН опухолевого генеза. Особенности клиники. Диагностика.**

#### Собеседование по контрольным вопросам:

1. Кишечная непроходимость опухолевого генеза: определение, этиология, патогенез.
2. Кишечная непроходимость опухолевого генеза: патанатомия классификация.
3. Клиника кишечной непроходимости опухолевого генеза. Диагностика.
4. Диф. диагностика. Показания к операции. Особенности предоперационной подготовки.
5. Способы разрешения кишечной непроходимости опухолевого генеза.
6. Тактика хирурга. Способы завершения операции.
7. Правила при выведении стомы ободочной кишки.
8. Эндоскопические способы разрешения кишечной непроходимости опухолевого генеза

#### Ситуационные задачи:

**Задача №1.** Больной 30 лет обратился с жалобами на боли в пр. подвздошной области, тошноту, сухость во рту, ↑ температуры тела до 38,5 С. Болен в течение 17 часов. В первые часы болевой синдром локализовался в эпигастральной области, умеренной интенс-и, без иррадиации. За 1,5 часа до обращения к врачу почувствовал резкое усиление болей, тошноту. При осмотре б-ой находится в вынужденном положении: лежа на спине с подогнутыми ногами, особенно правой. Изменение позиции вызывает боль. Язык не обложен, сухость во рту. Живот не вздут, при пальпации напряжен в правой подвздошной области (точке Мак-Бурнея). Положительны симптомы Ровзинга, Ситковского, Воскресенского, Щеткина. Наблюдается тахикардия до 90 ударов в минуту. Умеренный лейкоцитоз ( $14 \times 10^9/\text{л}$ ). Больной оперирован по поводу о. аппендицита через 17 часов с момента заб-я доступом в пр. подвзд. области. На операции обнаружен гангр-й аппендицит с перфорацией отростка. В правой подвздошной ямке около 50 мл гнойного выпота.

1. Укажите дальнейшие действия хирурга.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Какие симптомы характерны для острого аппендицита?

4. Показания к диагностической лапароскопии при остром аппендиците?
5. Назовите способы аппендэктомии.
6. Методы дренирования брюшной полости?
7. Осложнения острого аппендицита?

**Задача №2.** Пожилой больной обратился с жалобами на сильные боли схваткообразного характера в нижних отделах живота, тошноту, рвоту. Заболел около 3 часов назад, когда после подъема большого груза почувствовал острую боль в нижних отделах живота, покрылся холодным потом, появилась тошнота, дважды была рвота. Из анамнеза известно, что в течение 3 лет страдает запорами, иногда в кале была темная кровь и слизь. Последние 4 дня состояние ухудшилось, беспокоила задержка газов и стула.

При объективном осмотре: язык суховат, кожа бледно-розовая. Больной пониженного питания. Пульс – 96 в минуту. Живот умеренно вздут, тимпанит, значительно болезнен и напряжен в нижних отделах, больше слева, слабо положительны симптомы раздражения брюшины в нижних отделах. На рентгенограмме видно раздутые петли тонкой кишки с широкими уровнями жидкости.

1. Предположительный диагноз?
2. Какие симптомы характерны для механической кишечной непроходимости?
3. Укажите рентгенологический симптом?
4. Какое осложнение произошло при резкой физической нагрузке?
5. Назовите хирургическую тактику?
6. Какие операции выполняются при данной патологии?

**Задача №3.** Больной 44 лет внезапно ощутил острую боль в животе схваткообразного характера, вскоре присоединилась частая рвота. Стула нет, газы не отходят. При осмотре состояние больного средней тяжести, периодически громко кричит, ведет себя беспокойно, часто меняет положение. Температура нормальная, пульс 112 в минуту. Язык влажный. Живот вздут больше в верхней половине, при пальпации мягкий, умеренно болезненный, симптомов раздражения брюшины нет. В брюшной полости определяется свободная жидкость. Выше и слева от пупка определяется овоидной формы плотноэластическое образование, перистальтические шумы над ним не выслушиваются. При ректальном исследовании патологии не выявлено. Рентгенологически имеются множественные чаши Клойбера, тонкий кишечник вздут.

Задание.

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальная диагностика.
3. Классификация представленной патологии.
4. Тактика лечения?
5. Методы консервативной терапии и оперативного лечения?

**Задача №4.** Больной 65 лет поступил на 2-й день заболевания с жалобами на умеренные боли внизу живота схваткообразного характера, иррадиирующие в крестец, вздутие живота, задержку стула и газов. Заболевание началось постепенно. Больной страдает запорами, отмечает, что состояния, напоминающие настоящее, были несколько раз и разрешались дома после очистительной клизмы.

Общее состояние больного удовлетворительное температура нормальная, пульс 72 в минуту, язык обложен, влажный. Живот «перекошенный» — резко вздута правая половина, при пальпации мягкий, безболезненный, справа пальпируется большое образование плотноэластической консистенции, перистальтика над ним не прослушивается. Определяется «шум плеска», при перкуссии—высокий тимпанит. При ректальном исследовании: ампула прямой кишки пуста, сфинктер зияет. При попытке поставить сифонную клизму — жидкость, после введения ее в количестве 300 мл, изливается обратно.

Задание.

1. Диагноз?
2. Дифференциальная диагностика.
3. Классификация представленной патологии.
4. Возможные причины данного страдания?
5. Современные методы консервативной терапии и оперативного лечения?

**Задача №5.** Больной Г., 72 лет, поступил в хирургический стационар с жалобами на боли в животе схваткообразного характера, тошноту, рвоту, задержку стула и газов. Заболел 2 дня назад.

Из анамнеза выяснилось, что больной около 20 лет страдает паховой грыжей (слева), был оперирован по этому поводу 8 лет назад, однако через год после операции наступил рецидив ее.

При осмотре – состояние тяжелое. Вял, адинамичен, дыхание учащено до 26-28 в мин. Температура тела – 37,3°C. Пульс 108 в мин., ритмичный. АД – 120/80 мм рт. ст.

В паховой области слева имеется послеоперационный рубец. Здесь же определяется плотное опухолевидное образование размерами 12×8×7 см, несмещаемое и резко болезненное при пальпации. Кожа над ним не изменена.

Анализ крови: Эр-4,2 Т/л, Нв-148 г/л, лейкоц-15,8 Г/л, п-19, с-64, л-12, м-5. СОЭ-55 мм/ч.

Анализ мочи: уд. вес – 1019, белок – 0,16 г/л, лейкоциты 4-6-8 в п/зр., цилиндры гиалиновые 0-1 в п/зр., бактерии ++. Глюкоза крови: 6,2 ммоль/л. Билирубин: 20 мкмоль/л

Обзорная рентгенография живота и грудной клетки: выраженный пневматоз ободочной кишки, на фоне которого видны единичные чаши Клойбера.

#### **Вопросы:**

1. Ваш диагноз (основной, осложнения)?
2. Какую лечебную тактику Вы выбираете?
3. При выборе хирургического метода лечения имеется ли необходимость в предоперационной подготовке? Объем и продолжительность ее?
4. Во время операции при вскрытии грыжевого мешка выявлено ущемление сигмовидной кишки. Кишка черного цвета. Каковы Ваши дальнейшие действия? Объем операции?
5. К концу 2-й недели после операции состояние больного внезапно ухудшилось: появилась одышка, интенсивные боли в груди слева, кашель, кровохарканье. О каком послеоперационном осложнении следует думать, прежде всего? Какова диагностическая и лечебная тактика в этой ситуации?

**Задача №6.** В приемное отделение больницы доставлен скорой помощью больной С., 54 лет, с жалобами на общую слабость, рвоту, чувство тяжести в подложечной области, похудание.

Из анамнеза выяснено, что больной в течение 15 лет страдает язвенной болезнью. Лечился эпизодически, злоупотреблял спиртными напитками. 2 года назад оперирован по поводу прободной язвы 12-перстной кишки (произведено ушивание язвы). В течение последнего полугодия состояние больного ухудшилось: стал отмечать ощущение распирания под ложечкой после еды, отрыжку «тухлым яйцом», тошноту, рвоту. С течением времени рвота стала ежедневной, обильной, с неприятным запахом. Для облегчения состояния больной часто сам искусственно вызывает рвоту. За последние 2 месяца резко похудел, ослаб. Скорая помощь была вызвана соседями (больной живет один) в связи с возникшими у больного судорогами.

Ранее болел туберкулезом легких, перенес вирусный гепатит (более 10 лет назад).

При осмотре: состояние тяжелое, пониженного питания (дефицит веса – 25 кг). Кожные покровы сухие, сероватого оттенка. Сознание сохранено, но заторможено. Пульс – 96 в мин., ритмичный. АД – 110/60 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке. В легких – ослабленное дыхание. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот не вздут, мягкий и безболезненный. Пальпаторно в желудке определяется «шум плеска». По средней линии живота имеется послеоперационный рубец. В нижней его трети (над пупком) определяется дефект в апоневрозе диаметром около 4-5 см.

Печень и селезенка не увеличены. Стул 2 дня назад, оформленный. Диурез снижен до 0,5 л в сутки.

Анализ крови: Эр. – 5,1×10<sup>12</sup>/л, Нв – 156 г/л, лейкоциты – 12,0 Г/л, п. – 14, с. – 65, л. – 15, м. – 5. СОЭ – 52 мм/ч.



Анализ мочи: уд. вес – 1025, белок – 0,15 г/л, лейкоциты – 5-7 в п/зр., цилиндры гиалиновые 1-2 в п/зр.

Общий белок: 52 г/л, альбумины – 42%, глобулины – 58%.

Общий билирубин: 15,6 мкмоль/л, прямой – 3,6, непрямой – 12,0.

Сахар крови: 5,7 ммоль/л.

ЭКГ: Признаки замедления проводимости и сердечной недостаточности (увеличение интервалов PQ, ST, высокий зубец P, уменьшение амплитуды и уплощение зубца T).

ФГДС: желудок больших размеров, перистальтика его практически отсутствует, слизистая атрофична. Пилородуоденальный канал резко сужен, рубцово деформирован. Провести эндоскоп в 12-перстную кишку не удалось.

Больной госпитализирован в хирургическое отделение.

### Вопросы:

1. Ваш диагноз при госпитализации больного (основной, осложнения, сопутствующий)?
2. Какие лабораторные и специальные исследования необходимо, по Вашему мнению, выполнить для уточнения диагноза?
3. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
4. Охарактеризуйте метаболические (обменные) нарушения, развивающиеся при этой патологии.
5. Чем обусловлен судорожный синдром, развившийся у больного на догоспитальном этапе? И какие срочные меры в этой связи должны быть предприняты?
6. Охарактеризуйте клинико-рентгенологическую картину различных стадий заболевания.
7. Какую тактику лечения Вы выбираете в данном наблюдении? Обоснуйте ее.
8. Если Вы решили больного оперировать, то каковы характер и объем предоперационной подготовки?
9. Какой вид оперативного вмешательства следует, на Ваш взгляд, применить в данном случае? Дайте обоснование.
10. Какова лечебная тактика по отношению к имеющейся у больного послеоперационной грыже?

**Задача №7.** Пациент С., 58 лет, поступил в клинику с жалобами на боли в животе, тошноту, рвоту, задержку стула и газов. Заболел 3 дня назад, во время выполнения физической работы.

В анамнезе – аденома предстательной железы, правосторонняя паховая грыжа (в течение 10 лет). 6 лет назад перенес инфаркт миокарда, наблюдается и лечится у терапевта поликлиники по поводу ИБС, постинфарктного кардиосклероза, гипертонической болезни.

При поступлении в стационар состояние больного тяжелое. Вял, адинамичен, температура тела 38,0°C. Одышка до 30 в минуту. Пульс 110-120 ударов в минуту, аритмичный. АД – 100/70 мм рт. ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот равномерно вздут, в акте дыхания не участвует, при пальпации отмечается резкая болезненность в нижних отделах, перистальтика кишечника не прослушивается. В мезо- и гипогастрии определяется положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Печень ниже реберной дуги на 2-3 см. В правой пахово-подвздошной области определяется плотное, болезненное, опухолевидное образование размерами 12×8 см. Кожа над ним гиперемирована. При пальцевом ректальном исследовании патологических образований в прямой кишке нет, определяется увеличенная предстательная железа.

анализ крови: лейкоциты –  $14,2 \times 10^9$  /л, п/я – 16, с/я – 69, СОЭ – 46 мм/ч, глюкоза крови – 4,6 ммоль/л.

анализ мочи: реакция кислая, уд. вес – 1018, белок – 0,16 г/л, лейкоциты – 8-10 в п/зр.

### Вопросы:

1. Ваш диагноз (основной, осложнения)?
2. Какова, на Ваш взгляд, лечебная тактика?
3. Имеется ли необходимость в предоперационной подготовке? Какова ее цель, объем и продолжительность?
4. В чем особенность оперативного вмешательства, если принято решение об операции?
5. Перечислите этапы операции у больного в необходимой последовательности?
6. Какими критериями Вы будете пользоваться при выполнении резекции кишки?

7. Перечислите наиболее вероятные послеоперационные осложнения в конкретном наблюдении.

#### Практические навыки:

1. Техника выполнения сифонной клизмы при толстокишечной непроходимости
2. Особенности течения кишечной непроходимости опухолевого генеза в отличии тонкокишечной непроходимости.
3. Техника выполнения ирригографии.
4. Техника исследования пассажа контрастного вещества при клиника кишечной непроходимости
5. Техника эндоскопического разрешения толстокишечной непроходимости.
6. Техника выполнения цекостомии.

### **Тема 7: Выбор тактики лечения и объем оперативного вмешательства при КН опухолевого генеза.**

#### Собеседование по контрольным вопросам:

1. Объем оперативного вмешательства при локализации опухоли в правой и в левой половине ободочной кишки.
2. Особенности объема оперативного вмешательства в зависимости от распространенности опухолевого процесса.
3. Лимфодиссекция. Техника выполнения
4. Перспективы наложения первичного анастомоза при кишечной непроходимости опухолевого процесса.
5. Сроки выполнения операции в зависимости от тяжести кишечной непроходимости
6. Принципы радикальности выполнения операций при кишечной непроходимости опухолевого генеза.

#### Ситуационные задачи:

**Задача №1.** Больной 65 лет поступил на 2-й день заболевания с жалобами на умеренные боли внизу живота схваткообразного характера, иррадиирующие в крестец, вздутие живота, задержку стула и газов. Заболевание началось постепенно. Больной страдает запорами, отмечает, что состояния, напоминающие настоящее, были несколько раз и разрешались дома после очистительной клизмы.

Общее состояние больного удовлетворительное температура нормальная, пульс 72 в минуту, язык обложен, влажный. Живот «перекошенный» — резко вздута правая половина, при пальпации мягкий, безболезненный, справа пальпируется большое образование плотноэластической консистенции, перистальтика над ним не прослушивается. Определяется «шум плеска», при перкуссии—высокий тимпанит. При ректальном исследовании: ампула прямой кишки пуста, сфинктер зияет. При попытке поставить сифонную клизму — жидкость, после введения ее в количестве 300 мл, изливается обратно.

Задание.

1. Диагноз?
2. Дифференциальная диагностика.
3. Классификация представленной патологии.
4. Возможные причины данного страдания?
5. Современные методы консервативной терапии и оперативного лечения?

**Задача №2.** Больная Д., 32 лет, доставлена скорой помощью в хирургическое отделение с жалобами на боли в животе, повторную рвоту.

Из анамнеза болезни выяснилось, что сильные схваткообразные боли в животе возникли у больной 3 часа назад во время выполнения физической работы. Вслед за появлением боли была многократная рвота, скудный однократный стул. Болеет язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки около 6 лет; оперирована 3 года назад по поводу внематочной беременности (удалены правые придатки).

При поступлении в стационар состояние больной тяжелое. Беспокойна, лицо бледное, губы цианотичны, выражение лица страдальческое. Температура тела 36,2<sup>0</sup>С. Пульс 120 в мин., слабого наполнения. АД - 90/60 мм рт.ст. Дыхание учащено до 22-24 в мин., поверхностное. Язык сухой, обложен серым налетом. Живот умеренно вздут, больше в мезо- и эпигастрии. В околопупочной области, справа, пальпируется эластической консистенции болезненное образование овальной формы (10 x 6 x 5 см). Брюшная стенка при пальпации мягкая, умеренно болезненная. При перкуссии указанного ограниченного образования слышен высокий тимпанический звук. Перистальтические шумы кишечника усилены. При пальцевом ректальном исследовании патологических образований в прямой кишке не выявлено, на перчатке - следы кала нормальной окраски.

Анализ крови: эр.-4,6 Т/л, Нв.-152 г/л, лейкоциты - 14,2 Г/л, п.-14, с.-62, лимф.-20, мон.-4.

Анализ мочи: уд.вес -1019, белок - 0,1г/л, сахар, ацетон не определяются. Диазореакция - 200 ед/л. Глюкоза крови: 4,8 ммоль/л.

#### **Вопросы:**

1. Ваш диагноз при госпитализации больной (основной, осложнения, сопутствующий).
2. Как Вы интерпретируете пальпируемое у больной в животе ограниченное образование?
3. Какие дополнительные исследования Вы проведете для уточнения диагноза? Какую информацию при этом ожидаете получить?
4. С какими заболеваниями Вы будете дифференцировать имеющуюся патологию?
5. Какие периоды (фазы) выделяют в клиническом течении данного заболевания?
6. Какую тактику лечения больной Вы выбрали? Дайте ее обоснование.
7. При решении вопроса в пользу оперативного вмешательства, каковы будут его этапы?
8. По каким критериям Вы будете судить о жизнеспособности пораженной петли кишки? Объем резекции кишечника при ее нежизнеспособности?
9. Назовите основные принципы лечения больной в послеоперационном периоде.
10. На 8-й день после операции больная пожаловалась на слабость, головокружение, черный жидкий стул. О каком послеоперационном осложнении следует думать и какова диагностическая и лечебная тактика.

**Задача №3.** Пациентка К., 56 лет предъявляет жалобы на боли в животе, больше в левой половине, тошноту, повторную рвоту, задержку стула и газов. Давность заболевания - около суток.

Из анамнеза выяснилось, что последние 6-7 мес. у больной периодически возникали схваткообразные боли в животе, сопровождающиеся вздутием его, запорами с последующим обильным зловонным стулом. Пользовалась слабительными, клизмами. Отмечает снижение аппетита, похудание за этот период на 10-12 кг. Ранее оперирована по поводу острого аппендицита (10 лет назад) и миомы матки (4 года назад).

При осмотре - состояние больной тяжелое. Пульс - 110 в мин., ритмичный. АД - 110/70 мм рт. ст. Язык сухой, обложен серым налетом. Живот равномерно вздут, при пальпации умеренно напряжен и болезнен в левой половине. Симптомы раздражения брюшины не выражены. Стула не было 4 дня, газы не отходят. При пальцевом ректальном исследовании патологических образований в прямой кишке не выявлено, определяется положительный симптом Обуховской больницы.

ОАК: Эр. - 3,6 Т/л, Нв. - 110 г/л, Л. - 14,1 Г/л, п. - 12, с. - 64, э. - 2, л. - 20, м. - 2, СОЭ - 54 мм/ч.

ОАМ: уд.вес -1017, белок - 0,15г/л, эр. - 1-2 в п/зр., л.-8-12, бактерии - ++.

Обзорная рентгенография брюшной полости: в боковых отделах живота определяются чаши Клойбера в небольшом количестве, умеренная пневматизация кишечника.

#### **Вопросы:**

1. *Ваш предварительный диагноз (основной, осложнения)?*
2. *Какие дополнительные исследования могут уточнить диагноз?*
3. *Какую тактику лечения больной Вы выбрали?*
4. *Охарактеризуйте понятия “экстренная”, “срочная”, и “плановая” операции при данной патологии.*
5. *При принятии решения в пользу оперативного вмешательства определите цели, объем и характер предоперационной подготовки.*
6. *Охарактеризуйте основные принципы лечения больной в послеоперационном периоде.*
7. *На 7-е сутки после операции у больной возникли боли в области икроножных мышц левой голени, появилась небольшая отечность в области лодыжек и стопы. О каком послеоперационном осложнении можно думать и какова лечебная тактика?*

**Задача №4.** Больной Г., 72 лет, поступил в хирургический стационар с жалобами на боли в животе схваткообразного характера, тошноту, рвоту, задержку стула и газов. Заболел 2 дня назад.

Из анамнеза выяснилось, что больной около 20 лет страдает паховой грыжей (слева), был оперирован по этому поводу 8 лет назад, однако через год после операции наступил рецидив ее.

При осмотре – состояние тяжелое. Вял, адинамичен, дыхание учащено до 26-28 в мин. Температура тела – 37,3°C. Пульс 108 в мин., ритмичный. АД – 120/80 мм рт. ст.

В паховой области слева имеется послеоперационный рубец. Здесь же определяется плотное опухолевидное образование размерами 12×8×7 см, несмещаемое и резко болезненное при пальпации. Кожа над ним не изменена.

Анализ крови: Эр-4,2 Т/л, Нв-148 г/л, лейкоц-15,8 Г/л, п-19, с-64, л-12, м-5. СОЭ-55 мм/ч.

Анализ мочи: уд. вес – 1019, белок – 0,16 г/л, лейкоциты 4-6-8 в п/зр., цилиндры гиалиновые 0-1 в п/зр., бактерии ++. Глюкоза крови: 6,2 ммоль/л. Билирубин: 20 мкмоль/л

Обзорная рентгенография живота и грудной клетки: выраженный пневматоз ободочной кишки, на фоне которого видны единичные чаши Клойбера.

#### **Вопросы:**

1. *Ваш диагноз (основной, осложнения)?*
2. *Какую лечебную тактику Вы выбираете?*
3. *При выборе хирургического метода лечения имеется ли необходимость в предоперационной подготовке? Объем и продолжительность ее?*
4. *Во время операции при вскрытии грыжевого мешка выявлено ущемление сигмовидной кишки. Кишка черного цвета. Каковы Ваши дальнейшие действия? Объем операции?*
5. *К концу 2-й недели после операции состояние больного внезапно ухудшилось: появилась одышка, интенсивные боли в груди слева, кашель, кровохарканье. О каком послеоперационном осложнении следует думать, прежде всего? Какова диагностическая и лечебная тактика в этой ситуации?*

**Задача №5.** В приемное отделение больницы доставлен скорой помощью больной С., 54 лет, с жалобами на общую слабость, рвоту, чувство тяжести в подложечной области, похудание.

Из анамнеза выяснено, что больной в течение 15 лет страдает язвенной болезнью. Лечился эпизодически, злоупотреблял спиртными напитками. 2 года назад оперирован по поводу прободной язвы 12-перстной кишки (произведено ушивание язвы). В течение последнего полугодия состояние больного ухудшилось: стал отмечать ощущение распирания под ложечкой после еды, отрыжку «тухлым яйцом», тошноту, рвоту. С течением времени рвота стала ежедневной, обильной, с неприятным запахом. Для облегчения состояния больной часто сам искусственно вызывает рвоту. За последние 2 месяца резко похудел, ослаб. Скорая помощь была вызвана соседями (больной живет один) в связи с возникшими у больного судорогами.

Ранее болел туберкулезом легких, перенес вирусный гепатит (более 10 лет назад).

При осмотре: состояние тяжелое, пониженного питания (дефицит веса – 25 кг). Кожные покровы сухие, сероватого оттенка. Сознание сохранено, но заторможено. Пульс – 96 в мин., ритмичный. АД – 110/60 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке. В легких – ослабленное дыхание. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот не вздут, мягкий и безболезненный. Пальпаторно в желудке определяется «шум плеска». По средней линии живота имеется послеоперационный рубец. В нижней его трети (над пупком) определяется дефект в апоневрозе диаметром около 4-5 см.

Печень и селезенка не увеличены. Стул 2 дня назад, оформленный. Диурез снижен до 0,5 л в сутки.

Анализ крови: Эр. –  $5,1 \times 10^{12}$ /л, Нв – 156 г/л, лейкоциты – 12,0 Г/л, п. – 14, с. – 65, л. – 15, м. – 5. СОЭ – 52 мм/ч.

Анализ мочи: уд. вес – 1025, белок – 0,15 г/л, лейкоциты – 5-7 в п/зр., цилиндры гиалиновые 1-2 в п/зр.

Общий белок: 52 г/л, альбумины – 42%, глобулины – 58%.

Общий билирубин: 15,6 мкмоль/л, прямой – 3,6, непрямой – 12,0.

Сахар крови: 5,7 ммоль/л.

ЭКГ: Признаки замедления проводимости и сердечной недостаточности (увеличение интервалов PQ, ST, высокий зубец P, уменьшение амплитуды и уплощение зубца T).

ФГДС: желудок больших размеров, перистальтика его практически отсутствует, слизистая атрофична. Пилородуоденальный канал резко сужен, рубцово деформирован. Провести эндоскоп в 12-перстную кишку не удалось.

Больной госпитализирован в хирургическое отделение.

### **Вопросы:**

1. Ваш диагноз при госпитализации больного (основной, осложнения, сопутствующий)?
2. Какие лабораторные и специальные исследования необходимо, по Вашему мнению, выполнить для уточнения диагноза?
3. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
4. Охарактеризуйте метаболические (обменные) нарушения, развивающиеся при этой патологии.
5. Чем обусловлен судорожный синдром, развившийся у больного на догоспитальном этапе? И какие срочные меры в этой связи должны быть предприняты?
6. Охарактеризуйте клинико-рентгенологическую картину различных стадий заболевания.
7. Какую тактику лечения Вы выбираете в данном наблюдении? Обоснуйте ее.
8. Если Вы решили больного оперировать, то каковы характер и объем предоперационной подготовки?
9. Какой вид оперативного вмешательства следует, на Ваш взгляд, применить в данном случае? Дайте обоснование.
10. Какова лечебная тактика по отношению к имеющейся у больного послеоперационной грыже?

### **Практические навыки:**

1. Техника выполнения сигмостомии.
2. Тактика выполнения правосторонней гемиколэктомии.
3. Техника выполнения операции левосторонней гемиколэктомии.
4. Техника выполнения операции по типу Гартмана
5. Техника подготовки пациентов к колоноскопии
6. Техника выполнения лимфодиссекции I-III этап
7. Техника выполнения субтотальной колэктомии
8. Техника выполнения интраоперационного антеградного лаважа толстой кишки с применением системы «Coloclean»
9. Правила формирования кишечных стом

## **Тема 8: Острый панкреатит. Этиология. Патогенез. Классификация.**

### **Собеседование по контрольным вопросам:**

1. Анатомия и физиология поджелудочной железы.
2. Острый панкреатит: этиология.
3. Патогенез.
4. Острый панкреатит: патанатомия.

5. Классификация.
6. Острый панкреатит: клиника, диагностика.

## Тема 9: Клиника острого панкреатита. Методы диагностики

### Собеседование по контрольным вопросам:

1. Острый панкреатит: клиника.
2. Основные критерии для постановки диагноза
3. Признаки острого панкреатита легкой степени
4. Симптомы острого панкреатита средней степени тяжести
5. Диагностика острого панкреатита тяжелой степени тяжести
6. Лабораторные методы диагностики острого панкреатита
7. Дифференциальная диагностика
8. Эндоскопические методы диагностики холедохолитиаза и механической желтухи

### Ситуационные задачи:

**Задача №1.** Больной П., 45 лет, поступил в приемное отделение больницы с направительным диагнозом: «Острый живот? Инфаркт миокарда?» Заболел 10 часов назад, когда около 2 ч. ночи проснулся от сильных «жгучих» болей в эпигастрии, отдающих в спину и влево. Была повторная рвота. Накануне вечером, на праздновании дня рождения друга, больной плотно поел и выпил водки. Ранее подобных приступов не было. В анамнезе – ишемическая болезнь сердца (3 года назад перенес инфаркт миокарда); оперирован около 10 лет назад по поводу острого аппендицита. При поступлении общее состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, склеры – субиктеричные. Температура тела – 36,9°C. Пульс – 120 в мин., ритмичный, слабого наполнения. АД – 100/60 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены, тахикардия. Дыхание поверхностное, учащено до 26 в мин. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот слегка вздут, пальпаторно определяется напряжение брюшной стенки и болезненность в эпигастрии и подреберьях. Пульсация брюшной аорты не определяется. Перистальтические шумы кишечника не выслушиваются. Стула не было 2 дня, дизурических расстройств нет.

Анализ крови: эр.-4,1 Т/л, Нв.-138 г/л, лейкоциты – 17,6 Г/л, п.-18, с.-64, лимф.-14, мон.-3, СОЭ – 52 мм/ч. Токсическая зернистость нейтрофилов (++)

Анализ мочи: уд.вес -1016, белок - 0,06 г/л, сахар – 20 ммоль/л, ацетона нет, лейкоциты 4-6-8 в п/зр., эр. – 3-5 в п/зр. Амилаза мочи – 1300 Е/л.

Глюкоза крови: 6,8 ммоль/л.

ЭКГ: Синусовая тахикардия 118 в мин. Гипертрофия левого желудочка. Мелкоочаговые изменения в п/перегородочной области. Признаки гипоксии миокарда.

УЗИ брюшной полости: желчный пузырь увеличен в размерах (116×80 мм), контуры его ровные, просвет гомогенный. Поджелудочная железа и холедох четко не дифференцируются из-за пневматоза кишечника. В брюшной полости визуализируется свободная жидкость.

Консультация кардиолога: инфаркт миокарда исключен (ИБС, стенокардия напряжения, постинфарктный кардиосклероз).

Больной госпитализирован в хирургическое отделение, где ему выполнена срочная диагностическая лапароскопия: выявлены отек и застойные явления в сальнике, геморрагический выпот в брюшной полости (около 0,6 л), очаги жирового некроза на брюшине и сальнике, увеличенный желчный пузырь.

### **Вопросы:**

1. Каков Ваш диагноз (основной, осложнения, сопутствующий)?
2. Какие исследования (лабораторные, инструментальные) кроме представленных выше необходимо включить в план обследования больного?
3. Назовите характерные клинические симптомы диагностированного заболевания.
4. С какими заболеваниями чаще всего приходится дифференцировать данную патологию?

5. После лапароскопического исследования необходимо срочно принять решение о дальнейшей лечебной тактике. Какова Ваша точка зрения по этому вопросу?
6. Если вопрос будет решен в пользу срочного оперативного вмешательства, то каковы будут его объем и характер?
7. Охарактеризуйте принципы и компоненты консервативного (медикаментозного) лечения больного.
8. На 12 день с момента госпитализации больного состояние его остается тяжелым: сохраняются гипертермия, интоксикация. Принято решение о целесообразности оперативного вмешательства. Какой фазе по морфологическим признакам соответствует этот период болезни? И какую операцию, как правило, выполняют в эти сроки?
9. На 20 день пребывания в клинике у больного обнаружена пастозность кожи в левой поясничной области. О каком осложнении болезни следует думать, прежде всего? Какова в этой связи Ваша лечебно-диагностическая тактика?
10. Назовите другие возможные осложнения в течении данного заболевания.

**Задача №2.** Мужчина 40 лет поступил в хирургическое отделение с жалобами на опоясывающие боли в верхних отделах живота, тошноту, многократную рвоту, не приносящую облегчения. В анализах крови общий билирубин 30 мкмоль/л, прямой билирубин 17 мкмоль/л, непрямой - 13 мкмоль/л, лейкоциты  $12 \times 10^9/\text{л}$ ., амилаза крови 56 мг.крахм/ч.л. После проведенной инфузионной терапии состояние больного улучшилось, болевой синдром значительно уменьшился, но оставались тупые боли в эпигастрии и левом подреберье, лабораторные показатели пришли к норме.

На 14 сутки у больного отмечена субфебрильная температура -  $37,4^\circ\text{C}$ . На следующий день состояние больного резко ухудшилось: больной в сопоре, кожные покровы землистого цвета с желтушным оттенком, имеется петехиальная сыпь, температура тела  $39,8^\circ\text{C}$ , потрясающие ознобы, АД 60/40 мм.рт.ст., ЧСС 128 уд.в мин., лейкоциты  $30 \times 10^9/\text{л}$ , мочевого пузыря пуст, креатинин 343 мкмоль/л, мочевины 10 ммоль/л, остаточный азот 30 ммоль/л.

1. Клинический диагноз.
2. Причина внезапного ухудшения состояния.
3. Какие клинико-лабораторные данные позволяют заподозрить развитие данного осложнения?
4. Какие инструментальные и лабораторные исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
5. Тактика ведения данного больного.
6. Если необходимо назначение антибактериальных средств, то каких?
7. Показаны ли больному методы эфферентной терапии? Если показаны, то при каких условиях и какие?
8. Наиболее вероятная причина появления петехиальной сыпи у больного.
9. Какой комплекс лечебных мероприятий будет направлен на ликвидацию данного осложнения?
10. Прогноз для данного больного.

**Задача №3.** Больная 39 лет поступила с жалобами на боли в эпигастрии, правом подреберье, тошноту. Из анамнеза известно, что 6 месяцев назад выполнена холецистэктомия по поводу ЖКБ. При осмотре кожа и видимые слизистые иктеричны, температура тела  $36,8$ . В легких дыхание везикулярное. PS 82 уд. в мин., АД 110/70 мм.рт.ст. Язык влажный, обложен белым налетом, живот мягкий болезненный в правом подреберье. Перитонеальные симптомы отрицательные.

При УЗИ имеется умеренное расширение ОЖП, подозрение на конкремент в их просвете. С целью уточнения патологии ОЖП выполнена ЭРПХГ. Контрастированы частично ГППЖ и ОЖП, в просвете которого определяется конкремент. Выполнена ЭПТ с литоэкстракцией. К вечеру у больной появились резкие опоясывающие боли, вздутие живота, многократная рвота, показатели амилазы крови - 72г/л, мочи - 240г/л.

1. Какое заболевание развилось у больной и чем оно было вызвано?

2. Какие имеются анатомические предпосылки для развития этого осложнения при манипуляциях на БСДК?
3. Какими доступными инструментальными методами можно подтвердить диагноз и ожидаемые результаты?
4. Составьте программу лечения острого панкреатита?
5. Какие возможны исходы заболевания?

**Задача №4.** Больная 76 лет поступила с жалобами на резкие, опоясывающие боли в верхней половине живота. Боли появились внезапно после употребления жирной пищи. Боли нестерпимые, беспокоит многократная рвота, не дающая облегчения, слабость, обильное потоотделение. Страдает много лет ЖКБ, ИБС, ГБ. Температура тела 37,2. При осмотре состояние тяжелое, склеры иктеричны, акроцианоз, кожа покрыта холодным потом, пульс 125 уд. в мин. аритмичный, АД 140/90 мм.рт.ст. Дыхание везикулярное. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот при пальпации умеренно вздут, мягкий, печеночная тупость сохранена. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Амилаза мочи 840 г/л.

При УЗИ органов брюшной полости: желчный пузырь увеличен, напряжен, стенка 1-2 мм толщиной, в просвете мелкие конкременты, внепеченочные желчные протоки расширены в просвете мелкие конкременты. Поджелудочная железа увеличена, эхогенность снижена, контуры смазанные.

1. Какой диагноз можно поставить в данном случае?
2. Определите и обоснуйте лечебно-диагностическую тактику?
3. Укажите необходимый объем обследования больной?
4. Какие анатомические особенности БСДК могут создать трудности при устранении внутрипротоковой гипертензии, связанной с ущемлением камня в сосочке?
5. Какие возможны осложнения ЭПТ?

**Задача №5.** Больная 82 лет поступила с жалобами на резкие боли в эпигастрии, правом подреберье, которые появились около суток, периодически боли носят опоясывающий характер. Беспокоит тошнота, многократная рвота, не приносящая облегчения. Количество рвотных масс незначительное. Из анамнеза установлено, что много лет страдает ЖКБ, ИБС, ГБ, перенесла инфаркт миокарда.

Состояние больной тяжелое. Кожа и видимые слизистые желтушно окрашены. Дыхание жестковатое. Пульс 112 уд. в мин. аритмичный, АД 160/90 мм.рт.ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот умеренно вздут, при пальпации отмечается напряжение мышц в эпигастрии и правом подреберье. Пальпируется дно увеличенного желчного пузыря, определяется положительный симптом Щеткина в правом подреберье. Газы отходят, мочи мало.

В клиническом анализе крови лейкоцитоз со сдвигом формулы влево. Билирубин 72 мкмоль/л, амилаза крови 48 г/л, амилаза мочи 250 г/л.

При УЗИ органов брюшной полости: желчный пузырь увеличен, напряжен, толщина стенки 4-5 мм, в его просвете разнокалиберные конкременты, мутное содержимое. Желчные протоки умеренно расширены, четко конкременты не определяются. Поджелудочная железа увеличена, эхогенность снижена, контур смазан, осмотр затруднен из-за вздутия поперечноободочной кишки.

1. Какой клинический диагноз можно поставить больной?
2. Укажите на анатомические предпосылки, создающие условия для развития острого билиарного панкреатита?
3. Обоснуйте лечебную тактику у данной больной?
4. Назовите основные составляющие послеоперационной терапии?

**Задача №6.** Больной 38 лет доставлен в хирургическое отделение в тяжелом состоянии с жалобами на боли по всему животу, слабость, тошноту, рвоту, задержку стула и газов. Боли в животе



появились две недели назад. К врачу не обращался, так как в течении месяца в запое, длительное время злоупотребляет алкоголем. Состояние больного тяжелое, положительные симптомы Мондора, Куллена, Грея-Турнера. В легких дыхание жесткое. Пульс 124 уд. в мин., АД 90/60 мм.рт.ст. Язык сухой, обложен грязным налетом. Живот вздут. Перистальтика кишечника не выслушивается. Положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Мочи мало.

В клиническом анализе крови выраженный лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, анемия, высокая СОЭ, токсическая зернистость.

При УЗИ в брюшной полости определяется свободная жидкость, содержащая эховзвесь, расширенные петли кишечника, содержащие свободную жидкость. Структура поджелудочной железы неоднородная, визуализируются полости деструкции в ткани железы, секвестры. В забрюшинной клетчатке слева также определяются очаги деструкций.

При лапароскопии в брюшной полости мутный выпот, множество бляшек стеатонекроза.

1. Какой клинический диагноз можно поставить?
2. Какие еще дополнительные исследования необходимо выполнить больному? И консультация каких специалистов необходима?
3. Перечислите основные составляющие предоперационной подготовки?
4. Какой объем операции показан больному?
5. Какие основные методы дренирующих операций применяются при панкреонекрозе?

**Задача №7.** Больной 51 года уже в течении 17 дней находится на стационарном лечении в хирургическом отделении по поводу острого алиментарного панкреонекроза. Поступил в первые сутки от начала заболевания. По клиническим и УЗИ данным был диагностирован стерильный панкреонекроз. Проводилась консервативная терапия. Образовался парапанкреатический инфильтрат. Температура была на субфебрильных цифрах. С третьей недели заболевания на фоне антибактериальной терапии температура тела начала подниматься до 39,8 с падением на два градуса и более. В клиническом анализе крови нарастает лейкоцитоз. При УЗИ в сальниковой сумке визуализируется жидкостное образование, содержащие мелкие секвестры, объемом до 200 мл.

Какой клинический диагноз можно поставить?

1. Какие осложнения острого панкреатита встречаются?
2. Какой метод лечения применяется при ограниченных гнойных очагах и какой показан больному?
3. Какие можно ожидать результаты?

**Задача №8.** Больная 52 лет, поступила с жалобами на сильные боли, опоясывающего характера в верхних отделах живота, тошноту, многократную рвоту, сухость во рту, резкую слабость. Боли появились накануне вечером после приёма обильной, жирной пищи. Давность заболевания 12 часов. При поступлении состояние больной средней тяжести. Рост 162 см, вес 86 кг., t -36,7. Пульс 110 уд/мин, А/Д 120/80 мм рт.ст. Язык сухой, обложен серо-коричневым налетом. Живот умеренно вздут за счёт верхних отделов, слабо участвует в акте дыхания. При пальпации умеренно болезненный в эпигастральной области, в правом и левом подреберье. Положительный симптом Керте, Мейо-Робсона. Симптомов раздражения брюшины нет. Диастаза мочи 512 ед. Крови 256 ед.

1. Какое заболевание у больного?
2. Какова должна быть тактика врача, лечение?

**Задача №9.** Больной 53 лет, поступил из терапевтического отделения через 23 часа от начала заболевания с диагнозом: кишечная непроходимость, с жалобами на интенсивные опоясывающие

боли в верхних отделах живота, тошноту, рвоту, не приносящую облегчения, одышку, резкую слабость. Состояние при поступлении тяжёлое. Акроцианоз. Температура 35,5. Пульс 110 уд/мин, дыхание поверхностное с частотой 30 в мин, А/Д 90/60 мм рт. ст. В лёгких дыхание ослаблено слева, хрипов нет. Перкуторный звук притуплен над задненижними отделами левого лёгкого. Язык сухой обложен белым налётом, живот вздут в дыхании участвует, мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной области, в правом и левом подреберье. В брюшной полости определяется свободная жидкость, перистальтика ослаблена, газы не отходят, стула не было. На рентгенограмме брюшной полости определяется раздутая поперечно-ободочная кишка, положительный симптом Пчелиной. Симптомов раздражения брюшины нет.

1. Какое заболевание у больного?
2. Какова должна быть тактика врача, лечение?

**Задача №10.** Во время операции в брюшной полости обнаружен геморрагический выпот, пятна стеаринового некроза на сальнике и париетальной брюшине. Поджелудочная железа темно-красного цвета, отёчна, уплотнена дольчатый рисунок стёрт. Забрюшинная клетчатка, корень брыжейки поперечно-ободочной кишки пропитана кровянистой жидкостью. Печень не изменена. Желчный пузырь не напряжён, при пальпации не опорожняется, конкрементов в нем нет.

1. Какое заболевание у больного?
2. Какова должна быть тактика врача, лечение?

**Задача №11.** Во время операции в брюшной полости обнаружен мутный с нитями фибрина выпот, петли кишечника гиперемированны, в мелкоклеточных кровоизлияниях, покрыты плёнками фибрина. На сальнике и париетальной брюшине имеются пятна стеаринового некроза. При вскрытии сальниковой сумки в ней обнаружен аналогичный выпот, забрюшинная клетчатка, брыжейка поперечно-ободочной кишки отёчны. Головка поджелудочной железы тёмно-красного цвета, на всём остальном протяжении железа тёмно-красного цвета отёчна, дольчатый рисунок не прослеживается.

1. Какое заболевание у больного?
2. Какова должна быть тактика врача, лечение?

**Задача №12.** Больная 49 лет, поступила в хирургическое отделение с жалобами на опоясывающие боли в верхних отделах живота, постоянного характера, тошноту, рвоту, сухость во рту, резкую слабость. Заболела остро, 4 суток назад, после приёма жирной пищи. При поступлении состояние больной тяжёлое. Кожа бледная, выраженный акроцианоз. Пульс 120 уд. В мин, АД 70/30 мм.рт.ст., t-37,4. Дыхание поверхностное с частотой 28 в мин. Язык сухой, обложен серым налётом. Живот равномерно вздут, слабо участвует в акте дыхания. При пальпации живот мягкий болезненный во всех отделах, с преимущественной локализацией в эпигастральной области, в правом и левом подреберье. При перкуссии отмечается притупление притуплениеперкуторного звука в отлогих местах брюшной полости. Положительный симптом ЩёткинаБлумберга во всех отделах живота. Кишечные шумы вялые паретичные. Газы не отходят. Положительный симптом

Керте, Мейо-Робсона.

1. Какое заболевание у больного?
2. Какова должна быть тактика врача, лечение?

**Задача №13.** Больной взят на операцию с подозрением на перфоративную гастродуоденальную язву. По вскрытии брюшной полости выявлено, что выпота в брюшной полости нет, желудок, тонкая и толстая кишка не изменены. Сальник, желудочно-ободочная связка, брыжейка желудочно-ободочной кишки отечны. Вскрыта сальниковая сумка. В ней имеется до 100 мл. светлого выпота без запаха. Поджелудочная железа отечна, гиперемированна, дольчатость ее сглажена, отек распространяется на забрюшинную клетчатку. Желчный пузырь 10 на 6 см. напряжен, плохо опорожняется, в нем пальпируются мелкие конкременты.

1. Какое заболевание у больного?
2. Какова должна быть тактика врача, лечение?

Практические навыки:

1. Характерные симптомы острого панкреатита
2. По каким признакам мы можем выставить диагноз острый панкреатит
3. Показания к назначению пациентам КТ, МСКТ
4. Признаки острого панкреатита легкой степени
5. Симптомы острого панкреатита средней степени тяжести
6. Диагностика острого панкреатита тяжелой степени тяжести
7. Лабораторные методы диагностики острого панкреатита
8. Лапароскопические признаки острого панкреатита
9. Эндоскопические методы диагностики холедохолитиаза и механической желтухи

**Тема 10: Дифференциальная диагностика. Консервативные методы лечения**

Собеседование по контрольным вопросам:

1. Дифференциальная диагностика острого панкреатита
2. Консервативное лечение пациентов с острым панкреатитом легкой степени тяжести
3. Лечение пациентов с средней степенью тяжести
4. Консервативное лечение пациентов с тяжелым течением острого панкреатита
5. Энтеральное зондовое питание пациентам с тяжелой степенью тяжести

Практические навыки:

1. Современные принципы консервативного лечения острого панкреатита
2. Инфузионная терапия, объем, инфузионные среды
3. Показания к назначению энтерального питания
4. Принципы антибиотикотерапии пациентов с острым панкреатитом
5. Показания к дренированию брюшной полости при наличии выпота в брюшной полости
6. Антисекреторная терапия острого панкреатита
7. Консервативное лечение пациентов с острым панкреатитом легкой степени тяжести

8. Лечение пациентов с средней степени тяжести
9. Принципы консервативного лечения пациентов с тяжелым течением

## **Тема 11: Показания к хирургическому лечению. Предоперационная подготовка**

### Собеседование по контрольным вопросам:

1. Показания к хирургическому лечению острого панкреатита
2. Инфицированный панкреонекроз, диагностика
3. Показания к дренированию ограниченных жидкостных образований в брюшной полости
4. Предоперационная диагностика
5. Эндотоксический шок, диагностика
6. Шкалы прогнозирования течения острого панкреатита

### Практические навыки:

1. Признаки инфицирования панкреонекрозов
2. Показания к дренированию брюшной полости при ферментативном перитоните
3. Лабораторная диагностика возможного инфицирования панкреонекроза
4. Симптоматология парапанкреатического инфильтрата, диагностика
5. Методика тонкоигольного дренирования парапанкреатических жидкостных скоплений
6. Показания к дренированию ограниченных жидкостных образований в брюшной полости
7. Принципы предоперационной подготовки
8. Клиника эндотоксического шока.

## **Тема 12: Миниинвазивные методы лечения. Оперативные доступы к поджелудочной железе**

### Собеседование по контрольным вопросам:

1. Миниинвазивные методы лечения панкреатита
2. Показания к дренированию ограниченных жидкостных образований в брюшной полости
3. Оперативные доступы к поджелудочной железе при осложненном панкреонекрозе
4. Парапанкреатические затеки как осложнение панкреонекроза
5. Доступы к дренированию осложнений панкреонекроза
6. Операции на большом дуоденальном сосочке при лечении острого панкреатита

### Практические навыки:

1. Техника миниинвазивных методов лечения осложнений панкреонекроза
2. Техника дренирования ограниченных жидкостных образований в брюшной полости
7. Оперативные доступы к поджелудочной железе при осложненном панкреонекрозе
3. Техника дренирования парапанкреатических затеков при панкреонекрозе
4. Доступы к дренированию осложнений панкреонекроза
5. Преоперационная подготовка при операциях на большом дуоденальном сосочке
6. Техника ПСТ и литоэкстракции при остром панкреатите
7. Послеоперационные осложнения операциях на большом дуоденальном сосочке
8. Техника вскрытий парапанкреатических затеков при панкреонекрозе

### **Тема 13: Хирургическое лечение. Показания к радикальным операциям. Послеоперационное ведение больных**

#### Собеседование по контрольным вопросам:

1. Показания к дренированию сальниковой сумки при панкреатите
2. Лапароскопическая картина панкреатита
3. Показания к радикальным операциям при остром панкреатите
4. Хирургическое лечение
5. Послеоперационное ведение пациентов
6. Принципы интенсивной терапии

#### Практические навыки:

1. Техника дренирования сальниковой сумки при панкреатите
2. Признаки острого панкреатита при лапароскопии
3. Особенности некрэктомии при панкреонекрозе
4. Осложнения после операции некрэктомии при панкреонекрозе
5. Техника дренирования брюшной полости при ферментативном перитоните
6. Лабораторная и инструментальная диагностика осложнений после операции на поджелудочной железе
7. Принципы дренирования брюшной полости при открытых операциях

### **Тема 14: Осложнения острого панкреатита. Забрюшинная флегмона. Внутренние свищи**

#### Собеседование по контрольным вопросам:

1. Осложнения острого панкреатита
2. Септический шок, принципы диагностики
3. Забрюшинная флегмона патогенез
4. Клиника забрюшинной флегмоны
5. УЗИ, КТ и МСКТ диагностика забрюшинной флегмоны
6. Внутренние свищи как осложнения панкреонекроза
7. Консервативное лечение внутренних свищей
8. Показания к оперативному лечению

#### Практические навыки:

1. Факторы, которые приводят к осложнениям острого панкреатита
2. Диагностика септического шока, принципы лечения
3. Ультразвуковая картина забрюшинной флегмоны
4. КТ и МСКТ в диагностике забрюшинной флегмоны
5. Консервативное лечение внутренних свищей
6. Техника операций минидоступом к забрюшинным флегмонам
7. Техника некрэктомии при панкреонекрозе
8. Техника дренирования брюшной полости при ферментативном перитоните

### **Тема 15: Дифференциальная диагностика осложнений острого панкреатита. Лечение осложнений**

#### Собеседование по контрольным вопросам:

1. Дифференциальная диагностика осложнений острого панкреатита
2. Дифференциальная диагностика парапанкреатического инфильтрата и забрюшинной флегмоны
3. Консервативное лечение осложнений пациентов с острым панкреатитом легкой степени тяжести
4. Лечение осложнений пациентов с средней степени тяжести
5. Консервативное лечение осложнений с тяжелым течением острого панкреатита

Практические навыки:

1. Признаки парапанкреатического инфильтрата
2. Диагностические критерии параколической флегмоны
3. Диагностические возможности КТ с контрастированием в диагностике осложнений
4. Возможности эндоУЗИ поджелудочной железы для объема операции
5. Требования к антибиотикотерапии при панкреонекрозе
6. Показания к открытому оперативному вмешательству при осложнениях панкреонекроза
7. Тактика хирурга при забрюшинной флегмоне
8. Постнекротическая киста поджелудочной железы

**Тема 16: Послеоперационный панкреатит. Патогенез. Диагностика. Лечение**

Собеседование по контрольным вопросам:

1. Послеоперационный панкреатит, этиология, патогенез
2. Операции, которые могут осложниться панкреатитом
3. Профилактика возможного послеоперационного панкреатита во время операции
4. Диагностика послеоперационного панкреатита
5. Лечение послеоперационного панкреатита

Практические навыки:

1. Принципы диагностики послеоперационного панкреатита.
2. Профилактика послеоперационного панкреатита во время операции
3. Симптомы послеоперационного панкреатита
4. Принципы лечения послеоперационного панкреатита
5. Особенности резекции желудка и обработки культи 12 п кишки для профилактики послеоперационного панкреатита

**Тема 17: Панкреонекроз. Диагностика. Осложнения панкреонекроза.**

Собеседование по контрольным вопросам:

1. Клиника панкреонекроза
2. Диагностика панкреонекроза
3. Диагностические возможности УЗИ, КТ и МРТ.
4. Прогностические шкалы при панкреонекрозе
5. Особенности лечения панкреонекроза.
6. Показания к хирургическому лечению

7. Предоперационная подготовка.
8. Осложнения острого панкреонекроза. Забрюшинная флегмона. Внутренние свищи

### Ситуационные задачи

**Задача №1.** Больная 46 лет, доставлена в приёмный покой на 4 сутки от начала заболевания с жалобами на боль в левом подреберье, в левой половине грудной клетки, отдающие в левое надплечье, в левую руку, на тошноту, периодически возникающую рвоту, сухость, во рту, одышку, резкую слабость, озноб с повышением температуры до 38 градусов. Заболевание началось после переохлаждения. Состояние при поступлении тяжёлое. Кожа бледная, выраженный акрацианоз. Пульс 120 в мин, А/Д 90/60 мм рт.ст. Дыхание поверхностное с частотой 32 в минуту. Отмечается притупление перкуторного звука в нижних отделах левого лёгкого. Дыхание слева резко ослаблено, имеются влажные хрипы. Язык сухой, обложен серым налётом. Живот не вздут, участвует в акте дыхания. При пальпации 45 ции отмечается ригидность мышц передней брюшной стенки в эпигастриальной области, в левом подреберье. Пульсация брюшной аорты отсутствует. Положительный симптом Мейо-Робсона. Симптом Щёткина-Блюмберга отрицательный. На рентгенограмме грудной и брюшной полости имеется: выпот в плевральной полости слева, затемнение нижней доли левого лёгкого, раздутая поперечно-ободочная кишка. Положительный симптом Пчелиной.

1. Какое заболевание у больного?
2. Какова должна быть тактика врача, лечение?

**Задача №2.** Больной 39 лет, направлен в хирургическое отделение из районной больницы, где находился на лечении по поводу острого панкреатита. Из анамнеза известно что 3 недели назад после погрешностей в диете появились опоясывающие боли в верхних отделах живота, тошнота рвота, слабость. В тяжёлом состоянии госпитализирован в районную больницу. Острый болевой синдром удалось купировать на 6 сутки, однако продолжали беспокоить тупые боли эпигастриальной области, отдающие в поясничную область. Трое суток назад боли усилились, появился озноб с повышением температуры до 40 градусов. При поступлении состояние средней тяжести. Кожа бледная. Пульс 112 в мин., А/Д – 130/80 мм рт. ст. Живот умеренно напряжённый в эпигастриальной области, в левом подреберье, здесь же пальпируется плотноэластическое образование 17 на 12 см., без чётких контуров, болезненное, не смещаемое. В остальных отделах живот мягкий безболезненный. Какое заболевание у больного? Какие дополнительные методы исследования необходимо произвести для уточнения диагноза? Какова должна быть тактика врача, лечение?

**Задача №3.** Больной П., 45 лет, поступил в приемное отделение больницы с направительным диагнозом: «Острый живот? Инфаркт миокарда?» Заболел 10 часов назад, когда около 2 ч. ночи проснулся от сильных «жгучих» болей в эпигастрии, отдающих в спину и влево. Была повторная рвота. Накануне вечером, на праздновании дня рождения друга, больной плотно поел и выпил водки. Ранее подобных приступов не было. В анамнезе – ишемическая болезнь сердца (3 года назад перенес инфаркт миокарда); оперирован около 10 лет назад по поводу острого аппендицита. При поступлении общее состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, склеры – субиктеричные. Температура тела – 36,9°C. Пульс – 120 в мин., ритмичный, слабого наполнения. АД – 100/60 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены, тахикардия. Дыхание поверхностное, учащено до 26 в мин. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот слегка вздут, пальпаторно определяется напряжение брюшной стенки и болезненность в эпигастрии и подреберьях. Пульсация брюшной аорты не определяется. Перистальтические шумы кишечника не выслушиваются. Стула не было 2 дня, дизурических расстройств нет.

Анализ крови: эр.-4,1 Т/л, Нв.-138 г/л, лейкоциты – 17,6 Г/л, п.-18, с.-64, лимф.-14, мон.-3, СОЭ – 52 мм/ч. Токсическая зернистость нейтрофилов (++)

Анализ мочи: уд.вес -1016, белок - 0,06 г/л, сахар – 20 ммоль/л, ацетона нет, лейкоциты 4-6-8 в п/зр., эр. – 3-5 в п/зр. Амилаза мочи – 1300 Е/л.

Глюкоза крови: 6,8 ммоль/л.

ЭКГ: Синусовая тахикардия 118 в мин. Гипертрофия левого желудочка. Мелкоочаговые изменения в п/перегородочной области. Признаки гипоксии миокарда.

УЗИ брюшной полости: желчный пузырь увеличен в размерах (116×80 мм), контуры его ровные, просвет гомогенный. Поджелудочная железа и холедох четко не дифференцируются из-за пневматоза кишечника. В брюшной полости визуализируется свободная жидкость.

Консультация кардиолога: инфаркт миокарда исключен (ИБС, стенокардия напряжения, постинфарктный кардиосклероз).

Больной госпитализирован в хирургическое отделение, где ему выполнена срочная диагностическая лапароскопия: выявлены отек и застойные явления в сальнике, геморрагический выпот в брюшной полости (около 0,6 л), очаги жирового некроза на брюшине и сальнике, увеличенный желчный пузырь.

#### **Вопросы:**

10. Каков Ваш диагноз (основной, осложнения, сопутствующий)?
11. Какие исследования (лабораторные, инструментальные) кроме представленных выше необходимо включить в план обследования больного?
12. Назовите характерные клинические симптомы диагностированного заболевания.
13. С какими заболеваниями чаще всего приходится дифференцировать данную патологию?
2. После лапароскопического исследования необходимо срочно принять решение о дальнейшей лечебной тактике. Какова Ваша точка зрения по этому вопросу?
3. Если вопрос будет решен в пользу срочного оперативного вмешательства, то каковы будут его объем и характер?
4. Охарактеризуйте принципы и компоненты консервативного (медикаментозного) лечения больного.
5. На 12 день с момента госпитализации больного состояние его остается тяжелым: сохраняются гипертермия, интоксикация. Принято решение о целесообразности оперативного вмешательства. Какой фазе по морфологическим признакам соответствует этот период болезни? И какую операцию, как правило, выполняют в эти сроки?
6. На 20 день пребывания в клинике у больного обнаружена пастозность кожи в левой поясничной области. О каком осложнении болезни следует думать, прежде всего? Какова в этой связи Ваша лечебно-диагностическая тактика?
7. Назовите другие возможные осложнения в течении данного заболевания.

**Задача №4.** Мужчина 40 лет поступил в хирургическое отделение с жалобами на опоясывающие боли в верхних отделах живота, тошноту, многократную рвоту, не приносящую облегчения. В анализах крови общий билирубин 30 мкмоль/л, прямой билирубин 17 мкмоль/л, непрямой - 13 мкмоль/л, лейкоциты  $12 \times 10^9$ /л., амилаза крови 56 мг.крахм/ч.л. После проведенной инфузионной терапии состояние больного улучшилось, болевой синдром значительно уменьшился, но оставались тупые боли в эпигастрии и левом подреберье, лабораторные показатели пришли к норме.

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

1. Клинический диагноз.
2. Причина внезапного ухудшения состояния.
3. Какие клиничко-лабораторные данные позволяют заподозрить развитие данного осложнения?
4. Какие инструментальные и лабораторные исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
5. Тактика ведения данного больного.
6. Если необходимо назначение антибактериальных средств, то каких?



7. Показаны ли больному методы эфферентной терапии? Если показаны, то при каких условиях и какие?
8. Наиболее вероятная причина появления петехиальной сыпи у больного.
9. Какой комплекс лечебных мероприятий будет направлен на ликвидацию данного осложнения?
10. Прогноз для данного больного.

Практические навыки:

1. Симптомы характерные для острого панкреонекроза
2. УЗИ картина острого панкреонекроза
3. Диагностика инфицированности панкреонекроза
4. Дуоденоскопия и возможные причины развития панкреонекроза
5. Техника ПСТ
6. Техника назобилиарного дренирования
7. Техника литоэкстракции при билиарном панкреатите
8. Техника миниинвазивных методик для тонкоигльной пункции и дренирования ограниченных жидкостных скоплений при осложненном панкреонекрозе
9. Техника дренирования забрюшинных абсцессов

**Тема 18: Современные принципы лечения панкреонекроза**

Собеседование по контрольным вопросам:

1. Оперативные вмешательства на большом дуоденальном сосочке при панкреонекрозе
2. Назобилиарное дренирование, показания
- 3.
4. Миниинвазивные методы в лечении панкреонекроза
5. Лечение осложнений панкреонекроза
6. Травматический панкреатит
7. Профилактика развития травматического панкреатита при операциях на желудке
8. Тактика хирурга при повреждении поджелудочной железы

Практические навыки:

1. Дуоденоскопия и возможные причины развития острого панкреатита
2. Техника ПСТ
3. Техника назобилиарного дренирования
4. Техника литоэкстракции при билиарном панкреатите
5. Техника миниинвазивных методик для тонкоигльной пункции и дренирования ограниченных жидкостных скоплений при осложненном панкреонекрозе
6. Техника дренирования забрюшинных абсцессов
7. Профилактика развития травматического панкреатита при операциях на желудке
8. Тактика хирурга при повреждении поджелудочной железы

**Тема 19: Гастродуоденальные кровотечения. Диагностика. Классификация.**

#### Собеседование по контрольным вопросам:

1. Причины гастродуоденальных кровотечений
2. Эрозивный гастродуоденит, осложнение . Методы лечения.
3. Синдром МелориВейса, причины, диагностика. Лечение
4. Классификация тяжести кровопотери
5. Изъязвления Дъелафуа. Эндоскопическая картина. Локализация.
6. Интенсивность кровотечения по J. Forrest
7. Угроза рецидива кровотечения. Клинические и эндоскопические критерии вероятного возникновения рецидива кровотечения

#### Практические навыки:

1. Подготовка к гастродуоденоскопии при гастродуоденальном кровотечении
2. Тактика хирурга при наличии большого тромба в желудке
3. Тактика эндоскописта при обнаружении тромбированного сосуда на дне язвы
4. Способы восполнения ОЦК при кровопотери в зависимости тяжести кровопотери
5. Клинические и эндоскопические критерии вероятного возникновения рецидива кровотечения

### **Тема 20: Язвенные гастродуоденальные кровотечения. Консервативное лечение.**

#### Собеседование по контрольным вопросам:

1. Методы эндогемостаза. Методы медикаментозного воздействия
2. Методы механического воздействия с целью эндогемостаза
3. Физические методы эндогемостаза
4. Антисекреторная терапия при гастродуоденальных кровотечениях
5. Негативное действие H<sub>2</sub>-блокаторов при гастродуоденальном кровотечении
6. Показания к экстренной операции
7. Угроза рецидива кровотечения. Клинические и эндоскопические критерии вероятного возникновения рецидива кровотечения
8. Показания к рентгеноэндоваскулярной эмболизации сосудов при кровотечении

#### Ситуационные задачи

**Задача №1.** Больной 30 лет, доставлен по экстренным показаниям с жалобами на многократную рвоту кровью, выраженную слабость. Болен около суток, стула за это время не было. Из анамнеза: злоупотребляет алкоголем. Ранее жалоб со стороны желудочно-кишечного тракта не предъявлял. В последнее время принимал алкоголь в течении нескольких суток подряд. Появилась рвота желудочным содержимым, а затем кровью. Объективно: Кожные покровы бледные. ЧСС- 100 в 1 мин. АД - 100/70. Живот мягкий, практически безболезненный. Печень по краю реберной дуги, селезенка не увеличена. Асцита нет. При ректальном исследовании: кал черного цвета, оформленный. В приемном отделении рвота сгустками красной крови.

1. Сформулируйте диагноз. Укажите предполагаемый источник кровотечения.
2. Какие методы диагностики должны быть использованы для уточнения диагноза и степени кровопотери?

3. Какая лечебная тактика должна быть использована в данном случае с учетом описанной выше клинической картины и диагноза?

**Задача №2.** Пациент К., 42 года, в экстренном порядке поступил в стационар. Кровавая рвота возникла внезапно. Перенес болезнь Боткина около 12 лет назад. Отмечает сонливость, нарушение памяти. Пальпируется увеличенная селезенка у края левой реберной дуги. Пульс 105 уд. в мин, ритмичный. АД 100/60 мм.рт.ст. В общем анализе крови: гемоглобин 78 г/л, гематокрит 0,31. ФГДС- определяются варикозно расширенные вены пищевода на 2-4 см от пищеводно-желудочного перехода. При УЗИ брюшной полости определяется асцитическая жидкость. Билирубин 40 мкмоль/л, протромбиновый индекс 60%.

1. Ваш диагноз?
2. В норме давление в системе портальных вен?
3. В России принята классификация степени расширения варикозных вен?
4. Причины энцефалопатии при портальной гипертензии?
5. По каким критериям оценивается функциональное состояние цирроза печени (по Чайлду-Пью)?

**Задача №3.** Пациент К., 50 лет, поступил с жалобами на повторную рвоту с кровью, черного цвета стул. ФГДС – определяются варикозно расширенные вены пищевода. Определяется выраженная бледность кожных покровов, пульс слабого наполнения, тахикардия до 120 ударов в минуту, АД 90/60 мм рт ст. *Общий анализ крови: гемоглобин 75 г/л. УЗИ органов брюшной полости:* печень незначительно уменьшена в размерах, паренхима гомогенная, эхогенность обычная.

1. Виды эндостазы при портальной гипертензии? Противопоказания к эндоскопическому лигированию вен.
2. Какую операцию применяют для остановки кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка?

**Задача №4.** Больной Н., 32 лет, поступил в хирургическое отделение с жалобами на слабость, головокружение. Пульс 100 в мин. АД 110/60 мм рт. ст. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Печень на 3 см ниже реберной дуги, уплотнена. В момент осмотра у больного позывы на дефекацию, обильный дегтеобразный стул. Общ.анализ крови: эритроц.  $2,6 \times 10^{12}$ , Hb 82 г/л, Ht 0,27. Фиброгастроуденоскопия: на передней стенке абдоминального отдела пищевода с переходом на кардию линейный разрыв слизистой оболочки 5x1 см, из которого подтекает алая кровь.

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз с указанием степени тяжести кровопотери.
  2. Патогенез заболевания.
  3. Классификация кровопотери по степени тяжести.
  4. Нуждается ли больной в экстренном проведении дополнительных методов исследования? Каких?
  5. Тактика ведения больного?
  6. Насколько целесообразно проведение этому больному эндоскопического гемостаза?
  7. Методики эндоскопического гемостаза?
- Показания к оперативному лечению

**Задача №5.** Больная Н., 55 лет, поступила в хирургическое отделение с жалобами на слабость, головокружение. 6 часов назад была рвота темной кровью, стула не было. Из анамнеза известно, что 3 года назад был поставлен диагноз крупно-узлового цирроза печени. При осмотре: Общее состояние средней тяжести. Кожные покровы субиктеричные, под кожей передней брюшной

стенки определяются расширенные извитые вены. На коже бедер, груди – множественные сосудистые звездочки. Пониженное питание. Пульс 90 в мин. АД 110/60 мм рт. ст. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги, уплотнена. Перкуторно селезенка 15x10 см. Rectum: ампула прямой кишки заполнена плотными каловыми массами коричневого цвета. Общ. анализ крови: эритроц.  $2,7 \times 10^{12}$ , Hb 88 г/л, Ht 0,29. Фиброгастродуоденоскопия: быстрое накопление темной крови в дистальном отделе пищевода. Ультразвуковое исследование: структура печени перестроена, свободной жидкости в брюшной полости нет. Биохимический анализ крови: билирубин общ. 38 мкмоль/л, прямой 12,2 мкмоль/л, непрямой 25,8 мкмоль/л, общ. белок 62 г/л (альбумин 55%, глобулины 45%).

1. *Сформулируйте развернутый клинический диагноз с указанием степени тяжести кровопотери.*
2. *Назовите наиболее частые причины крупноузлового цирроза печени.*
3. *К какой клинической группе по Child следует отнести эту больную?*
4. *Нуждается ли больная в экстренном проведении дополнительных методов исследования? Каких?*
5. *Тактика ведения больной?*
6. *Методика постановки зонда Сенгстакена-Блэкмора.*
7. *Насколько целесообразно включение в комплексную консервативную вазопрессина?*
8. *Целесообразно ли проведение методов эндоскопического гемостаза? Каких?*
9. *Если больной показано оперативное лечение, то в каком порядке оно должно быть выполнено (экстренном, срочном, отсроченном, плановом)?*
10. *Определите рациональный объем оперативного пособия.*

**Задача №6.** Пациент П., 45 лет, поступил в с жалобами на повторные рвоты с кровью и мелену. В анамнезе вирусный гепатит. При поступлении в стационар состояние больного средней степени тяжести. Пульс 110 в минуту. АД – 110/65 мм рт.ст. ЧД – 22 в минуту. В анализе крови Hb-100 г/л, лейкоц. –  $11,2 \times 10^9$ /л. Печень по краю реберной дуги, край её закруглен, плотный. Селезенка увеличена в размерах.

1. *Ваш диагноз?*
2. *Принципиальные моменты техники постановки зонда-обтуратора Блекмора.*
3. *Фармакотерапия портальной гипертензии.*
4. *Трансюгулярное внутривенное портосистемное шунтирование TIPS.*

**Задача №7.** Больной Н., 32 лет, поступил в хирургическое отделение с жалобами на слабость, головокружение. Пульс 100 в мин. АД 110/60 мм рт. ст. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Печень на 3 см ниже реберной дуги, уплотнена. В момент осмотра у больного позывы на дефекацию, обильный дегтеобразный стул. Общ. анализ крови: эритроц.  $2,6 \times 10^{12}$ , Hb 82 г/л, Ht 0,27. Фиброгастродуоденоскопия: на передней стенке абдоминального отдела пищевода с переходом на кардию линейный разрыв слизистой оболочки 5x1 см, из которого подтекает алая кровь.

1. *Сформулируйте развернутый клинический диагноз с указанием степени тяжести кровопотери.*
2. *Патогенез заболевания.*
3. *Классификация кровопотери по степени тяжести.*
4. *Нуждается ли больной в экстренном проведении дополнительных методов исследования? Каких?*
5. *Тактика ведения больного?*
6. *Насколько целесообразно проведение этому больному эндоскопического гемостаза?*
7. *Методики эндоскопического гемостаза?*
8. *Показания к оперативному лечению.*

**Задача №8.** Пациент Т., 30 лет, поступил с жалобами на общую слабость, головокружение, наличие черного стула. Кожные покровы бледные. Пульс 100 уд./мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД 90/50 мм рт. ст. Hb – 80г/л. При экстренном ФГДС - патологических изменений в желудке, в 12 – перстной кишке не обнаружено. При появлении

свежей крови по НГЗ произведена повторная ФГДС зав. отделением эндоскопии – обнаружены изъязвления Дъелафуа, проведен эндогемостаз.

1. Локализация изъязвлений Дъелафуа на желудке?
2. Негативное действие  $H_2$ -блокаторов при язвенном кровотечении?
3. Показания для переливания эр. массы при остром кровотечении?

**Задача №9.** Больной С., 51 года, поступил в хирургическое отделение с жалобами на головокружение и резкую слабость. Из анамнеза: В течение последних 5 дней беспокоили умеренные ноющие боли в эпигастральной области. Рано утром, около 8 часов назад, появилась сильная слабость, однократная рвота темной кровью со сгустками, боли в животе стихли, позже был обильный черный жидкий зловонный стул. На несколько минут потерял сознание, упал, доставлен бригадой скорой помощи. Язвенный анамнез отсутствует. При осмотре: Общее состояние ближе к тяжелому. Удовлетворительное питание. Кожные покровы бледные, влажные. На лбу – свежая ссадина (ударился при падении). Пульс 100 ударов в мин, удовлетворительного наполнения. АД 100/70 мм рт.ст. Язык чистый, сухой. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Симптомов раздражения брюшины нет. Perrectum: Ампула прямой кишки пуста, на перчатке следы черного жидкого кала. Общ. анализ крови: эритроц.  $2,8 \times 10^{12}$ , Hb 92 г/л, Ht 0,31. Фиброгастроуденоскопия: на стенках желудка следы темной крови, в антральном отделе обнаружена каллезная язва диаметром около 1,5 см, в дне которой определяется «пенек» сосуда диаметром около 2 мм. Данных за продолжающееся кровотечение нет. Группа крови АВ(IV)Rh+(положительная), в наличии только 1 доза эритроцитной массы этой группы.

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз с указанием степени тяжести кровопотери.
2. Чем можно объяснить купирование болевого синдрома на фоне кровотечения?
3. Дайте оценку эндоскопической картины с использованием классиф. Forrest.
4. Насколько велика вероятность рецидива кровотечения?
5. Нуждается ли б-ой в экстренном провед. доп. методов исследования? Каких?
6. Тактика ведения больного?
7. Если больному показано оперативное лечение, то в каком порядке оно должно быть выполнено (экстренном, срочном, отсроченном, плановом)?
8. Определите рациональный объем оперативного пособия.
9. Показана ли больному гемотрансфузия, если показана, то в каком объеме?
10. Можно ли этому больному по жизненным показаниям иногруппную кровь, если нет одногруппной

**Задача №10.** Пациент Т., 30 лет, поступил с жалобами на общую слабость, головокружение, наличие черного стула. Кожные покровы бледные. Пульс 100 уд./мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД 90/50 мм рт.ст. Нв – 80г/л. При экстренном ФГДС - патологических изменений в желудке, в 12 – перстной кишке не обнаружено. При появлении свежей крови по НГЗ произведена повторная ФГДС зав. отделением эндоскопии – обнаружены изъязвления Дъелафуа, проведен эндогемостаз.

4. Локализация изъязвлений Дъелафуа на желудке?
5. Негативное действие  $H_2$ -блокаторов при язвенном кровотечении?
6. Показания для переливания эр. массы при остром кровотечении?

**Задача №11.** Больной Н., 32 лет, поступил в хирургическое отделение с жалобами на слабость, головокружение. Пульс 100 в мин. АД 110/60 мм рт.ст. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Печень на 3 см ниже реберной дуги, уплотнена. В момент осмотра у больного позывы на дефекацию, обильный дегтеобразный стул. Общ. анализ крови: эритроц.  $2,6 \times 10^{12}$ , Hb 82 г/л, Ht 0,27. Фиброгастроуденоскопия: на передней стенке абдоминального отдела пищевода с переходом на кардию линейный разрыв слизистой оболочки 5x1 см, из которого подтекает алая кровь.

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз с указанием степени тяжести кровопотери.

2. Патогенез заболевания.
3. Классификация кровопотери по степени тяжести.
4. Нуждается ли больной в экстренном проведении дополнительных методов исследования? Каких?
5. Тактика ведения больного?
6. Насколько целесообразно проведение этому больному эндоскопического гемостаза?
7. Методики эндоскопического гемостаза?
8. Показания к оперативному лечению.

**Задача №12.** Пациент В., 56 лет, поступил в стационар с проявлениями гастродуоденального кровотечения. При экстренном ФГДС - на малой кривизне желудка - язвенный дефект, на дне рыхлый кровяной сгусток, без просачивания крови из-под него. В просвете желудка – измененная кровь.

1. Тактика эндоскописта?
2. В каких случаях инфильтрационный метод эндогемостаза имеет наименьший успех?
3. Показания к проведению эндогемостаза для профилактики кровотечения?

**Задача №13.** Больной Н., 32 лет, поступил в хирургическое отделение с жалобами на слабость, головокружение. Пульс 100 в мин. АД 110/60 мм рт. ст. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Печень на 3 см ниже реберной дуги, уплотнена. В момент осмотра у больного позывы на дефекацию, обильный дегтеобразный стул. Общ. анализ крови: эритроц.  $2,6 \times 10^{12}$ , Hb 82 г/л, Ht 0,27. Фиброгастродуоденоскопия: на передней стенке абдоминального отдела пищевода с переходом на кардию линейный разрыв слизистой оболочки 5x1 см, из которого подтекает алая кровь.

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз с указанием степени тяжести кровопотери.
2. Патогенез заболевания.
3. Классификация кровопотери по степени тяжести.
4. Нуждается ли больной в экстренном проведении дополнительных методов исследования? Каких?
5. Тактика ведения больного?
6. Насколько целесообразно проведение этому больному эндоскопического гемостаза?
7. Методики эндоскопического гемостаза?
8. Показания к оперативному лечению.

**Задача №14.** Молодой человек 24 лет, доставлен через сутки после начала заболевания с жалобами на общую слабость, рвоту цвета кофейной гущи. Два дня назад заметил дегтеобразный стул. Объективно - пульс 96 в минуту, ритмичный, АД 110/70 мм.рт.ст. В крови: Эр  $3,5 \times 10^6$ /л, Hb – 100 г/л, гематокрит 33%. При ФГДС - на малой кривизне желудка обнаружено кратерообразное изъязвление, диаметром до 3 см, с плотными неровными краями, на дне которого фиксирован красный кровяной сгусток без просачивания крови из-под него.

1. Степень тяжести кровопотери?
2. Тактика эндоскописта при обнаружении тромба на дне язвы?
3. Схема антисекреторной терапии при язвенном кровотечении?

**Задача №15.** Больной С., 51 года, поступил в хирургическое отделение с жалобами на головокружение и резкую слабость. Из анамнеза: В течение последних 5 дней беспокоили умеренные ноющие боли в эпигастральной области. Рано утром, около 8 часов назад, появилась сильная слабость, однократная рвота темной кровью со сгустками, боли в животе стихли, позже был обильный черный жидкий зловонный стул. На несколько минут потерял сознание, упал, доставлен бригадой скорой помощи. Язвенный анамнез отсутствует. При осмотре: Общее состояние ближе к тяжелому. Удовлетворительное питание. Кожные покровы бледные, влажные. На лбу – свежая ссадина (ударился при падении). Пульс 100 ударов в мин, удовлетворительного наполнения. АД 100/70 мм рт ст. Язык чистый, сухой. Живот не вздут,

мягкий, безболезненный. Симптомов раздражения брюшины нет. Perrectum: Ампула прямой кишки пуста, на перчатке следы черного жидкого кала. Общ. анализ крови: эритро.  $2,8 \times 10^{12}$ , Hb 92 г/л, Ht 0,31. Фиброгастродуоденоскопия: на стенках желудка следы темной крови, в антральном отделе обнаружена каллезная язва диаметром около 1,5 см, в дне которой определяется «пенек» сосуда диаметром около 2 мм. Данных за продолжающееся кровотечение нет. Группа крови АВ(IV)Rh+(положительная), в наличии только 1 доза эритроцитной массы этой группы.

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз с указанием степени тяжести кровопотери.
2. Чем можно объяснить купирование болевого синдрома на фоне кровотечения?
3. Дайте оценку эндоскопической картины с использованием классиф. Forrest.
4. Насколько велика вероятность рецидива кровотечения?
5. Нуждается ли б-ой в экстренном провед. доп. методов исследования? Каких?
6. Тактика ведения больного?
7. Если больному показано оперативное лечение, то в каком порядке оно должно быть выполнено (экстренном, срочном, отсроченном, плановом)?
8. Определите рациональный объем оперативного пособия.
9. Показана ли больному гемотрансфузия, если показана, то в каком объеме?
10. Можно ли этому больному по жизненным показаниям иногруппную кровь, если нет одногруппной

**Задача №16.** Больной П., 45 лет, направлен в хирургическое отделение из поликлиники с направительным диагнозом: “Желудочно-кишечное кровотечение? Панкреатит?” Предъявляет жалобы на боли в области верхней половины живота, общую слабость, похудание. Болен в течение 2-х месяцев, когда появились боли в подложечной области, усиливающиеся после приема пищи, периодически беспокоит изжога. Лечился настоями различных трав, однако улучшения не было. Последние 2 дня отметил появление стула черной окраски, была однократная рвота “кофейной гущей”. Обратился по этому поводу в поликлинику, откуда срочно направлен в хирургический стационар.

В анамнезе - резекция желудка по Гофмейстеру-Финстереру (2 года назад) по поводу язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, осложненной пилорородуоденальным стенозом. 5 лет назад перенес инфаркт миокарда.

При поступлении в стационар состояние больного удовлетворительное. Правильного телосложения, несколько пониженного питания (при росте 180 см масса тела 70 кг). Кожные покровы и видимые слизистые умеренно бледны. Температура тела  $36,8^{\circ}\text{C}$ . Пульс 96 в мин. АД - 110/70 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. В легких - дыхание везикулярное. Язык влажный, обложен беловатым налетом. Живот слегка вздут, участвует в акте дыхания. На передней его стенке - срединный послеоперационный рубец. При пальпации живота отмечается умеренная мышечная защита и болезненность в эпигастрии и правом подреберье. Печень у края реберной дуги, безболезненна. Селезенка не пальпируется. При пальцевом исследовании прямой кишки патологии не выявлено, на перчатке следы оформленного кала черного цвета.

ОАК: Эр. -  $3,4 \times 10^{12}$ /л, Hb. - 110 г/л, Л. -  $8,4 \times 10^9$ /л, п. - 10, с. - 62, э. - 1, л. - 21, м. - 6, СОЭ - 32 мм/ч.

ОАМ: уд.вес - 1016, белок - 0,07 г/л, л.-3-4, бактерии - ++

ЭКГ: синусовый ритм 88 в мин., горизонтальное положение электрической оси сердца, признаки гипертрофии левого желудочка.

ЭФГДС: Пищевод свободно проходим. Кардия смыкается не полностью. В желудке небольшое количество жидкости цвета “кофейной гущи”. На задней губе желудочно-кишечного анастомоза (резекция желудка по Бильрот-2) имеется язвенный дефект 0,8 см в диаметре, глубиной около 0,3 см. Дно язвы покрыто вишнево-черным налетом. Кровотечения в момент осмотра нет.

#### Вопросы:

1. Ваш диагноз (основной, осложнения, сопутствующий)?
2. Назовите возможные этиологические факторы диагностированного заболевания.
3. О какой степени кровопотери у больного можно говорить, исходя из приведенных клинико-лабораторных данных?

4. Какие дополнительные исследования целесообразно выполнить при этой патологии для уточнения диагноза и определения лечебной тактики?
5. Какую тактику лечения Вы выберете в данном наблюдении? Обоснуйте ее.
6. При выборе консервативной тактики лечения у больного охарактеризуйте ее конкретно.
7. Назовите показания к операции и виды оперативных вмешательств, применяющихся при данной патологии.
8. Перечислите известные Вам заболевания (синдромы) оперированного желудка (пострезекционные и постваготомические).

**Задача №17.** Больная М., 52 лет, доставлена в клинику бригадой скорой медицинской помощи через 12 часов с момента заболевания.

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

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

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

1. Диагноз и дополнительные методы исследования.
2. Определение степени острой кровопотери.
3. Методы определения групповой принадлежности крови.
4. Тактика, лечения.
5. Объем инфузионно-трансфузионной терапии.
6. Методы определения совместимости при переливании донорской крови.
7. Возможные осложнения при гемотрансфузии.
8. Понятие об универсальном доноре и исключение из него.

**Задача №18.** Молодой человек 24 лет, доставлен через сутки после начала заболевания с жалобами на общую слабость, рвоту цвета кофейной гущи. Два дня назад заметил дегтеобразный стул. Объективно - пульс 96 в минуту, ритмичный, АД 110/70 мм.рт.ст. В крови: Эр 3,5 x 10<sup>12</sup>/л, Нв – 100 г/л, гематокрит 33%. При ФГДС - на малой кривизне желудка обнаружено кратерообразное изъязвление, диаметром до 3 см, с плотными неровными краями, на дне которого фиксирован красный кровяной сгусток без просачивания крови из-под него.

1. *Степень тяжести кровопотери?*
2. *Тактика эндоскописта при обнаружении тромба на дне язвы?*
3. *Схема антисекреторной терапии при язвенном кровотечении?*

**Задача №19.** Больной 35 лет, направлен в дежурную больницу с диагнозом язвенная болезнь ДПК, декомпенсированный пилорородуоденальный стеноз. Жалобы: Рвота съеденной пищей и выпитой жидкостью. Чувство тяжести в эпигастрии после еды. Потеря в весе в течение последнего месяца 5 кг. Из анамнеза: Болеет язвенной болезнью 6 лет, сезонные обострения. Последние годы обострение язвенной болезни всегда сопровождаются частой рвотой, которая, тем не менее, прекращается у больного после консервативной противоязвенной терапии.

После первичного осмотра хирург высказал сомнения в наличии у больного стеноза и предположил обычное обострение язвенной болезни. Назначено обследование.

Вопросы.

1. Назовите признаки, которые подтверждают наличие у больного язвенного стеноза при проведении обследования в виде:
2. Осмотр и физикальное обследование живота.
3. ФГДС
4. Р-скопия, Р-графия
5. Общий анализ крови.



6. Биохимические показатели крови.

7. Каким образом классифицируется язвенный стеноз?

**Задача №20.** Больной С., 51 года, поступил в хирургическое отделение с жалобами на головокружение и резкую слабость. Из анамнеза: В течение последних 5 дней беспокоили умеренные ноющие боли в эпигастриальной области. Рано утром, около 8 часов назад, появилась сильная слабость, однократная рвота темной кровью со сгустками, боли в животе стихли, позже был обильный черный жидкий зловонный стул. На несколько минут потерял сознание, упал, доставлен бригадой скорой помощи. Язвенный анамнез отсутствует. При осмотре: Общее состояние ближе к тяжелому. Удовлетворительное питание. Кожные покровы бледные, влажные. На лбу – свежая ссадина (ударился при падении). Пульс 100 ударов в мин, удовлетворительного наполнения. АД 100/70 мм рт.ст. Язык чистый, сухой. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Симптомов раздражения брюшины нет. Perrectum: Ампула прямой кишки пуста, на перчатке следы черного жидкого кала. Общ. анализ крови: эритроц.  $2,8 \times 10^{12}$ , Hb 92 г/л, Ht 0,31. Фиброгастродуоденоскопия: на стенках желудка следы темной крови, в антральном отделе обнаружена каллезная язва диаметром около 1,5 см, в дне которой определяется «пенек» сосуда диаметром около 2 мм. Данных за продолжающееся кровотечение нет. Группа крови АВ(IV)Rh+(положительная), в наличии только 1 доза эритроцитной массы этой группы.

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз с указанием степени тяжести кровопотери.
2. Чем можно объяснить купирование болевого синдрома на фоне кровотечения?
3. Дайте оценку эндоскопической картины с использованием классиф. Forrest.
4. Насколько велика вероятность рецидива кровотечения?
5. Нуждается ли больной в экстренном провед. доп. методов исследования? Каких?
6. Тактика ведения больного?
7. Если больному показано оперативное лечение, то в каком порядке оно должно быть выполнено (экстренном, срочном, отсроченном, плановом)?
8. Определите рациональный объем оперативного пособия.
9. Показана ли больному гемотрансфузия, если показана, то в каком объеме?
10. Можно ли этому больному по жизненным показаниям иногруппную кровь, если нет одногруппной

**Задача №21.** Больной П., 45 лет, поступил в хирургическое отделение с жалобами на боли в области верхней половины живота, общую слабость, похудание. Болен в течение 2-х месяцев, когда появились боли в подложечной области, усиливающиеся после приема пищи, периодически беспокоит изжога. Последние 2 дня отметил появление стула черной окраски, была однократная рвота «кофейной гущей».

В анамнезе - резекция желудка по Гофмейстеру-Финстереру (2 года назад) по поводу язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, осложненной пилородуоденальным стенозом. 5 лет назад перенес инфаркт миокарда.

При поступлении в стационар состояние больного удовлетворительное. Пульс 96 в мин. АД - 110/70 мм рт.ст. При пальпации живота отмечается умеренная мышечная защита и болезненность в эпигастрии и правом подреберье. При пальцевом исследовании прямой кишки патологии не выявлено, на перчатке следы оформленного кала черного цвета.

ОАК: Эр. -  $3,4 \times 10^{12}$ /л, Нв. - 110 г/л, Л. -  $8,4 \times 10^9$ /л, п. - 10, с. - 62, э. - 1, л. - 21, м. - 6, СОЭ - 32 мм/ч.

ОАМ: уд.вес - 1016, белок - 0,07 г/л, л.-3-4, бактерии - ++

ЭФГДС: Пищевод свободно проходим. Кардия смыкается не полностью. В желудке небольшое количество жидкости цвета «кофейной гущи». На задней губе желудочно-кишечного анастомоза (резекция желудка по Бильрот-2) имеется язвенный дефект 0,8 см в диаметре, глубиной около 0,3 см. Дно язвы покрыто вишнево-черным налетом. Кровотечения в момент осмотра нет.

**Вопросы:**

1. Ваш диагноз (основной, осложнения, сопутствующий)?
2. Назовите возможные этиологические факторы диагностированного заболевания.
3. О какой степени кровопотери у больного можно говорить, исходя из приведенных клиничко-лабораторных данных?

4. *Какую тактику лечения Вы выберете в данном наблюдении? Обоснуйте ее.*
5. *При выборе консервативной тактики лечения у больного охарактеризуйте ее конкретно.*
6. *Назовите показания к операции и виды оперативных вмешательств, применяющихся при данной патологии.*

**Задача №22.** Больной 34 лет, в течение 12-и последних лет страдает язвенной болезнью луковицы 12-перстной кишки с гиперсекрецией. Консервативное амбулаторное и неоднократное стационарное противоязвенное лечение признано неэффективным, в связи с чем выполнена резекция желудка по БильротI. Через 4 месяца при фиброгастроскопии обнаружена рецидивная пептическая язва гастродуоденоанастомоза.

1. *Показана ли была операция по поводу язвенной болезни?*
2. *Каковы причины повторного язвообразования?*
3. *План обследования и дальнейшая лечебная тактика.*

#### Практические навыки:

1. Гемостатические средства при гастродуоденальных кровотечениях
2. Препараты для восполнения ОЦК
3. Тактика хирурга при максимальном риске рецидива кровотечения
4. Определение групповой и индивидуальной совместимости при переливании крови
5. Антисекреторная терапия при гастродуоденальных кровотечениях
6. Негативное действие H<sub>2</sub>-блокаторов при гастродуоденальном кровотечении
7. Показания к экстренной операции
8. Методика эмболизации сосудов желудка при язвенных кровотечениях

### **Тема 21: Современные методы эндогемостаза. Риск рецидива кровотечения. Показания к хирургическому лечению**

#### Собеседование по контрольным вопросам:

1. Методы эндогемостаза. Методы медикаментозного воздействия
2. Методы механического воздействия с целью эндогемостаза
3. Физические методы эндогемостаза
4. Аргонно плазменная коагуляция кровоточащих сосудов
5. Электрокоагуляция при остановке язвенного кровотечения
6. Противопоказания к применению инфильтрационного метода остановки кровотечения
7. Угроза рецидива кровотечения. Клинические и эндоскопические критерии вероятного возникновения рецидива кровотечения
8. Показания к рентгеноэндоваскулярной эмболизации сосудов при кровотечении
9. Показания к хирургическому лечению

#### Ситуационные задачи

**Задача №1.** Больной Н., 32 лет, поступил в хирургическое отделение с жалобами на слабость, головокружение. Пульс 100 в мин. АД 110/60 мм рт. ст. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Печень на 3 см ниже реберной дуги, уплотнена. В момент осмотра у больного позывы на дефекацию, обильный дегтеобразный стул. Общ. анализ крови: эритроц. 2,6x10<sup>12</sup>, Hb 82 г/л, Ht 0,27.

Фиброгастроуденоскопия: на передней стенке абдоминального отдела пищевода с переходом на кардию линейный разрыв слизистой оболочки 5x1 см, из которого подтекает алая кровь.

1. *Сформулируйте развернутый клинический диагноз с указанием степени тяжести кровопотери.*

1. *Патогенез заболевания.*

2. *Классификация кровопотери по степени тяжести.*

3. *Нуждается ли больной в экстренном проведении дополнительных методов исследования? Каких?*

4. *Тактика ведения больного?*

5. *Насколько целесообразно проведение этому больному эндоскопического гемостаза?*

6. *Методики эндоскопического гемостаза?*

7. *Показания к оперативному лечению.*

**Задача №2.** Пациент К., 50 лет, поступил с жалобами на повторную рвоту с кровью, черного цвета стул. ФГДС – определяются варикозно расширенные вены пищевода. Определяется выраженная бледность кожных покровов, пульс слабого наполнения, тахикардия до 120 ударов в минуту, АД 90/60 мм рт.ст. *Общий анализ крови: гемоглобин 75 г/л. УЗИ органов брюшной полости:* печень незначительно уменьшена в размерах, паренхима гомогенная, эхогенность обычная.

1. *Виды эндогемостаза при портальной гипертензии? Противопоказания к эндоскопическому лигированию вен.*

2. *Какую операцию применяют для остановки кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка?*

**Задача №3.** Пациент В., 56 лет, поступил в стационар с проявлениями гастродуоденального кровотечения. При экстренном ФГДС - на малой кривизне желудка обнаружен на дне язвы рыхлый кровяной сгусток темно-красного цвета, без просачивания крови из-под него. В просвете желудка – измененная кровь.

1. *Тактика эндоскописта?*

2. *В каких случаях инфильтрационный метод эндогемостаза имеет наименьший успех?*

3. *Показания к проведению эндогемостаза для профилактики кровотечения?*

**Задача №4.** Больной А., 31 года, доставлен скорой медицинской помощью в хирургическое отделение больницы с жалобами на сильную общую слабость, головокружение, шум в ушах. Вышеуказанные симптомы появились внезапно, на фоне хорошего самочувствия 10 часов назад. Перед вызовом скорой помощи был 2 раза черный стул. Ранее подобных явлений не было. Болеет язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки с 22-летнего возраста. Периодически лечился амбулаторно, трижды проходил стационарное лечение. В анамнезе – мочекаменная болезнь, хронический пиелонефрит в течение 3-х лет. С 1992 г. больной состоит на учете в тубдиспансере по поводу туберкулеза легких.

При поступлении в стационар состояние больного средней тяжести. Правильного телосложения, несколько пониженного питания (при росте 180 см масса тела 69 кг). Кожные покровы и видимые слизистые бледные, кожа чистая, на ощупь влажная. Костно-мышечная система без видимой патологии. Лимфоузлы не прощупываются. Температура тела 37,1°C. пульс 112 в минуту, ритмичный, слабого наполнения. Тоны сердца приглушены, мелодия их правильная. В легких дыхание везикулярное, с обеих сторон в проекции верхних долей выслушиваются единичные сухие и влажные хрипы. Язык чистый, влажный. Живот правильной формы, не вздут, перистальтика кишечника активная. При пальпации отмечается легкая болезненность в эпигастральной области. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания справа слабо положительный. Почки не пальпируются. Дизурических расстройств нет. При пальцевом исследовании прямой кишки патологии нет, на перчатке следы кала черного цвета.

Анализ крови: Эр.-2,5Т/л, Нв-78 г/л, гематокрит-0,26, лейкоциты-11,2 Г/л, э.-2, п/я - 10, с/я-74, лимф.-13, мон.-1, СОЭ-26 мм/ч.

Анализ мочи: уд. вес-1017, пл. эпителий -7-10 в п/зр., лейкоцитов 12-20 в п/зр., эритроцитов 1-2 в п/зр.

ФГДС: Пищевод свободно проходим. Кардия смыкается не полностью, в желудке небольшое количество жидкости цвета “кофейной гущи”, явления умеренно выраженного атрофического гастрита. Пилорус округлой формы, смыкается полностью, проходим для эндоскопа. Сразу за привратником, на передней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки имеется язва размером в диаметре около 1 см. Язвенный дефект покрыт темным тромбом, подтекания крови из-под тромба нет.

УЗИ органов брюшной полости: патологии не выявлено, в лоханке правой почки выявлен коралловый камень, занимающий одну из чашечек почки. УЗ - признаки хронического пиелонефрита.

Рентгенография грудной клетки: двухсторонний очаговый туберкулез легких в фазе уплотнения.

К оперативному лечению больной относится негативно.

### **Вопросы:**

1. Ваш диагноз (основной, осложнения, сопутствующий)?
2. Какую тактику лечения больного Вы выберете?
3. О какой степени кровопотери у больного можно говорить, исходя из приведенных клинико-лабораторных данных?
4. Какие способы гемостаза (эндоскопического) можно применить у больного?
5. Каковы принципы интенсивной терапии в данной ситуации?
6. Какие критерии определяют вероятность рецидива язвенного кровотечения?
7. На 6 сутки с момента госпитализации состояние больного внезапно ухудшилось: появилась резкая слабость, рвота с кровью, обильный дегтеобразный стул. Какова дальнейшая тактика лечения больного?
8. Какое оперативное вмешательство наиболее целесообразно выполнить больному?
9. Как Вы будете вести послеоперационный период?
10. Какие желудочные и внежелудочные заболевания могут осложниться гастродуоденальным кровотечением?

### Практические навыки:

1. Методика медикаментозного воздействия при кровотечениях
2. Методика механического воздействия с целью эндогемостаза, показания к данной процедуре
3. Методики сочетанного применения методов эндогемостаза
4. Аппаратура к аргоно плазменной коагуляции, методика проведения
5. Методика электрокоагуляции
6. Противопоказания к применению инфильтрационного метода остановки кровотечения
7. Угроза рецидива кровотечения. Клинические и эндоскопические критерии вероятного возникновения рецидива кровотечения
8. Показания к рентгеноэндоваскулярной эмболизации сосудов при кровотечении
9. Показания к хирургическому лечению

## **Тема 22: Острая кишечная непроходимость. Классификация. Диагностика.**

### Собеседование по контрольным вопросам:

1. Острая кишечная непроходимость: определение, этиология, патогенез.
2. Острая кишечная непроходимость: патанатомия классификация.
3. Динамическая кишечная непроходимость: виды, лечебная тактика.

4. Динамическая кишечная непроходимость: клиника, диагностика.
5. Обтурационная кишечная непроходимость.
6. Странгуляционная кишечная непроходимость.
7. Инвагинация.
8. Узлообразование.
9. Клиника, диагностика острой кишечной непроходимости.

Практические навыки:

1. Методы разрешения динамической кишечной непроходимости
2. Тактика хирурга при фитобезоарной механической кишечной непроходимости
3. Методика дезинвагинации кишечника
4. Тактика хирурга при желчнокаменной кишечной непроходимости
5. Методы диагностики странгуляционной кишечной непроходимости
6. Признаки высокой тонкокишечной непроходимости
7. Методика зондирования желудка при ОКН, характеристика непроходимости по отделяемому
8. Рентгенологические признаки кишечной непроходимости
9. Методика проведения энтерографии, водорастворимые контрастные вещества.
10. УЗИ картина кишечной непроходимости

**Тема 23: Консервативное лечение кишечной непроходимости. Показания к оперативному лечению.**

Собеседование по контрольным вопросам:

1. Динамическая кишечная непроходимость лечение
2. Фитобезоарная кишечная непроходимость
3. Методика дезинвагинации кишечника
4. Желчнокаменная кишечная непроходимость, лечение
5. Методы диагностики странгуляционной кишечной непроходимости
6. Признаки высокой тонкокишечной непроходимости
7. Методика зондирования желудка при ОКН, характеристика непроходимости по отделяемому
8. Методика проведения энтерографии, водорастворимые контрастные вещества.
9. Методика назоинтестинальной интубации кишечника при ОКН
10. Признаки неразрешающейся кишечной непроходимости
11. Методика лапароскопического адгезиолизиса
12. Определение жизнеспособности кишки в зоне препятствия и определение показаний к ее резекции
13. Границы резекции кишки при некрозе. Исключение из правила.
14. Методики восстановления непрерывности кишечника. Анастомозы

Ситуационные задачи:

**Задача №1.** Больной 42 лет внезапно ощутил острую боль в животе схваткообразного характера, вскоре присоединилась частая рвота. Стула нет, газы не отходят. При осмотре больного, состояние средней тяжести, ведет себя беспокойно, часто меняет положение.  $t$  - нормальная,  $Ps=112$  в мин. Язык влажный. Живот вздут больше в верхней половине, при пальпации мягкий, умеренно болезненный, симптомов раздражения брюшины нет. Перистальтические шумы ослаблены. Определяется высокий тимпанит. При ректальном исследовании патологических изменений нет. Выполнена обзорная рентгенограмма брюшной полости.

Ваш диагноз и тактика лечения?



**Задача №2.** Больной 44 лет внезапно ощутил острую боль в животе схваткообразного характера, вскоре присоединилась частая рвота. Стула нет, газы не отходят. При осмотре состояние больного средней тяжести, периодически громко кричит, ведет себя беспокойно, часто меняет положение. Температура нормальная, пульс 112 в минуту. Язык влажный. Живот вздут больше в верхней половине, при пальпации мягкий, умеренно болезненный, симптомов раздражения брюшины нет. В брюшной полости определяется свободная жидкость. Выше и слева от пупка определяется овоидной формы плотноэластическое образование, перистальтические шумы над ним не выслушиваются. При ректальном исследовании патологии не выявлено. Рентгенологически имеются множественные чаши Клойбера, тонкий кишечник вздут.

*Вопросы:*

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальная диагностика.
3. Классификация представленной патологии.
4. Тактика лечения?
5. Методы консервативной терапии и оперативного лечения?

**Задача №3.** Больной 65 лет поступил на 2-й день заболевания с жалобами на умеренные боли внизу живота схваткообразного характера, иррадиирующие в крестец, вздутие живота, задержку стула и газов. Заболевание началось постепенно. Больной страдает запорами, отмечает, что состояния, напоминающие настоящее, были несколько раз и разрешались дома после очистительной клизмы.

Общее состояние больного удовлетворительное температура нормальная, пульс 72 в минуту, язык обложен, влажный. Живот «перекошенный» — резко вздута правая половина, при пальпации мягкий, безболезненный, справа пальпируется большое образование плотноэластической консистенции, перистальтика над ним не прослушивается. Определяется «шум плеска», при перкуссии—высокий тимпанит. При ректальном исследовании: ампула прямой кишки пуста, сфинктер зияет. При попытке поставить сифонную клизму — жидкость, после введения ее в количестве 300 мл, изливается обратно.

*Задание.*

1. Диагноз?
2. Дифференциальная диагностика.

3. Классификация представленной патологии.
4. Возможные причины данного страдания?
5. Современные методы консервативной терапии и оперативного лечения?

**Задача №4.** Во время операции больной Н., 82 лет, по поводу острой кишечной непроходимости обнаружено, что ее причиной является желчный камень размерами 6х4 см, желудеобразной формы. Приводящая кишка раздута, отводящая в спавшемся состоянии.

1. Какая форма кишечной непроходимости у больного?
2. Каков механизма попадания желчного камня в просвет кишечника?
3. Дополнительные методы диагностики в данном случае?
4. Тактика лечения?
5. Способ удаления камня из просвета кишечника?

**Задача №5.** Пожилой больной обратился с жалобами на сильные боли схваткообразного характера в нижних отделах живота, тошноту, рвоту. Заболел около 3 часов назад, когда после подъема большого груза почувствовал острую боль в нижних отделах живота, покрылся холодным потом, появилась тошнота, дважды была рвота. Из анамнеза известно, что в течение 3 лет страдает запорами, иногда в кале была темная кровь и слизь. Последние 4 дня состояние ухудшилось, беспокоила задержка газов и стула.

При объективном осмотре: язык суховат, кожа бледно-розовая. Больной пониженного питания. Пульс – 96 в минуту. Живот умеренно вздут, тимпанит, значительно болезнен и напряжен в нижних отделах, больше слева, слабо положительны симптомы раздражения брюшины в нижних отделах. На рентгенограмме видно раздутые петли тонкой кишки с широкими уровнями жидкости.

1. Предположительный диагноз?
2. Какие симптомы характерны для механической кишечной непроходимости?
3. Укажите рентгенологический симптом?
4. Какое осложнение произошло при резкой физической нагрузке?
5. Назовите хирургическую тактику?
6. Какие операции выполняются при данной патологии?

**Задача №6.** Больной 44 лет внезапно ощутил острую боль в животе схваткообразного характера, вскоре присоединилась частая рвота. Стула нет, газы не отходят. При осмотре состояние больного средней тяжести, периодически громко кричит, ведет себя беспокойно, часто меняет положение. Температура нормальная, пульс 112 в минуту. Язык влажный. Живот вздут больше в верхней половине, при пальпации мягкий, умеренно болезненный, симптомов раздражения брюшины нет. В брюшной полости определяется свободная жидкость. Выше и слева от пупка определяется овоидной формы плотноэластическое образование, перистальтические шумы над ним не выслушиваются. При ректальном исследовании патологии не выявлено. Рентгенологически имеются множественные чаши Клойбера, тонкий кишечник вздут.

Задание.

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальная диагностика.
3. Классификация представленной патологии.
4. Тактика лечения?
5. Методы консервативной терапии и оперативного лечения?

**Задача №7.** Больной 65 лет поступил на 2-й день заболевания с жалобами на умеренные боли внизу живота схваткообразного характера, иррадиирующие в крестец, вздутие живота, задержку стула и газов. Заболевание началось постепенно. Больной страдает запорами, отмечает, что состояния, напоминающие настоящее, были несколько раз и разрешались дома после очистительной клизмы.

Общее состояние больного удовлетворительное температура нормальная, пульс 72 в минуту, язык обложен, влажный. Живот «перекошенный» — резко вздута правая половина, при пальпации мягкий, безболезненный, справа пальпируется большое образование плотноэластической консистенции, перистальтика над ним не прослушивается. Определяется «шум плеска», при перкуссии—высокий тимпанит. При ректальном исследовании: ампула прямой кишки пуста, сфинктер зияет. При попытке поставить сифонную клизму — жидкость, после введения ее в количестве 300 мл, изливается обратно.

Задание.

1. Диагноз?
2. Дифференциальная диагностика.
3. Классификация представленной патологии.
4. Возможные причины данного страдания?
5. Современные методы консервативной терапии и оперативного лечения?

**Задача №8.** Больной Г., 72 лет, поступил в хирургический стационар с жалобами на боли в животе схваткообразного характера, тошноту, рвоту, задержку стула и газов. Заболел 2 дня назад.

Из анамнеза выяснилось, что больной около 20 лет страдает паховой грыжей (слева), был оперирован по этому поводу 8 лет назад, однако через год после операции наступил рецидив ее.

При осмотре – состояние тяжелое. Вял, адинамичен, дыхание учащено до 26-28 в мин. Температура тела – 37,3°C. Пульс 108 в мин., ритмичный. АД – 120/80 мм рт. ст.

В паховой области слева имеется послеоперационный рубец. Здесь же определяется плотное опухолевидное образование размерами 12×8×7 см, несмещаемое и резко болезненное при пальпации. Кожа над ним не изменена.

Анализ крови: Эр-4,2 Т/л, Нв-148 г/л, лейко-15,8 Г/л, п-19, с-64, л-12, м-5. СОЭ-55 мм/ч.

Анализ мочи: уд. вес – 1019, белок – 0,16 г/л, лейкоциты 4-6-8 в п/зр., цилиндры гиалиновые 0-1 в п/зр., бактерии ++. Глюкоза крови: 6,2 ммоль/л. Билирубин: 20 мкмоль/л

Обзорная рентгенография живота и грудной клетки: выраженный пневматоз ободочной кишки, на фоне которого видны единичные чаши Клойбера.

**Вопросы:**

1. Ваш диагноз (основной, осложнения)?
2. Какую лечебную тактику Вы выбираете?
3. При выборе хирургического метода лечения имеется ли необходимость в предоперационной подготовке? Объем и продолжительность ее?
4. Во время операции при вскрытии грыжевого мешка выявлено ущемление сигмовидной кишки. Кишка черного цвета. Каковы Ваши дальнейшие действия? Объем операции?
5. К концу 2-й недели после операции состояние больного внезапно ухудшилось: появилась одышка, интенсивные боли в груди слева, кашель, кровохарканье. О каком послеоперационном осложнении следует думать, прежде всего? Какова диагностическая и лечебная тактика в этой ситуации?

**Задача № 9.** В приемное отделение больницы доставлен скорой помощью больной С., 54 лет, с жалобами на общую слабость, рвоту, чувство тяжести в подложечной области, похудание.

Из анамнеза выяснено, что больной в течение 15 лет страдает язвенной болезнью. Лечился эпизодически, злоупотреблял спиртными напитками. 2 года назад оперирован по поводу прободной язвы 12-перстной кишки (произведено ушивание язвы). В течение последнего полугодия состояние больного ухудшилось: стал отмечать ощущение распирания под ложечкой после еды, отрыжку «тухлым яйцом», тошноту, рвоту. С течением времени рвота стала ежедневной,



обильной, с неприятным запахом. Для облегчения состояния больной часто сам искусственно вызывает рвоту. За последние 2 месяца резко похудел, ослаб. Скорая помощь была вызвана соседями (больной живет один) в связи с возникшими у больного судорогами.

Ранее болел туберкулезом легких, перенес вирусный гепатит (более 10 лет назад).

При осмотре: состояние тяжелое, пониженного питания (дефицит веса – 25 кг). Кожные покровы сухие, сероватого оттенка. Сознание сохранено, но заторможено. Пульс – 96 в мин., ритмичный. АД – 110/60 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке. В легких – ослабленное дыхание. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот не вздут, мягкий и безболезненный. Пальпаторно в желудке определяется «шум плеска». По средней линии живота имеется послеоперационный рубец. В нижней его трети (над пупком) определяется дефект в апоневрозе диаметром около 4-5 см.

Печень и селезенка не увеличены. Стул 2 дня назад, оформленный. Диурез снижен до 0,5 л в сутки.

Анализ крови: Эр. –  $5,1 \times 10^{12}/л$ , Нв – 156 г/л, лейкоциты – 12,0 Г/л, п. – 14, с. – 65, л. – 15, м. – 5. СОЭ – 52 мм/ч.

Анализ мочи: уд. вес – 1025, белок – 0,15 г/л, лейкоциты – 5-7 в п/зр., цилиндры гиалиновые 1-2 в п/зр.

Общий белок: 52 г/л, альбумины – 42%, глобулины – 58%.

Общий билирубин: 15,6 мкмоль/л, прямой – 3,6, непрямой – 12,0.

Сахар крови: 5,7 ммоль/л.

ЭКГ: Признаки замедления проводимости и сердечной недостаточности (увеличение интервалов PQ, ST, высокий зубец P, уменьшение амплитуды и уплощение зубца T).

ФГДС: желудок больших размеров, перистальтика его практически отсутствует, слизистая атрофична. Пилородуоденальный канал резко сужен, рубцово деформирован. Провести эндоскоп в 12-перстную кишку не удалось.

Больной госпитализирован в хирургическое отделение.

#### Вопросы:

1. Ваш диагноз при госпитализации больного (основной, осложнения, сопутствующий)?
2. Какие лабораторные и специальные исследования необходимо, по Вашему мнению, выполнить для уточнения диагноза?
3. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
4. Охарактеризуйте метаболические (обменные) нарушения, развивающиеся при этой патологии.
5. Чем обусловлен судорожный синдром, развившийся у больного на догоспитальном этапе? И какие срочные меры в этой связи должны быть предприняты?
6. Охарактеризуйте клинико-рентгенологическую картину различных стадий заболевания.
7. Какую тактику лечения Вы выбираете в данном наблюдении? Обоснуйте ее.
8. Если Вы решили больного оперировать, то каковы характер и объем предоперационной подготовки?
9. Какой вид оперативного вмешательства следует, на Ваш взгляд, применить в данном случае? Дайте обоснование.
10. Какова лечебная тактика по отношению к имеющейся у больного послеоперационной грыже?

**Задача №10.** Пациент С., 58 лет, поступил в клинику с жалобами на боли в животе, тошноту, рвоту, задержку стула и газов. Заболел 3 дня назад, во время выполнения физической работы.

В анамнезе – аденома предстательной железы, правосторонняя паховая грыжа (в течение 10 лет). 6 лет назад перенес инфаркт миокарда, наблюдается и лечится у терапевта поликлиники по поводу ИБС, постинфарктного кардиосклероза, гипертонической болезни.

При поступлении в стационар состояние больного тяжелое. Вял, адинамичен, температура тела 38,0°C. Одышка до 30 в минуту. Пульс 110-120 ударов в минуту, аритмичный. АД – 100/70 мм рт. ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот равномерно вздут, в акте дыхания не участвует, при пальпации отмечается резкая болезненность в нижних отделах, перистальтика кишечника не прослушивается. В мезо- и гипогастрии определяется положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Печень ниже реберной дуги на 2-3 см. В правой пахово-подвздошной

области определяется плотное, болезненное, опухолевидное образование размерами 12×8 см. Кожа над ним гиперемирована. При пальцевом ректальном исследовании патологических образований в прямой кишке нет, определяется увеличенная предстательная железа.

анализ крови: лейкоциты –  $14,2 \times 10^9$  /л, п/я – 16, с/я – 69, СОЭ – 46 мм/ч, глюкоза крови – 4,6 ммоль/л.

анализ мочи: реакция кислая, уд. вес – 1018, белок – 0,16 г/л, лейкоциты – 8-10 в п/зр.

### **Вопросы:**

1. *Ваш диагноз (основной, осложнения)?*
2. *Какова, на Ваш взгляд, лечебная тактика?*
3. *Имеется ли необходимость в предоперационной подготовке? Какова ее цель, объем и продолжительность?*
4. *В чем особенность оперативного вмешательства, если принято решение об операции?*
5. *Перечислите этапы операции у больного в необходимой последовательности?*
6. *Какими критериями Вы будете пользоваться при выполнении резекции кишки?*
7. *Перечислите наиболее вероятные послеоперационные осложнения в конкретном наблюдении.*

**Задача №11.** Больная Д., 32 лет, доставлена скорой помощью в хирургическое отделение с жалобами на боли в животе, повторную рвоту.

Из анамнеза болезни выяснилось, что сильные схваткообразные боли в животе возникли у больной 3 часа назад во время выполнения физической работы. Вслед за появлением боли была многократная рвота, скудный однократный стул. Болеет язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки около 6 лет; оперирована 3 года назад по поводу внематочной беременности (удалены правые придатки).

При поступлении в стационар состояние больной тяжелое. Беспокойна, лицо бледное, губы цианотичны, выражение лица страдальческое. Температура тела  $36,2^{\circ}\text{C}$ . Пульс 120 в мин., слабого наполнения. АД - 90/60 мм рт.ст. Дыхание учащено до 22-24 в мин., поверхностное. Язык сухой, обложен серым налетом. Живот умеренно вздут, больше в мезо- и эпигастрии. В околопупочной области, справа, пальпируется эластической консистенции болезненное образование овальной формы (10 x 6 x 5 см). Брюшная стенка при пальпации мягкая, умеренно болезненная. При перкуссии указанного ограниченного образования слышен высокий тимпанический звук. Перистальтические шумы кишечника усилены. При пальцевом ректальном исследовании патологических образований в прямой кишке не выявлено, на перчатке - следы кала нормальной окраски.

Анализ крови: эр.-4,6 Т/л, Нв.-152 г/л, лейкоциты - 14,2 Г/л, п.-14, с.-62, лимф.-20, мон.-4.

Анализ мочи: уд.вес -1019, белок - 0,1г/л, сахар, ацетон не определяются. Диазореакция - 200 ед/л.

Глюкоза крови: 4,8 ммоль/л.

### **Вопросы:**

1. *Ваш диагноз при госпитализации больной (основной, осложнения, сопутствующий).*
2. *Как Вы интерпретируете пальпируемое у больной в животе ограниченное образование?*
3. *Какие дополнительные исследования Вы проведете для уточнения диагноза? Какую информацию при этом ожидаете получить?*
4. *С какими заболеваниями Вы будете дифференцировать имеющуюся патологию?*
5. *Какие периоды (фазы) выделяют в клиническом течении данного заболевания?*
6. *Какую тактику лечения больной Вы выбрали? Дайте ее обоснование.*
7. *При решении вопроса в пользу оперативного вмешательства, каковы будут его этапы?*
8. *По каким критериям Вы будете судить о жизнеспособности пораженной петли кишки? Объем резекции кишечника при ее нежизнеспособности?*
9. *Назовите основные принципы лечения больной в послеоперационном периоде.*
10. *На 8-й день после операции больная пожаловалась на слабость, головокружение, черный жидкий стул. О каком послеоперационном осложнении следует думать и какова диагностическая и лечебная тактика.*

**Задача №12.** Пациентка К., 56 лет предъявляет жалобы на боли в животе, больше в левой половине, тошноту, повторную рвоту, задержку стула и газов. Давность заболевания - около суток.

Из анамнеза выяснилось, что последние 6-7 мес. у больной периодически возникали схваткообразные боли в животе, сопровождающиеся вздутием его, запорами с последующим обильным зловонным стулом. Пользовалась слабительными, клизмами. Отмечает снижение аппетита, похудание за этот период на 10-12 кг. Ранее оперирована по поводу острого аппендицита (10 лет назад) и миомы матки (4 года назад).

При осмотре - состояние больной тяжелое. Пульс - 110 в мин., ритмичный. АД - 110/70 мм рт. ст. Язык сухой, обложен серым налетом. Живот равномерно вздут, при пальпации умеренно напряжен и болезнен в левой половине. Симптомы раздражения брюшины не выражены. Стула не было 4 дня, газы не отходят. При пальцевом ректальном исследовании патологических образований в прямой кишке не выявлено, определяется положительный симптом Обуховской больницы.

ОАК: Эр. - 3,6 Т/л, Нв. - 110 г/л, Л. - 14,1 Г/л, п. - 12, с. - 64, э. - 2, л. - 20, м. - 2, СОЭ - 54 мм/ч.

ОАМ: уд.вес -1017, белок - 0,15г/л, эр. - 1-2 в п/зр., л.-8-12, бактерии - ++.

Обзорная рентгенография брюшной полости: в боковых отделах живота определяются чаши Клойбера в небольшом количестве, умеренная пневматизация кишечника.

**Вопросы:**

1. *Ваш предварительный диагноз (основной, осложнения)?*
2. *Какие дополнительные исследования могут уточнить диагноз?*
3. *Какую тактику лечения больной Вы выбрали?*
4. *Охарактеризуйте понятия “экстренная”, “срочная”, и “плановая” операции при данной патологии.*
5. *При принятии решения в пользу оперативного вмешательства определите цели, объем и характер предоперационной подготовки.*
6. *Охарактеризуйте основные принципы лечения больной в послеоперационном периоде.*
7. *На 7-е сутки после операции у больной возникли боли в области икроножных мышц левой голени, появилась небольшая отечность в области лодыжек и стопы. О каком послеоперационном осложнении можно думать и какова лечебная тактика?*

**Задача №13.** Пациентка Ф., 55 лет, доставлена бригадой СМП в хирургическое отделение с жалобами на тошноту, многократную рвоту. Боли в животе схваткообразного характера. Больна в течение суток.

В анамнезе: периодические боли в правом верхнем этаже живота, за мед. помощью не обращалась. При осмотре состояние пациентки средней степени тяжести. Кожные покровы бледные. Язык сухой. Пульс 92 уд/мин, ритмичный. АД 90/70 мм рт. ст. Живот вздут, при пальпации болезненный во всех отделах. Шумы кишечной перистальтики усилены. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. На обзорной рентгенограмме брюшной полости тонкокишечные чаши Клойбера.

1. *Рентгенологические признаки тонкокишечной непроходимости в отличие толстокишечной?*
2. *Клиника желчнокаменной непроходимости?*
3. *Рентгенологические признаки желчнокаменной непроходимости?*
4. *Какова ваша тактика при установлении желчнокаменной непроходимости?*
5. *Какая кишечная непроходимость имеет идентичную клиническую картину с желчнокаменной кишечной непроходимостью, тактика хирурга.*

**Задача №14.** Пациент В., 52 г., поступил в хирургическое отделение с жалобами на боли в животе схваткообразного характера, рвоты. В анамнезе: оперирован 2 года назад по поводу перфоративной язвы 12-перстной кишки. Газы отходят плохо. При осмотре состояние средней степени тяжести. Язык суховат. Пульс 88 уд/мин, ритмичный. АД 130/80 мм рт. ст. Живот равномерно умеренно вздут, при пальпации болезненный во всех отделах; определяется «шум плеска»; шумы кишечной перистальтики вялые, единичные. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. На обзорной рентгенограмме брюшной полости определяются горизонтальные тонкокишечные уровни.

1. Проведение консервативной терапии у пациентов с обтурационной формой ОКН и его длительность?
2. Признаки неразрешающейся острой тонкокишечной непроходимости?
3. Сроки оперативного вмешательства при странгуляционной форме кишечной непроходимости?
4. Запущенная стадия ОКН - это: (показатели, сроки и т.д.). Сроки предоперационной подготовки?

**Задача №15.** Больная Д., 32 лет, доставлена скорой помощью в хирургическое отделение с жалобами на боли в животе, повторную рвоту.

Из анамнеза болезни выяснилось, что сильные схваткообразные боли в животе возникли у больной 3 часа назад во время выполнения физической работы. Вслед за появлением боли была многократная рвота, скудный однократный стул. Болеет язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки около 6 лет; оперирована 3 года назад по поводу внематочной беременности (удалены правые придатки).

При поступлении в стационар состояние больной тяжелое. Беспокойна, лицо бледное, губы цианотичны, выражение лица страдальческое. Температура тела 36,2<sup>0</sup>С. Пульс 120 в мин., слабого наполнения. АД - 90/60 мм рт.ст. Живот умеренно вздут, больше в мезо- и эпигастрии. В околопупочной области, справа, пальпируется эластической консистенции болезненное образование овальной формы (10 x 6 x 5 см). Брюшная стенка при пальпации мягкая, умеренно болезненная. При перкуссии указанного ограниченного образования слышен высокий тимпанический звук. Перистальтические шумы кишечника усилены. Анализ крови: эр.-4,6 Т/л, Нв.-152 г/л, лейкоциты - 14,2 Г/л, п.-14, с.-62, лимф.-20, мон.-4.

**Вопросы:**

1. Ваш диагноз при госпитализации больной (основной, осложнения).
2. Как Вы интерпретируете пальпируемое у больной в животе ограниченное образование?
3. Какие дополнительные исследования Вы проведете для уточнения диагноза? Какую информацию при этом ожидаете получить?
4. Какие периоды (фазы) выделяют в клиническом течении данного заболевания?
5. Какую тактику лечения больной Вы выбрали? Дайте ее обоснование.
6. При решении вопроса в пользу оперативного вмешательства, каковы будут его этапы?
7. По каким критериям Вы будете судить о жизнеспособности пораженной петли кишки? Объем резекции кишечника при ее нежизнеспособности?

**Задача №16.** Больной А., 45 лет, внезапно ощутил острую боль в животе схваткообразного характера, вскоре присоединилась частая рвота. Стула нет, газы не отходят. При осмотре состояние больного средней тяжести, периодически громко кричит, ведет себя беспокойно, часто меняет положение. Температура нормальная, пульс 112 в минуту. Язык влажный. Живот вздут больше в верхней половине, при пальпации мягкий, умеренно болезненный, симптомов раздражения брюшины нет. В брюшной полости определяется свободная жидкость. Выше и слева от пупка определяется овоидной формы плотноэластическое образование, перистальтические шумы над ним не выслушиваются. При ректальном исследовании патологии не выявлено. Рентгенологически имеются множественные чаши Клойбера, тонкий кишечник вздут.

1. Ваш диагноз?
2. Ультразвуковые признаки кишечной непроходимости? Преимущество этого метода исследования?
3. Диагностическая ценность энтерографии? Преимущества водорастворимых контрастных препаратов?
4. Преимущества лапароскопии при ОКН? Противопоказания к лапароскопии при ОКН?
5. Способы декомпрессии желудочно-кишечного тракта после лапароскопических вмешательств по поводу ОКН и контроль полноты адгезиолиза?
6. Способ декомпрессии тонкой кишки при выраженности спаечного процесса в верхнем этаже брюшной полости?

**Задача №17.** Больной Г., 72 лет, поступил в хирургический стационар с жалобами на боли в животе схваткообразного характера, тошноту, рвоту, задержку стула и газов. Заболел 2 дня назад. Из анамнеза выяснилось, что больной около 20 лет страдает паховой грыжей (слева), был оперирован по этому поводу 8 лет назад, однако через год после операции наступил рецидив ее. Болеет геморроем. Периодически лечится у терапевта поликлиники по поводу ИБС, гипертонической болезни. 10 лет назад перенес инфаркт миокарда.

При осмотре – состояние тяжелое. Вял, адинамичен, дыхание учащено до 26-28 в мин. Температура тела – 37,3°C. Пульс 108 в мин., ритмичный. АД – 120/80 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены. В легких дыхание ослабленное везикулярное. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот равномерно вздут, при пальпации – мягкий, болезненный в мезо- и гипогастрии. Здесь же нерезко выраженные симптомы раздражения брюшины.

В паховой области слева имеется послеоперационный рубец. Здесь же определяется плотное опухолевидное образование размерами 12×8×7 см, несмещаемое и резко болезненное при пальпации. Кожа над ним не изменена. При пальцевом ректальном исследовании определяются внутренние геморроидальные узлы и увеличенная предстательная железа.

Анализ крови: Эр-4,2 Т/л, Нв-148 г/л, лейко-15,8 Г/л, п-19, с-64, л-12, м-5. СОЭ-55 мм/ч.

Анализ мочи: уд. вес – 1019, белок – 0,16 г/л, лейкоциты 4-6-8 в п/зр., цилиндры гиалиновые 0-1 в п/зр., бактерии ++. Диазореакция – 400 Е/л.

Глюкоза крови: 6,2 ммоль/л

Билирубин: 20 мкмоль/л

ЭКГ: Синусовая тахикардия 110 в мин. Мелкоочаговые изменения в перегородочной области. Выраженные диффузные изменения и гипоксия миокарда.

Обзорная рентгенография живота и грудной клетки: выраженный пневматоз ободочной кишки, на фоне которого видны единичные чаши Клойбера. Отмечается отеснение диафрагмы кверху. Со стороны легких и сердца – возрастные изменения.

#### **Вопросы:**

1. Ваш диагноз (основной, осложнения, сопутствующий)?
2. Какую лечебную тактику Вы выбираете?
3. Необходимы ли какие-либо дополнительные лабораторно-инструментальные исследования больному в срочном порядке? Консультации?
4. При выборе хирургического метода лечения имеется ли необходимость в предоперационной подготовке? Объем и продолжительность ее?
5. Назовите известные Вам способы операции при этой патологии. Какой из них Вы считаете наиболее адекватным в данном наблюдении?
6. Во время операции при вскрытии грыжевого мешка выявлено ущемление сигмовидной кишки. Кишка черного цвета. Каковы Ваши дальнейшие действия? Объем операции?
7. Охарактеризуйте основные принципы лечения больного после операции.
8. Назовите возможные в послеоперационном периоде осложнения у больного.
9. К концу 2-й недели после операции состояние больного внезапно ухудшилось: появилась одышка, интенсивные боли в груди слева, кашель, кровохарканье. О каком послеоперационном осложнении следует думать, прежде всего? Какова диагностическая и лечебная тактика в этой ситуации?

**Задача №18.** Больной 44 лет внезапно ощутил острую боль в животе схваткообразного характера, вскоре присоединилась частая рвота. Стула нет, газы не отходят. При осмотре состояние больного средней тяжести, периодически громко кричит, ведет себя беспокойно, часто меняет положение. Температура нормальная, пульс 112 в минуту. Язык влажный. Живот вздут больше в верхней половине, при пальпации мягкий, умеренно болезненный, симптомов раздражения брюшины нет. В брюшной полости определяется свободная жидкость. Выше и слева от пупка определяется овоидной формы плотноэластическое образование, перистальтические шумы над ним не выслушиваются. При ректальном исследовании патологии не выявлено. Рентгенологически имеются множественные чаши Клойбера, тонкий кишечник вздут.

Задание.

1. Ваш диагноз?

2. Дифференциальная диагностика.
3. Классификация представленной патологии.
4. Тактика лечения?
5. Методы консервативной терапии и оперативного лечения?

**Задача №19.** Больной 65 лет поступил на 2-й день заболевания с жалобами на умеренные боли внизу живота схваткообразного характера, иррадиирующие в крестец, вздутие живота, задержку стула и газов. Заболевание началось постепенно. Больной страдает запорами, отмечает, что состояния, напоминающие настоящее, были несколько раз и разрешались дома после очистительной клизмы.

Общее состояние больного удовлетворительное температура нормальная, пульс 72 в минуту, язык обложен, влажный. Живот «перекошенный» — резко вздута правая половина, при пальпации мягкий, безболезненный, справа пальпируется большое образование плотноэластической консистенции, перистальтика над ним не прослушивается. Определяется «шум плеска», при перкуссии—высокий тимпанит. При ректальном исследовании: ампула прямой кишки пуста, сфинктер зияет. При попытке поставить сифонную клизму — жидкость, после введения ее в количестве 300 мл, изливается обратно.

Задание.

1. Диагноз?
2. Дифференциальная диагностика.
3. Классификация представленной патологии.
4. Возможные причины данного страдания?
5. Современные методы консервативной терапии и оперативного лечения?

**Задача №20.** В хирургический стационар с направлением из поликлиники поступила больная Д., 60 лет, с диагнозом “Острый аппендицит?”. Предъявляет жалобы на боли в правой половине живота, больше в подвздошной области, тошноту, слабость. Больной себя считает около месяца. Последние 3 дня боли в животе усилились, носят схваткообразный характер. Была однократная рвота, температура тела повысилась до 37,7°C. Выяснилось, что последние 3 года больная страдает запорами. Год назад доставлялась в больницу с болями в животе, после сифонной клизмы и инъекции спазмолитиков боли прошли, и больная была отпущена домой (по ее просьбе). Последние полгода отмечает потерю аппетита, похудание (на 10-12 кг), слабость. Периодически при дефекации замечает отхождение слизи с примесью крови.

В анамнезе операции: по поводу миомы матки (8 лет назад) и холецистэктомия (3 года назад). Лечилась в терапевтическом стационаре по поводу гипертонической болезни, ИБС, стенокардии напряжения. После родов, 25 лет назад, появилось варикозное расширение вен нижних конечностей.

При поступлении в стационар состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледные, периферические лимфоузлы не увеличены. Имеется умеренно выраженное варикозное расширение вен нижних конечностей. Температура тела 37,6°C. Пульс 102 в минуту, ритмичный. АД–150/90 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены, ритмичные. В легких – ослабленное дыхание. Язык суховат, обложен белым налетом. Живот несколько вздут, симметричен, при пальпации отмечается умеренное напряжение мышц и болезненность в правой подвздошной области. Здесь же нечетко пальпируется болезненное, плотное, ограничено подвижное образование. Симптом Щеткина-Блюмберга в этой области слабopоложительный. Печень не увеличена. Стула не было 3 дня, газы отходят. Дизурических расстройств нет. При пальцевом ректальном исследовании патологических образований в прямой кишке не выявлено. Имеются признаки хронического геморроя, на перчатке – следы кала с примесью слизи и темной крови.

На обзорной рентгенограмме брюшной полости – видны единичные горизонтальные уровни (чаши Клойбера), умеренная пневматизация кишечника.

В анализе крови: Эр.–3,2 Т/л, Нв–96 г/л, лейкоциты–14,1×10<sup>9</sup>/л, э.-2, лимф.-20, мон.-2, п/я–12, с/я–64, СОЭ–52 мм/ч. Анализ мочи без особенностей.

Через неделю с момента госпитализации больная оперирована.

**Вопросы:**

1. Ваш предварительный диагноз (основной, осложнения, сопутствующий)?
2. С какими заболеваниями Вы должны провести дифференциальную диагностику?
3. Какие основные исследования Вы считаете необходимыми для уточнения диагноза и дифференциальной диагностики?
4. Какие дополнительные исследования Вы должны выполнить для подготовки больной к операции и уточнения распространенности опухолевого процесса?
5. Какие рентгенологические признаки позволят Вам думать об опухолевом поражении толстой кишки?
6. Каковы, по Вашему мнению, основные принципы предоперационной подготовки больной?
7. Во время операции больной установлено, что опухоль занимает более полуокружности слепой кишки, прорастает всю толщу ее стенки. Имеются метастазы в ближайших лимфоузлах. К какой стадии по системе TNM Вы отнесете заболевание?
8. Какую операцию Вы выполните больной с учетом локализации и стадии опухоли?
9. Перечислите типы радикальных и паллиативных оперативных вмешательств при других локализациях опухоли ободочной кишки.
10. Какие возможны осложнения при этом заболевании? Каким операциям отдается предпочтение при осложненных формах заболевания?
11. На 9 сутки после операции у больной внезапно появились сильные боли в груди, удушье. Она беспокойна, дыхание учащено, кожа бледно-цианотичная. О каком осложнении следует думать? Каковы Ваши действия?

#### Практические навыки:

1. Методы разрешения динамической кишечной непроходимости
2. Тактика хирурга при фитобезоарной механической кишечной непроходимости
3. Методика дезинвагинации кишечника
4. Тактика хирурга при желчнокаменной кишечной непроходимости
5. Методика зондирования желудка при ОКН, характеристика непроходимости по отделяемому
6. Методика проведения энтерографии, водорастворимые контрастные вещества.
12. Методика назоинтестинальной интубации кишечника при ОКН
13. Признаки неразрешающейся кишечной непроходимости
14. Методика лапароскопического адгезиолизиса
15. Определение жизнеспособности кишки в зоне препятствия и определение показаний к ее резекции
16. Границы резекции кишки при некрозе. Исключение из правила.
17. Методики восстановления непрерывности кишечника. Анастомозы
18. Послеоперационное ведение пациентов с ОКН.

### **Тема 24: Хирургическое лечение кишечной непроходимости. Лапароскопическое рассечение спаек.**

#### Собеседование по контрольным вопросам:

1. Методы разрешения динамической кишечной непроходимости
2. Фитобезоарная кишечная непроходимость
3. Инвагинационная кишечная непроходимость
4. Желчнокаменная кишечная непроходимость
5. Странгуляционная кишечная непроходимость

6. Высокая тонкокишечная непроходимость
7. Методы диагностики кишечной непроходимости
8. УЗИ картина кишечной непроходимости
9. Методика назоинтестинальной интубации кишечника при ОКН
10. Признаки неразрешающейся кишечной непроходимости
11. Методика лапароскопического адгезиолизиса
12. Определение жизнеспособности кишки в зоне препятствия и определение показаний к ее резекции
13. Границы резекции кишки при некрозе. Исключение из правила.
14. Методики восстановления непрерывности кишечника. Анастомозы
15. Послеоперационное ведение пациентов с ОКН.

### Ситуационные задачи

**Задача №1.** Больной 65 лет поступил на 2-й день заболевания с жалобами на умеренные боли внизу живота схваткообразного характера, иррадиирующие в крестец, вздутие живота, задержку стула и газов. Заболевание началось постепенно. Больной страдает запорами, отмечает, что состояния, напоминающие настоящее, были несколько раз и разрешались дома после очистительной клизмы.

Общее состояние больного удовлетворительное температура нормальная, пульс 72 в минуту, язык обложен, влажный. Живот «перекошенный» — резко вздута правая половина, при пальпации мягкий, безболезненный, справа пальпируется большое образование плотноэластической консистенции, перистальтика над ним не прослушивается. Определяется «шум плеска», при перкуссии—высокий тимпанит. При ректальном исследовании: ампула прямой кишки пуста, сфинктер зияет.

*Задание.*

1. *Диагноз?*
2. *Дифференциальная диагностика.*
3. *Классификация представленной патологии.*
4. *Возможные причины данного страдания?*
5. *Современные методы консервативной терапии и оперативного лечения?*

**Задача №2.** Пациентка Ф., 55 лет, доставлена бригадой СМП в хирургическое отделение с жалобами на тошноту, многократную рвоту. Боли в животе схваткообразного характера. Больна в течение суток.

В анамнезе: периодические боли в правом верхнем этаже живота, за мед.помощью не обращалась. При осмотре состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные. Язык сухой. Пульс 92 уд/мин, ритмичный. АД 90/70 мм рт. ст. Живот вздут, при пальпации болезненный во всех отделах. Шумы кишечной перистальтики усилены. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. На обзорной рентгенограмме брюшной полости тонкокишечные чаши Клойбера.

1. Рентгенологические признаки тонкокишечной непроходимости в отличии толстокишечной?
2. Клиника желчнокаменной непроходимости?
3. Рентгенологические признаки желчнокаменной непроходимости?
4. Какова ваша тактика при установлении желчнокаменной непроходимости?
5. Какая кишечная непроходимость имеет схожую клиническую картину с желчнокаменной кишечной непроходимостью и тактика хирурга.

**Задача №3.** Пациент Т., 65 лет, поступил на 2-й день заболевания с жалобами на умеренные боли внизу живота схваткообразного характера, иррадиирующие в крестец, вздутие живота, задержку стула и газов. Заболевание началось постепенно. Страдает запорами, отмечает, что состояния, напоминающие настоящее, были несколько раз и разрешались дома после



очистительной клизмы. Общее состояние удовлетворительное, температура нормальная, пульс 72 в минуту, язык обложен, влажный. Живот «перекошенный» — резко вздута правая половина, при пальпации мягкий, безболезненный, справа пальпируется большое образование плотноэластической консистенции, перистальтика над ним не прослушивается. Определяется «шум плеска», при перкуссии—высокий тимпанит. При ректальном исследовании: ампула прямой кишки пуста, сфинктер зияет. При попытке поставить сифонную клизму — жидкость, после введения ее в количестве 300 мл, изливается обратно.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. В каком положении (кроме как стоя) производят обзорную рентгенографию брюшной полости у тяжёлых пациентов.
3. Предрасполагающие факторы развития и приводящие причины заворота кишечника?
4. Нарушение питания стенки кишки при завороте в зависимости от угла ротации?
5. Рентгенологические признаки при завороте толстой кишки?
6. Показания для проведения колоноскопии, характерный симптом заворота сигмовидной кишки?
7. Показания консервативных мероприятий при завороте (сифонная клизма, лечебная колоноскопия).

**Задача №4.** Пациент В., 52 г., поступил в хирургическое отделение с жалобами на боли в животе схваткообразного характера, рвоты. В анамнезе: оперирован 2 года назад по поводу перфоративной язвы 12-перстной кишки. Газы отходят плохо. При осмотре состояние средней степени тяжести. Язык суховат. Пульс 88 уд/мин, ритмичный. АД 130/80 мм рт. ст. Живот равномерно умеренно вздут, при пальпации болезненный во всех отделах; определяется «шум плеска»; шумы кишечной перистальтики вялые, единичные. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. На обзорной рентгенограмме брюшной полости определяются горизонтальные тонкокишечные уровни.

1. Показания для проведения консервативной терапии и его длительность?
2. Признаки неразрешающейся острой тонкокишечной непроходимости?
3. Сроки оперативного вмешательства при странгуляционной форме кишечной непроходимости?
4. Запущенная стадия ОКН - это: (показатели, сроки и т.д.). Сроки предоперационной подготовки?

**Задача №5.** Пожилой больной обратился с жалобами на сильные боли схваткообразного характера в нижних отделах живота, тошноту, рвоту. Заболел около 3 часов назад, когда после подъема большого груза почувствовал острую боль в нижних отделах живота, покрылся холодным потом, появилась тошнота, дважды была рвота. Из анамнеза известно, что в течение 3 лет страдает запорами, иногда в кале была темная кровь и слизь. Последние 4 дня состояние ухудшилось, беспокоила задержка газов и стула.

При объективном осмотре: язык суховат, кожа бледно-розовая. Больной пониженного питания. Пульс – 96 в минуту. Живот умеренно вздут, тимпанит, значительно болезненен и напряжен в нижних отделах, больше слева, слабopоложительны симптомы раздражения брюшины в нижних отделах. На рентгенограмме видно раздутые петли тонкого кишечника с широкими уровнями жидкости.

1. Предположительный диагноз?
2. Какие симптомы характерны для механической кишечной непроходимости?
3. Укажите рентгенологический симптом?
4. Какое осложнение произошло при резкой физической нагрузке?
5. Назовите хирургическую тактику?
6. Какие операции выполняются при данной патологии?

**Задача №6.** Больной 44 лет внезапно ощутил острую боль в животе схваткообразного характера, вскоре присоединилась частая рвота. Стула нет, газы не отходят. При осмотре состояние больного средней тяжести, периодически громко кричит, ведет себя беспокойно, часто меняет положение. Температура нормальная, пульс 112 в минуту. Язык влажный. Живот вздут

больше в верхней половине, при пальпации мягкий, умеренно болезненный, симптомов раздражения брюшины нет. В брюшной полости определяется свободная жидкость. Выше и слева от пупка определяется овоидной формы плотноэластическое образование, перистальтические шумы над ним не выслушиваются. При ректальном исследовании патологии не выявлено. Рентгенологически имеются множественные чаши Клойбера, тонкий кишечник вздут.

Задание.

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальная диагностика.
3. Классификация представленной патологии.
4. Тактика лечения?
5. Методы консервативной терапии и оперативного лечения?

**Задача №7.** Больной 65 лет поступил на 2-й день заболевания с жалобами на умеренные боли внизу живота схваткообразного характера, иррадиирующие в крестец, вздутие живота, задержку стула и газов. Заболевание началось постепенно. Больной страдает запорами, отмечает, что состояния, напоминающие настоящее, были несколько раз и разрешались дома после очистительной клизмы.

Общее состояние больного удовлетворительное температура нормальная, пульс 72 в минуту, язык обложен, влажный. Живот «перекошенный» — резко вздута правая половина, при пальпации мягкий, безболезненный, справа пальпируется большое образование плотноэластической консистенции, перистальтика над ним не прослушивается. Определяется «шум плеска», при перкуссии—высокий тимпанит. При ректальном исследовании: ампула прямой кишки пуста, сфинктер зияет. При попытке поставить сифонную клизму — жидкость, после введения ее в количестве 300 мл, изливается обратно.

Задание.

1. Диагноз?
2. Дифференциальная диагностика.
3. Классификация представленной патологии.
4. Возможные причины данного страдания?
5. Современные методы консервативной терапии и оперативного лечения?

**Задача №8.** В хирургическое отделение скорой помощью доставлена больная К., 56 лет, с направительным диагнозом: “Острый панкреатит? Перитонит?” Предъявляет жалобы на боли в животе, больше в левой половине, тошноту, повторную рвоту, задержку стула и газов. Давность заболевания - около суток.

Из анамнеза выяснилось, что последние 6-7 мес. у больной периодически возникали схваткообразные боли в животе, сопровождающиеся вздутием его, запорами с последующим обильным зловонным стулом. Пользовалась слабительными, клизмами. Отмечает снижение аппетита, похудание за этот период на 10-12 кг. Ранее оперирована по поводу острого аппендицита (10 лет назад) и миомы матки (4 года назад), Лечится периодически у терапевта по поводу ИБС, гипертонической болезни.

При осмотре - состояние больной тяжелое. Кожные покровы бледные, периферические лимфоузлы не увеличены. Имеется варикозное расширение вен нижних конечностей без трофических нарушений. Температура тела - 36,8°C. Пульс - 110 в мин., ритмичный. АД - 110/70 мм рт.ст. (рабочее - 160/90). Тоны сердца приглушены, ритмичные. В легких ослабленное дыхание. Язык сухой, обложен серым налетом. Живот равномерно вздут, при пальпации умеренно напряжен и болезнен в левой половине. Печень и селезенка не пальпируются. Симптомы раздражения брюшины не выражены. Аускультативно-перистальтические шумы кишечника не прослушиваются. Стула не было 4 дня, газы не отходят. При пальцевом ректальном исследовании патологических образований в прямой кишке не выявлено, определяется положительный симптом Обуховской больницы.

ОАК: Эр. - 3,6 Т/л, Нв. - 110 г/л, Л. - 14,1 Г/л, п. - 12, с. - 64, э. - 2, л. - 20, м. - 2, СОЭ - 54 мм/ч.

ОАМ: уд.вес -1017, белок - 0,15г/л, эр. - 1-2 в п/зр., л.-8-12, бактерии - ++.

Глюкоза крови: 6,1 ммоль/л

ЭКГ: синусовый ритм 108 в мин., отклонение эл. оси влево, признаки гипертрофии левого желудочка с перегрузкой.

Обзорная рентгенография брюшной полости: в боковых отделах живота определяются чаши Клойбера в небольшом количестве, умеренная пневматизация кишечника.

#### Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз (основной, осложнения, сопутствующий)?
2. Какие дополнительные исследования могут уточнить диагноз?
3. С какими заболеваниями Вы провели дифференциальную диагностику?
4. Какую тактику лечения больной Вы выбрали?
5. Охарактеризуйте понятия “экстренная”, “срочная”, и “плановая” операции при данной патологии.
6. При принятии решения в пользу оперативного вмешательства определите цели, объем и характер предоперационной подготовки.
7. Во время операции обнаружена опухоль в ректо-сигмоидном отделе, обтурирующая в просвет кишки, не прорастающая в соседние органы. Метастазов опухоли при ревизии брюшной полости не выявлено. Какую операцию Вы считаете наиболее целесообразной выполнить в данной ситуации?
8. Охарактеризуйте основные принципы лечения больной в послеоперационном периоде.
9. На 7-е сутки после операции у больной возникли боли в области икроножных мышц левой голени, появилась небольшая отечность в области лодыжек и стопы. О каком послеоперационном осложнении можно думать и какова лечебная тактика?
10. Назовите другие возможные осложнения у больной в послеоперационном периоде.

**Задача №9.** Больной Б., 42 лет, доставлен в хирургическое отделение с направительным диагнозом врача скорой помощи: “Острый аппендицит?”

Предъявляет жалобы на боли в животе, повторную рвоту. Заболел около 12 ч. назад, когда после приема большого количества винегрета возникли резкие боли в правой подвздошной области. Боли носят схваткообразный характер, была повторная рвота. Больной страдает запорами, принимает периодически слабительные средства. Ранее подобных болевых приступов не было.

В анамнезе операции по поводу калькулезного холецистита (2 года назад) и паховой грыжи (8 лет назад). Находится под наблюдением кардиолога поликлиники по поводу митрального порока сердца.

При поступлении в стационар состояние больного средней тяжести. Кожа и видимые слизистые оболочки бледные, температура тела 36,5°C. Пульс 110 в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД-110/60 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены, определяется диастолический шум над верхушкой. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот умеренно вздут, мягкий. При пальпации живота в правой подвздошной области определяется болезненное, мягко эластической консистенции, опухолевидное образование овальной формы. Печень и селезенка не пальпируются, печеночная тупость сохранена. При аускультации - перистальтика кишечника несколько усилена. Стула не было 2 дня, дизурических расстройств нет. При пальцевом ректальном исследовании ампула прямой кишки расширена, в просвете ее отмечается кровянистое, со слизью, содержимое.

Общий анализ крови: Эр.-4,4 Т/л, Нв.-148 г/л, Л.-14,2 Г/л, п.-14, с.-62, э. - 1, л.-20, м.-4,

Общий анализ мочи: уд.вес -1019 г/л, белок 0,1 г/л, сахар и ацетон не определяются

Глюкоза крови: 5,8 ммоль/л

При обзорной рентгенографии брюшной полости определяются единичные “чаши Клойбера” в тонком кишечнике.

#### Вопросы:

1. Ваш диагноз при поступлении больного (основной, осложнения, сопутствующий)?
2. Как Вы интерпретируете пальпируемое у больного в животе “опухлевидное образование”?
3. Какие дополнительные исследования могли бы уточнить диагноз?
4. С какими заболеваниями Вы будете дифференцировать имеющуюся патологию?

5. Охарактеризуйте сущность рассматриваемого заболевания, различные формы его.
6. Какую тактику лечения больного Вы выберете?
7. При решении вопроса в пользу консервативной терапии охарактеризуйте ее сущность.
8. При принятии решения об оперативном лечении дайте его обоснование, определите возможные варианты в выборе вида операции.

**Задача №10.** Больной А., 55 лет, поступил с жалобами на схваткообразные боли в животе, в течение последних 6 месяцев отмечает запоры, периодически вздутие живота.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Умеренного питания. В легких без патологии. ЧСС 96 ударов в минуту, АД - 150/90 мм.рт.ст. Язык влажный. Живот неравномерно вздут, при пальпации болезненный в левом подреберье. Симптом Щеткина отрицательный. Печень по краю реберной дуги. При ректальном исследовании - пустая ампула прямой кишки. На обзорной рентгенограмме брюшной полости - пневматоз кишечника, единичный уровень жидкости. Больного оперируют в экстренном порядке. После вскрытия брюшной полости обнаружена опухоль селезеночного угла толстой кишки, не прорастающая в соседние органы, подвижна, видимых метастазов нет. Приводящая кишка забита каловыми массами.

1. Какую операцию следует выполнить?
2. Какая клиническая форма рака ободочной кишки имела место в данном случае?

**Задача №11.** Больной Ц., 50 лет, 3 месяца назад обнаружил примесь крови в кале, до этого в течение года беспокоили запоры, боли в левой подвздошной области.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Умеренного питания. В легких без патологии. ЧСС 76 ударов в минуту, АД - 140/90 мм.рт.ст. Язык влажный. Живот не вздут, при пальпации болезненный в левой подвздошной области, где пальпируется плотная опухоль 5 см. в диаметре. Печень по краю реберной дуги. При ректальном исследовании патологии не выявлено. При фиброколоноскопии на 25 см от ануса чашеобразная опухоль протяженностью 4 см. Гистология - умереннодифференцированная аденокарцинома толстой кишки. При ирригоскопии в средней трети сигмовидной кишки дефект наполнения протяженностью 5 см. При УЗИ брюшной полости, ФЛГ и лапароскопии данных за метастазы не получено.

После нижнесрединной лапаротомии выявлена опухоль средней трети сигмовидной кишки, прорастающая серозную оболочку, в левой доле печени по диафрагмальной поверхности обнаружено 2 метастатических узла по 1,5 см в диаметре.

1. Диагноз, стадия?
1. Какую операцию следует выполнить?

#### Практические навыки:

1. Методы разрешения динамической кишечной непроходимости
2. Тактика хирурга при фитобезоарной механической кишечной непроходимости
3. Методика дезинвагинации кишечника
4. Тактика хирурга при желчнокаменной кишечной непроходимости
5. Методы диагностики срангуляционной кишечной непроходимости
6. Признаки высокой тонкокишечной непроходимости
7. Методика зондирования желудка при ОКН, характеристика непроходимости по отделяемому
8. Рентгенологические признаки кишечной непроходимости
9. Методика проведения энтерографии, водорастворимые контрастные вещества.
10. УЗИ картина кишечной непроходимости
11. Методика назоинтестинальной интубации кишечника при ОКН
12. Признаки неразрешающейся кишечной непроходимости
13. Методика лапароскопического адгезиолизиса

14. Определение жизнеспособности кишки в зоне препятствия и определение показаний к ее резекции
15. Границы резекции кишки при некрозе. Исключение из правила.
16. Методики восстановления непрерывности кишечника. Анастомозы
17. Послеоперационное ведение пациентов с ОКН.

### **Тема 25: Острый холецистит. Диагностика. Классификация. Дифференциальная диагностика.**

#### Собеседование по контрольным вопросам:

1. Анатомия и физиология печени и внепеченочных желчных путей.
2. Методы исследования при заболеваниях печени и внепеченочных желчных путей.
3. Основная причина возникновения острого холецистита
4. УЗИ признаки острого холецистита
5. Какой симптом имеет высокую специфичность и чувствительность для диагностики острого холецистита
6. Методы исследования для выявления желчной гипертензии
7. Дифференциальный диагноз при подозрении на острый холецистит
8. Показания к холецистэктомии из минилапаротомного доступа
9. Чрескожная чреспеченочная холецистостомия
10. Антибиотикопрофилактика при остром холецистите
11. Острый холецистит: патогенез.
12. Острый холецистит: патанатомия, классификация.
13. Острый холецистит: клиника, диагностика.
14. Острый холецистит: лечение.
15. Острый холецистит: лечебная тактика.
16. Осложнения холецистита.

#### Практические навыки:

1. Симптомы характерные для острого холецистита
2. УЗИ картина острого холецистита
3. УЗИ картина острого деструктивного холецистита
4. Ультразвуковой симптом Мэрфи в диагностике острого холецистита
5. МР – холангиопанкреатография в диагностике холедохолитиаза
6. Ретроградная холангиопанкреатография техника выполнения
7. Интраоперационная холангиография, техника выполнения
8. Интраоперационное ультразвуковое исследование.
9. Интраоперационная холедохоскопия, техника, показания
10. Техника выполнения фистулографии при наружном дренировании желчных протоков

### **Тема 26: Осложнения острого холецистита. Тактика хирурга при остром холецистите у лиц пожилого и старческого возраста.**

#### Собеседование по контрольным вопросам:

1. Хронический холецистит: клиника диагностика, дифференциальная диагностика.
2. Лечение хронического холецистита.
3. Острый холангит: определение, клиника, диагностика.
4. Минилапаротомная холецистостомия, техника выполнения

#### Практические навыки:

1. Оперативная техника холецистостомии
2. Методы дренирования холедоха
3. Инструменты для холецистэктомии из минидоступа
4. Чрескожная чреспеченочная холецистостомия
5. Эндоскопический назо-билиарный дренаж и стентирование гепатикохоледоха
6. Минилапаротомная холецистостомия, техника выполнения

### **Тема 27: Выбор метода оперативного вмешательства при остром холецистите. Опасности и осложнения во время операции. Осложнения послеоперационного периода.**

#### Собеседование по контрольным вопросам:

1. Методы исследования при заболеваниях печени и внепеченочных желчных путей.
2. УЗИ признаки острого деструктивного холецистита
3. Методы исследования для выявления желчной гипертензии
4. Показания к холецистэктомии из минилапаротомного доступа
5. Чрескожная чреспеченочная холецистостомия
6. Острый холецистит: лечебная тактика.
7. Осложнения холецистита.
8. Острый холангит: определение, клиника, диагностика.
9. Минилапаротомная холецистостомия, техника выполнения
10. Острый холангит: определение, клиника, диагностика.
11. Холедохолитиаз, папиллолитиаз: клиника, диагностика.
12. Обтурационный холедохолитиаз: лечебная тактика.

#### Ситуационные задачи

**Задача №1.** Больная Ж., 45 лет поступила через 5 суток от начала приступа болей в правом подреберье, тошноту, повышение температуры тела до 38\*, озноб.

При объективном исследовании : повышенного питания, язык сухой. Лимфатические узлы не изменены. Аускультативная картина легких без патологических изменений. Тоны сердца не изменены, шумов нет. При пальпации живота печень выступает из под края реберной дуги на 3 см . Живот болезненный в правом подреберье, где определяется инфильтрат. Перистальтические шумы обычные. Симптомов раздражения брюшины нет. При ректальном исследовании патологии не выявлено. Периферические отеки отсутствуют. Абдоминальная ультрасонография .Общий желчный проток 8 мм в диаметре, в желчном пузыре определяются конкременты, один из которых (диаметром 12 мм) в шейке, и взвесь.

Толщина стенки желчного пузыря 9 мм. Поджелудочная железа и почки в норме. Лейкоциты крови 16 тыс/л.

Сопутствующая патология: гипертоническая болезнь, варикозное расширение вен нижних конечностей.

Вопросы:

1. Ваш диагноз.
2. Необходимые дополнительные методы исследования.
3. Лечебная тактика.
4. Показания и методы профилактики тромбоэмболических осложнений.

**Задача №2.** Больная 38 лет, третий раз за последние два года поступает в клинику с приступами острого холецистита. Последний раз была доставлена с интенсивными болями в правом подреберье. Объективно: кожные покровы и склеры интенсивно желтого цвета с зеленоватым оттенком. Кожный зуд. Общий билирубин -180 мкмоль.литр, прямой - 110 мкмоль.литр. В течение суток состояние не улучшилось, нарастает лейкоцитоз. В правом подреберье пальпируется увеличенный болезненный желчный пузырь, здесь же отмечается напряжение мышц передней брюшной стенки, а также появились признаки раздражения брюшины. На УЗИ обнаружены камни в желчном пузыре, холедох исследовать не удастся из-за вздутия кишечника (парез кишечника). Решено больную оперировать.

Вопрос.

1. *Сформулируйте полный диагноз.*
2. *Какая операция должна быть выполнена в данной ситуации?*
3. *Что такое интероперационная холангиография?*
4. *Какая патология желчных протоков может привести к нарушению оттока желчи и как это может повлиять на объем операции?*

**Задача №3.** У больного 56 лет, в течение 5 лет страдающего приступообразными болями в правом подреберье, очередной приступ более сопровождался рвотой, повышением температуры до 38,5°C, напряжением мышц в правом подреберье, небольшой иктеричностью склер. Положительный симптом Щеткина—Блюмберга в правом подреберье. Проводимые консервативные мероприятия не дают в течение 1 суток каких-либо положительных результатов. Лейкоцитоз крови колеблется от 15,0-10<sup>3</sup> до 18,0-10<sup>3</sup> в 1мкл.

Задание.

1. Ваш диагноз?
2. Тактика лечения?
3. Дополнительные методы исследования в первые сутки с момента госпитализации?
4. План обследования?
5. Современные методы лечения.

**Задача №4.** Пациентка С., 78 лет, поступила в клинику на 3-й день заболевания, когда появились умеренные боли в правом подреберье, однократная рвота. Температура тела нормальная. Ранее подобных приступов не было. Состояние средней тяжести. Частота сердечных сокращений 78 в минуту. Живот при пальпации мягкий, незначительная болезненность при глубокой пальпации в правом подреберье, напряжение мышц не определяется. Количество лейкоцитов крови — 7x10<sup>9</sup> /л. При УЗИ – желчный пузырь размерами 10X5 см, толщина стенки 6 мм конкременты в полости пузыря.

Учитывая не выраженную клинику, хирург не предпринял активную тактику, назначено консервативное лечение. Однако через 12 часов после осмотра старшего коллеги пациентка оперирована. Диагноз послеоперационный - гангренозный холецистит.

1. Какие ошибки допустил хирург?
2. Ультразвуковая диагностика острого холецистита.
3. Основная причина возникновения острого воспаления в желчном пузыре.
4. Кроме острого холецистита утолщение стенки желчного пузыря при какой патологии может быть?
5. Особенности течения острого холецистита у пожилых пациентов?

**Задача №5.** У больного 56 лет, в течение 5 лет страдающего приступообразными болями в правом подреберье, очередной приступ болей сопровождался рвотой, повышением температуры до 38,5°C, напряжением мышц в правом подреберье, небольшой иктеричностью склер. Положительный симптом Щеткина—Блюмберга в правом подреберье. Проводимые консервативные мероприятия не дают в течение 1 суток каких-либо положительных результатов. Лейкоцитоз крови колеблется от  $15,0 \cdot 10^3$  до  $18,0 \cdot 10^3$  в 1мкл.

Задание.

1. Ваш диагноз?
2. Тактика лечения?
3. Дополнительные методы исследования в первые сутки с момента госпитализации?
4. План обследования?
5. Современные методы лечения.

**Задача №6.** Больная 38 лет, третий раз за последние два года поступает в клинику с приступами острого холецистита. Последний раз была доставлена с интенсивными болями в правом подреберье. Объективно: кожные покровы и склеры интенсивно желтого цвета с зеленоватым оттенком. Кожный зуд. Общий билирубин -180 мкмоль/литр, прямой - 110 мкмоль/л. В течение суток состояние не улучшилось, нарастает лейкоцитоз. В правом подреберье пальпируется увеличенный болезненный желчный пузырь, здесь же отмечается напряжение мышц передней брюшной стенки, а также появились признаки раздражения брюшины. На УЗИ обнаружены камни в желчном пузыре, холедох исследовать не удается из-за вздутия кишечника (парез кишечника). Решено больную оперировать.

Вопрос.

1. *Сформулируйте полный диагноз.*
2. *Какая операция должна быть выполнена в данной ситуации?*
3. *Что такое интероперационная холангиография?*
4. *Какая патология желчных протоков может привести к нарушению оттока желчи и как это может повлиять на объем операции?*

**Задача №7.** Больная Ж., 45 лет поступила через 5 суток от начала приступа болей в правом подреберье, тошноту, повышение температуры тела до 38<sup>0</sup>, озноб.

При объективном исследовании: повышенного питания, язык сухой. Лимфатические узлы не изменены. Аускультативная картина легких без патологических изменений. Тоны сердца не изменены, шумов нет. При пальпации живота печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см. Живот болезненный в правом подреберье, где определяется инфильтрат. Перистальтические шумы обычные. Симптомов раздражения брюшины нет. При ректальном исследовании патологии не выявлено. Периферические отеки отсутствуют. Абдоминальная ультрасонография. Общий желчный проток 8 мм в диаметре, в желчном пузыре определяются конкременты, один из которых (диаметром 12 мм) в шейке, и взвесь.

Толщина стенки желчного пузыря 9 мм. Поджелудочная железа и почки в норме. Лейкоциты крови 16 тыс/л.

Сопутствующая патология: гипертоническая болезнь, варикозное расширение вен нижних конечностей.

*Вопросы:*

1. *Ваш диагноз.*
2. *Необходимые дополнительные методы исследования.*
3. *Лечебная тактика.*
4. *Показания и методы профилактики тромбоэмболических осложнений.*

**Задача №8.** Пациентка М., 50 лет, поступила в клинику на третий день заболевания с жалобами на боли в правом подреберье, тошноту, рвоту, повышение температуры тела до 38<sup>0</sup>С, желтушность кожных покровов и склер. Состояние средней тяжести. Число дыханий 24 в минуту, пульс 90 в минуту. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот пальпаторно мягкий, болезнен в правом



подреберье. Там же определяются положительные симптомы Ортнера, Мерфи. Количество лейкоцитов крови —  $11 \times 10^9/\text{л}$ . Билирубин крови: 82 (общий), 65 (прямой) мкмоль/л.

1. УЗИ признаки деструктивного холецистита.
2. Какие методы исследования информативны для диагностики холедохолитиаза?
3. Интраоперационная фиброхолангиоскопия, показания?

**Задача №9.** Женщина в возрасте 53 лет поступила с жалобами на боли в эпигастрии и правом подреберье, потемнение мочи, кожный зуд, желтушность склер, «белый» кал. За последние 4 мес приступ четвертый. В анамнезе — медработник, донор крови. При объективном исследовании выявляются небольшая иктеричность склер, расчесы на ногах, руках спине, груди. Лимфатические узлы не изменены. Аускультативная картина легких без патологических изменений. Тоны сердца не изменены, шумов нет. При пальпации живота печень не выступает из под края реберной дуги. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии и правом подреберье. Перитонеальных симптомов нет. При ректальном исследовании патологии не выявлено. Периферические отеки отсутствуют. Данные лабораторного обследования больной: общий белок — 85 г/л, альбумин 37 г/л, АсАт — 212 МЕ/л, АлАт — 184 МЕ/л, ЛДГ — 199 МЕ/л, щелочная фосфатаза — 833 МЕ/л, общий билирубин 38 мг/л, холестерин — 2,6 г/л, лейкоциты крови —  $3,2 \cdot 10^{10}$ , гемоглобин 121 г/л, гематокрит 35,2%, тромбоциты 128. Абдоминальная ультрасонография. Общий желчный проток 8 мм в диаметре, в желчном пузыре определяются конкременты. Поджелудочная железа и почки в норме. Сопутствующая патология: ИБС, постинфарктный кардиосклероз, гипертоническая болезнь, варикозное расширение вен.

1. Ваш диагноз.
2. Необходимые дополнительные методы исследования.
3. Лечебная тактика.
4. Необходимый объем консервативной терапии.
5. Оперативное лечение.

**Задача №10.** Больной Н., 52 лет, поступил с жалобами на желтушность кожных покровов, потемнение мочи, светлый кал. 3 месяца назад перенес приступ болей в эпигастрии, после чего появилась желтушность склер. Лечился в стационаре, желтуха была купирована. Две недели назад без болевого приступа вновь появилась желтуха. В весе за время болезни потерял 8 кг. Злоупотребляет алкоголем. При осмотре иктеричность кожи и слизистых, правая доля печени несколько увеличена, пальпируется увеличенный безболезненный желчный пузырь. Лабораторные методы исследования: билирубин общий — 88 мкмоль/л, билирубин прямой 56 мкмоль/л, билирубин непрямой — 32 мкмоль/л, протромбиновый индекс 73 %, альбумин сыворотки — 32 г/л, амилаза крови 48 мг/кх/ч.

При УЗИ печень однородна, край +3 см из-под реберной дуги, внутривенный протоки расширены, холедох расширен до 12 мм. В головке поджелудочной железы определяется образование пониженной плотности диаметром 33 мм. При попытке РХПГ холедох и вирсунгов проток не контрастированы.

Вопросы:

1. Ваш диагноз.
2. Необходимые дополнительные методы исследования.
3. Лечебная тактика.
4. Необходимый объем консервативной терапии.
5. Оперативное лечение.

**Задача №12.** У больного 56 лет, в течение 5 лет страдающего приступообразными болями в правом подреберье, очередной приступ болей сопровождался рвотой, повышением температуры до  $38,5^\circ\text{C}$ , напряжением мышц в правом подреберье, небольшой иктеричностью склер. Положительный симптом Щеткина—Блюмберга в правом подреберье. Проводимые консервативные мероприятия не дают в течение 1 суток каких-либо положительных результатов. Лейкоцитоз крови колеблется от  $15,0 \cdot 10^3$  до  $18,0 \cdot 10^3$  в 1 мкл.

Задание.

5. Ваш диагноз?
6. Тактика лечения?

7. Дополнительные методы исследования в первые сутки с момента госпитализации?
8. План обследования?
9. Современные методы лечения.

**Задача №13.** Больная Ж., 45 лет поступила через 5 суток от начала приступа болей в правом подреберье, тошноту, повышение температуры тела до  $38^{\circ}$ , озноб.

При объективном исследовании: повышенного питания, язык сухой. Лимфатические узлы не изменены. Аускультативная картина легких без патологических изменений. Тоны сердца не изменены, шумов нет. При пальпации живота печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см. Живот болезненный в правом подреберье, где определяется инфильтрат. Перистальтические шумы обычные. Симптомов раздражения брюшины нет. При ректальном исследовании патологии не выявлено. Периферические отеки отсутствуют. Абдоминальная ультрасонография. Общий желчный проток 8 мм в диаметре, в желчном пузыре определяются конкременты, один из которых (диаметром 12 мм) в шейке, и взвесь.

Толщина стенки желчного пузыря 9 мм. Поджелудочная железа и почки в норме. Лейкоциты крови 16 тыс./л.

Сопутствующая патология: гипертоническая болезнь, варикозное расширение вен нижних конечностей.

Вопросы:

1. Ваш диагноз.
2. Необходимые дополнительные методы исследования.
3. Лечебная тактика.
4. Показания и методы профилактики тромбоэмболических осложнений.

**Задача №14.** Больной А., 56 лет поступил в клинику с жалобами на нестерпимый зуд кожи, ноющие боли в правом подреберье и эпигастральной области, слабость, упадок сил, отсутствие аппетита, наличие желтухи, которая появилась 1,5 месяца назад и интенсивно нарастает. Приступов сильных болей никогда не отмечал.

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

1. Какой предварительный диагноз можно поставить?
2. Какие методы лабораторной и инструментальной диагностики помогут установить окончательный диагноз?
3. Каким образом можно помочь больному?

**Задача №15.** Пациентка М., 50 лет, поступила в клинику на третий день заболевания с жалобами на боли в правом подреберье, тошноту, рвоту, повышение температуры тела до  $38^{\circ}\text{C}$ , желтушность кожных покровов и склер. Состояние средней тяжести. Число дыханий 24 в минуту, пульс 90 в минуту. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот пальпаторно мягкий, болезнен в правом подреберье. Там же определяются положительные симптомы Ортнера, Мерфи. Количество лейкоцитов крови —  $11 \times 10^9/\text{л}$ . Билирубин крови: 82 (общий), 65 (прямой) мкм/л.

1. Какой симптом высоко чувствителен при диагностике острого холецистита?
2. УЗИ признаки деструктивного холецистита.
3. Какие методы исследования информативны для диагностики холедохолитиаза?
4. Из всех визуализирующих методов какой метод более информативен для диагностики патологий желчного пузыря?

**Задача №16.** Пациентка В., 48 лет, поступила в клинику на 3-й день заболевания с жалобами на боли в правом подреберье, тошноту, повторную рвоту желчью, повышение температуры тела до  $38^{\circ}\text{C}$ . Состояние больной средней тяжести. Число дыханий 24 в минуту, пульс 90 в минуту. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот напряжен и резко болезнен в правом подреберье. Положительные симптомы Ортнера, Мерфи, Мюсси. При УЗИ в желчном пузыре мелкие конкременты, холедох в диаметре 13 мм. Количество лейкоцитов крови —  $16 \times 10^9/\text{л}$ . На фоне

проводимой консервативной терапии болевой синдром уменьшился, появились ознобы, температура тела вновь повысилась до 38,5 °С, стала нарастать желтуха. Билирубин крови — 80 мкм/л.

1. О каком осложнении острого холецистита можно думать?
2. Показатели, позволяющие заподозрить наличие холедохолитиаза?
3. План обследования и лечения пациентки?
4. Сроки выполнения хирургического вмешательства зависят от исходной степени тяжести печёночной недостаточности?
5. При каких цифрах общего билирубина целесообразно проводить хирургические вмешательства?
6. Интраоперационная фиброхолангиоскопия, показания?

#### Практические навыки:

1. УЗИ картина острого деструктивного холецистита
2. МР – холангиопанкреатография в диагностике холедохолитиаза
3. Ретроградная холангиопанкреатография техника выполнения
4. Интраоперационная холангиография, техника выполнения
5. Интраоперационное ультразвуковое исследование.
6. Интраоперационная холедохоскопия, техника, показания
7. Техника выполнения фистулографии при наружном дренировании желчных протоков
8. Оперативная техника холедохостомии
9. Методы дренирования холедоха
10. Инструменты для холецистэктомии из минидоступа
11. Чрескожная чреспеченочная холецистостомия
12. Эндоскопический назо-билиарный дренаж и стентирование гепатикохоледоха
13. Тактика хирурга при остром холецистите осложненной механической желтухой
14. Диагностика острого холангита

#### **Тема 28: Принципы подготовки пациентов к хирургическому вмешательству при острой хирургической патологии. Оценка тяжести пациента. Предоперационная подготовка.**

#### Собеседование по контрольным вопросам:

1. Общий анализ крови
2. Коагулограмма
3. Биохимические методы исследования
4. Магнитно-резонансная томография
5. Рентгенологическое исследование тонкой и толстой кишки
6. Исследование толстой кишки контрастной клизмой
7. Магнитно-резонансная холангиопанкреатография
8. Фистулография
9. Эндоскопическая холангиопанкреатография
10. Гастроскопия, биопсия
11. Лапароцентез
12. Оценка тяжести состояния пациента
13. Амилаза крови, калий и хлориды сыворотки

14. Общий белок крови, билирубин, креатинин
15. Принципы предоперационной подготовки пациентов
16. Критерии подготовки пациентов с острой хирургической патологией брюшной полости

#### Практические навыки

1. Особенности подготовки пациентов к экстренной операции
2. Консультации специалистов при сопутствующей патологии
3. Обследование пациентов в зависимости от острой хирургической патологии
4. Оценка состояния тяжести пациентов по шкалам тяжести
5. Прогнозирование летальности у тяжелых пациентов
6. Признаки кишечной недостаточности у хирургических пациентов
7. Признаки печеночной и почечной недостаточности пациентов

### **Тема 29: Ущемленная грыжа. Механизм ущемления. Дифференциальная диагностика. Невправимая грыжа.**

#### Собеседование по контрольным вопросам:

1. Формы ущемления грыж
2. Транспортировка пациентов в стационар
3. Применение обезболивающих препаратов, ванн, местного тепла или холода при ущемленной грыже
4. Осторожное вправление грыжи
5. Правило осмотра живота у пациентов с жалобами на боли в животе
6. Диф. диагностика ущемленных грыж
7. Невправимая грыжа, диагностика

#### Практические навыки:

1. Критерии для определения формы ущемления
2. В каких случаях можно осторожно вправить грыжу
3. Правило осмотра живота у пациентов с жалобами на боли в животе
4. Симптомы у пациентов с ущемленной грыжей, осложненной кишечной непроходимостью
5. Особенности диф. диагностики ущемленной грыжи
6. Диагностика невправимой грыжи, диф. диагностика

### **Тема 30: Классификация ущемлений. Клиническая картина. Осложнения.**

#### Собеседование по контрольным вопросам:

1. Классификация ущемлений
2. Клиническая картина ущемленной грыжи
3. Осложнения ущемленной грыжи, диагностика
4. Симптомы у пациентов с ущемленной грыжей, осложненной кишечной непроходимостью
5. Диагностика флегмоны грыжевого мешка
6. Сроки оперативного лечения пациентов с ущемленной грыжей после поступления в стационар

## **Тема 31: Тактика хирурга при ущемленной грыже. Ошибки. Принципы оперативного лечения.**

### Собеседование по контрольным вопросам:

1. Формы ущемления грыж
2. Осторожное вправление грыжи, показания
3. Предоперационная подготовка пациентов при неосложненной ущемленной грыже
4. Предоперационная подготовка пациентов при осложненной ущемленной грыже
5. Тактика при вправлении ущемленной грыжи
6. Самопроизвольное вправление содержимого грыжи в процессе выполнения операции
7. Ошибки хирурга при оперативных вмешательствах при ущемленной грыже
8. Принципы оперативного лечения ущемленной грыжи

### Ситуационные задачи

**Задача №1.** Больная оперирована по поводу ущемленной правосторонней бедренной грыжи. Во время операции хирурги с целью ликвидации ущемляющего кольца рассекли рубцово-измененные ткани снаружи от грыжевого мешка, что привело к обильному кровотечению, которое удалось остановить. В процессе осуществления гемостаза ущемленная петля кишки соскользнула в брюшную полость. Операция закончена пластикой бедренного канала по Бассини.

1. *В чем состояли технические и тактические ошибки хирурга?*
2. *Перечислите признаки жизнеспособности кишки.*

**Задача №2.** Больной 60 лет, оперируется по поводу ущемленной паховой грыжи. При ревизии содержимого грыжевого мешка, обнаружена петля тонкой кишки багрово-черного цвета, перистальтика отсутствует. Из грыжевого мешка выделилась грыжевая жидкость геморрагического характера.

1. Какое осложнение ущемленной грыжи имеется в данном случае ?
2. Как вы продолжите операцию?

**Задача №3.** Больной К., 45 лет, поступил в клинику с жалобами на резкие боли в правой паховой области, появившиеся после поднятия тяжести. С момента появления боли прошло 3 часа. При осмотре: состояние удовлетворительное, живот не вздут, мягкий, умеренно болезненный в правой подвздошно-паховой области, симптомов раздражения брюшины нет. В правой паховой области имеется резко болезненное опухолевидное образование плотно-эластической консистенции, размером 5х6х4 см, невправимое в брюшную полость. Кожа над ним не изменена. Из анамнеза: в течение двух лет отмечал периодическое появление в правом паху данного образования, но оно самостоятельно исчезало.

1. Сформулируйте полный клинический диагноз.
2. С какими заболеваниями проводится дифференциальный диагноз?
3. Какова хирургическая тактика при этом заболевании?
4. Назовите особенности хирургического вмешательства при данной патологии.

Во время проведения хирургической операции у этого больного оказалось, что в рану предлежат две петли тонкой кишки обычного цвета, с блестящей серозной оболочкой, перистальтирующие, сосуды брыжейки пульсируют.

5. Какой вариант патологии имеется у больного?
6. Какова дальнейшая интраоперационная тактика?
7. Современные методы хирургического лечения.

8. Назовите меры первичной и вторичной профилактики данной патологии.

**Задача №4.** Больной К., 45 лет, поступил в клинику с жалобами на резкие боли в правой паховой области, появившиеся после поднятия тяжести. С момента появления боли прошло 3 часа. При осмотре: состояние удовлетворительное, живот не вздут, мягкий, умеренно болезненный в правой подвздошно-паховой области, симптомов раздражения брюшины нет. В правой паховой области имеется резко болезненное опухолевидное образование плотно-эластической консистенции, размером 5х6х4 см, невправимое в брюшную полость. Кожа над ним не изменена. Из анамнеза: в течение двух лет отмечал периодическое появление в правом паху данного образования, но оно самостоятельно исчезало.

1. *Сформулируйте полный клинический диагноз.*
2. *С какими заболеваниями проводится дифференциальный диагноз?*
3. *Какова хирургическая тактика при этом заболевании?*
4. *Назовите особенности хирургического вмешательства при данной патологии.*
5. *Назовите меры первичной и вторичной профилактики данной патологии.*

**Задача №5.** Больной К., 45 лет, поступил в клинику с жалобами на резкие боли в правой паховой области, появившиеся после поднятия тяжести. С момента появления боли прошло 3 часа. При осмотре: состояние удовлетворительное, живот не вздут, мягкий, умеренно болезненный в правой подвздошно-паховой области, симптомов раздражения брюшины нет. В правой паховой области имеется резко болезненное опухолевидное образование плотно-эластической консистенции, размером 5х6х4 см, невправимое в брюшную полость. Кожа над ним не изменена. Из анамнеза: в течение двух лет отмечал периодическое появление в правом паху данного образования, но оно самостоятельно исчезало.

1. Сформулируйте полный клинический диагноз.
2. С какими заболеваниями проводится дифференциальный диагноз?
3. Какова хирургическая тактика при этом заболевании?
4. Назовите особенности хирургического вмешательства при данной патологии.

Во время проведения хирургической операции у этого больного оказалось, что в рану подлежат две петли тонкой кишки обычного цвета, с блестящей серозной оболочкой, перистальтирующие, сосуды брыжейки пульсируют.

5. Какой вариант патологии имеется у больного?
6. Какова дальнейшая интраоперационная тактика?
7. Современные методы хирургического лечения.
8. Назовите меры первичной и вторичной профилактики данной патологии.

**Задача №6.** Больной 65 лет, в течении ряда лет при кашле или небольшой физической нагрузке отмечает появление у себя в паховой области мягкого безболезненного образования. Образование самостоятельно исчезает в горизонтальном положении больного или при надавливании на него руками. Сегодня при поднятии тяжести появление образования сопровождалось сильными болями. Вправить образование руками не удалось. При пальпации образование болезненное, плотноэластической консистенции. Через 3 часа с момента появления болей больной доставлен в дежурную больницу. Во время осмотра врача неожиданно образование исчезло.

1. О каком заболевании идет речь в данном случае ?
2. В чем опасность описанной выше ситуации ?
3. Дальнейшие действия дежурного врача ?

**Задача №7.** Больной К., 45 лет, поступил в клинику с жалобами на резкие боли в правой паховой области, появившиеся после поднятия тяжести. С момента появления боли прошло 3 часа. При осмотре: состояние удовлетворительное, живот не вздут, мягкий, умеренно болезненный в правой подвздошно-паховой области, симптомов раздражения брюшины нет. В правой паховой области имеется резко болезненное опухолевидное образование плотно-эластической консистенции, размером 5х6х4 см, невправимое в брюшную полость. Кожа над ним не изменена. Из анамнеза: в течение двух лет отмечал периодическое появление в правом паху данного образования, но оно самостоятельно исчезало.

1. Сформулируйте полный клинический диагноз.
2. С какими заболеваниями проводится дифференциальный диагноз?
3. Какова хирургическая тактика при этом заболевании?
4. Назовите особенности хирургического вмешательства при данной патологии.

Во время проведения хирургической операции у этого больного оказалось, что в рану предлежат две петли тонкой кишки обычного цвета, с блестящей серозной оболочкой, перистальтирующие, сосуды брыжейки пульсируют.

5. Какой вариант патологии имеется у больного?
6. Какова дальнейшая интраоперационная тактика?
7. Современные методы хирургического лечения.
8. Назовите меры первичной и вторичной профилактики данной патологии.

**Задача №8.** Жалобы на наличие выпячивания на передней поверхности брюшной стенки, периодические боли в области его.

Из анамнеза: три года назад оперирована по поводу гангренозно-перфоративного холецистита, желчного перитонита. Через 2 месяца после операции отметила появление опухолевидного образования в области послеоперационного рубца. Постепенно образование увеличилось в размерах, появились боли.

Сопутствующие заболевания: ИБС: стенокардия напряжения, ФК II; Гипертоническая болезнь II стадии.

При осмотре: состояние удовлетворительное, повышенного питания. Отмечается выраженная асимметрия живота за счет опухолевидного образования размером 20x25x18 см, мягко-эластической консистенции, направленного в брюшную полость, расположенного в области старого послеоперационного рубца.

1. Клинический диагноз.
2. Дифференциальная диагностика.
3. Причины появления данного заболевания.
4. Показания к оперативному лечению.
5. Особенности предоперационной подготовки при данном заболевании.
6. Современные методы хирургического лечения.
7. Ведение послеоперационного периода.

#### Практические навыки:

1. Критерии для определения формы ущемления
2. В каких случаях можно осторожно вправить грыжу
3. Тактика хирурга при флегмоне грыжевого мешка
4. Симптомы у пациентов с ущемленной грыжей, осложненной кишечной непроходимостью
5. Признаки флегмоны грыжевого мешка
6. Предоперационная подготовка пациентов при неосложненной ущемленной грыже
7. Предоперационная подготовка пациентов при осложненной ущемленной грыже
8. Тактика при вправлении ущемленной грыжи
9. Самопроизвольное вправление содержимого грыжи в процессе выполнения операции, тактика хирурга

## **Раздел 2. Хирургические заболевания желудка**

*Коды контролируемых компетенций: ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8.*

### **Тема 1: Болезни оперированного желудка. Симптоматика. Причины. Показания к оперативному лечению**

Собеседование по контрольным вопросам:

1. Поздние осложнения после операций на желудке
2. Показания к операции при язвенной болезни (абсолютные, относительные)
3. Резекция желудка по БильротI
4. Резекция желудка по БильротII
5. Методы исследования при болезнях оперированного желудка
6. Классификация болезней оперированного желудка по Б.В. Петровскому
7. Демпинг-синдром. Патогенез, симптомы.
8. Степени тяжести Демпинг-синдрома
9. Лечение демпинг – синдрома
10. Оперативное лечение демпинг – синдрома
11. Синдром приводящей петли, патогенез, диагностика
12. Причины приводящей петли (механические и функциональные)
13. Профилактика синдрома приводящей петли
14. Степени тяжести синдрома приводящей петли
15. Порочный круг, патогенез, профилактика
16. Пептическая язва анастомоза и тощей кишки, причины
17. Особенности пептических язв
18. Техника резекции желудка по БильротII

### Ситуационные задачи

**Задача №1.** Больной Т., 38 лет, поступил в гастроэнтер. отделение с жалобами на слабость и головокружение после приема пищи. Из анамнеза: 1,5 года назад оперирован по поводу кровоточащей язвы ДПК, произведена резекция желудка по Гофмейстеру-Финстереру. Через 2-3 месяца после операции начали беспокоить приступы слабости, головокружения после приема сладких и молочных блюд, супов. Приступы возникают через 20-30 мин после приема пищи, сопровождаются потливостью и сердцебиением, чувством переполнения желудка. После приема пищи вынужденно принимает горизонт. положение, которое приносит некоторое облегчение. Последние полгода периодически беспокоит диарея, стул жидкий водянистый, до 3-4 раз в сутки, иногда – с примесью непереваренной пищи. Похудел на 10 кг. Объективно: Общее состояние удовл. Обычного питания. Рс 70 в мин. АД 120/70 мм рт ст. Живот не вздут, мягкий, б/б. Определяется красный дермографизм. Через 20 мин после приема внутрь 150 мл 50% раствора глюкозы появилась резкая слабость, потливость. АД снизилось до 100/60 мм ртст, тахикардия до 90 в мин.

1. Сформул. развернутый клин. Д-з с указанием степ. тяж. пострезекц-го с-ма.
2. Классификация пострезекционных синдромов.
3. Патогенез демпинг-синдрома.
4. План обследования больного?
5. Рентгенологические признаки демпинг-синдрома.
6. Тактика ведения больного?
7. Схема консервативного лечения больного.
8. Показано ли больному плановое оперативное лечение?
9. Какие типы операций применяются при демпинг-синдроме?
10. Профилактика пострезекционных синдромов.

**Задача №2.** Больной Т., 38 лет, поступил в гастроэнтер. отделение с жалобами на слабость и головокружение после приема пищи. Из анамнеза: 1,5 года назад оперирован по поводу кровоточащей язвы ДПК, произведена резекция желудка по Гофмейстеру-Финстереру. Через 2-3 месяца после операции начали беспокоить приступы слабости, головокружения после приема сладких и молочных блюд, супов. Приступы возникают через 20-30 мин после приема пищи, сопровождаются потливостью и сердцебиением, чувством переполнения желудка. После приема пищи вынужденно принимает горизонт. положение, которое приносит некоторое облегчение.



Последние полгода периодически беспокоит диарея, стул жидкий водянистый, до 3-4 раз в сутки, иногда – с примесью непереваренной пищи. Похудел на 10 кг. Объективно: Общее состояние удовл. Обычного питания. Ps 70 в мин. АД 120/70 мм рт ст. Живот не вздут, мягкий, б/б. Определяется красный дермографизм. Через 20 мин после приема внутрь 150 мл 50% раствора глюкозы появилась резкая слабость, потливость. АД снизилось до 100/60 мм ртст, тахикардия до 90 в мин.

1. Сформул. развернутый клин. Д-з с указанием степ. тяж. пострезекц-го с-ма.
2. Классификация пострезекционных синдромов.
3. Патогенез демпинг-синдрома.
4. План обследования больного?
5. Рентгенологические признаки демпинг-синдрома.
6. Тактика ведения больного?
7. Схема консервативного лечения больного.
8. Показано ли больному плановое оперативное лечение?
9. Какие типы операций применяются при демпинг-синдроме?
10. Профилактика пострезекционных синдромов.

**Задача №3.** Больной 32 лет оперирован два года назад по поводу язвенной болезни желудка по Гофмейстер-Финстереру. Спустя шесть месяцев после операции появилось чувство тяжести в эпигастральной области после еды, затем присоединились тошнота и горькая отрыжка. Позднее стал отмечать рвоту с желчью, сначала 1-2 раза в месяц, а перед поступлением после каждого приема пищи, после рвоты наступает облегчение.

1. Ваш диагноз?
2. Необходимые исследования? Лечение?

#### Практические навыки:

1. Техника и этапы резекции желудка по Бильрот I
2. Техника резекция желудка по Бильрот II
3. Симптоматика при Демпинг-синдроме. Патогенез.
4. Профилактика демпинг – синдрома
5. Оперативное лечение демпинг – синдрома
6. Симптоматика синдрома приводящей петли.
7. Причины развития синдрома приводящей петли
8. Профилактика синдрома приводящей петли
9. Технические ошибки приводящие к порочному кругу
10. Технические ошибки во время операции приводящие появления пептической язвы анастомоза.
11. Особенности пептических язв

## **Тема 2: Язвенная болезнь у лиц пожилого и старческого возраста. Хирургические методы лечения язвенной болезни. Предоперационная подготовка**

#### Собеседование по контрольным вопросам:

1. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Этиология. Патогенез. Клиника
2. Язвенная болезнь у лиц пожилого и старческого возраста. Методы диагностики
3. Ювенильные язвы
4. Консервативные методы лечения язвенной болезни
5. Хирургические методы лечения язвенной болезни
6. Показания и обоснования к хирургическим методам лечения язвенной болезни

## 7. Предоперационная подготовка

### **Тема 3: Хроническая язва желудка, показания к операции. Методы резекции желудка**

#### Собеседование по контрольным вопросам:

1. Хирургические методы лечения язвенной болезни
2. Показания и обоснования к хирургическим методам лечения язвенной болезни
3. Методы резекции желудка
4. Особенности послеоперационного ведения больных
5. Послеоперационные осложнения. Диагностика и лечение
6. Ранние осложнения после операций на желудке
7. Несостоятельность швов культи 12- перстной кишки
8. Несостоятельность швов анастомоза
9. Кровотечения в просвет желудочно-кишечного тракта. Кровотечения в брюшную полость
10. Анастомозиты. Прочие осложнения
11. Организация диспансерного наблюдения

#### Практические навыки:

1. Схемы консервативного лечения язвенной болезни
2. Показания и обоснования к хирургическим методам лечения язвенной болезни
3. Предоперационная подготовка
4. Техника резекции желудка по БильротI
5. Техника резекции желудка по БильротII
6. Техника обработки культи 12 п к-ки
7. Особенности накладывания гастроэнтероанастомоза для профилактики развития Демпинг-Синдрома
8. Особенности накладывания гастроэнтероанастомоза для профилактики развития синдрома приводящей петли
9. Правила резекции желудка для профилактики пептической язвы анастомоза
10. Техника операции гастроэнтероанастомоза при пилородуоденостенозе, профилактика развития порочного круга
11. Техника операции стволовой и селективной ваготомии
12. Техника операций пилоропластики, выди
13. Послеоперационное ведение пациентов после операций на желудке
14. Ранние осложнения после операций на желудке. Несостоятельность швов культи 12-перстной кишки. Диагностика
15. Признаки анастомозитов после операций на желудке.

### **Тема 4: Виды ваготомий и дренирующих операций. Ранние осложнения после операций на желудке**

#### Собеседование по контрольным вопросам:

1. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Этиология. Патогенез. Клиника
2. Язвенная болезнь у лиц пожилого и старческого возраста. Методы диагностики
3. Ювенильные язвы
4. Консервативные методы лечения язвенной болезни
5. Хирургические методы лечения язвенной болезни
6. Показания и обоснования к хирургическим методам лечения язвенной болезни
7. Предоперационная подготовка

8. Методы резекции желудка
9. Виды ваготомий и дренирующих операций
10. Особенности послеоперационного ведения больных
11. Послеоперационные осложнения. Диагностика и лечение
12. Ранние осложнения после операций на желудке
13. Несостоятельность швов культи 12- перстной кишки
14. Несостоятельность швов анастомоза
15. Кровотечения в просвет желудочно-кишечного тракта. Кровотечения в брюшную полость
16. Анастомозиты. Прочие осложнения
17. Организация диспансерного наблюдения

Практические навыки:

1. Схемы консервативного лечения язвенной болезни
2. Хирургические методы лечения язвенной болезни
3. Показания и обоснования к хирургическим методам лечения язвенной болезни
4. Предоперационная подготовка
5. Техника резекции желудка по Бильрот I
6. Техника резекции желудка по Бильрот II
7. Техника обработки культи 12 п к-ки
8. Особенности накладывания гастроэнтероанастомоза для профилактики развития Демпинг-Синдрома
9. Особенности накладывания гастроэнтероанастомоза для профилактики развития синдрома приводящей петли
10. Правила резекции желудка для профилактики пептической язвы анастомоза
11. Техника операции гастроэнтероанастомоза при пилорородуоденостенозе, профилактика развития порочного круга
12. Техника операции стволовой и селективной ваготомии
13. Техника операций пилоропластики, выди
14. Послеоперационное введение пациентов после операций на желудке
15. Ранние осложнения после операций на желудке. Несостоятельность швов культи 12-перстной кишки. Диагностика
16. Признаки анастомозитов после операций на желудке.

### **Раздел 3. Хирургические заболевания кишечника и брыжейки**

*Коды контролируемых компетенций: ПК-6, ПК-8.*

#### **Тема 1: Неспецифический язвенный колит. Болезнь Крона**

Собеседование по контрольным вопросам:

1. Этиология и патогенез болезни Крона
2. Поражение желудочно-кишечного тракта при болезни Крона
3. Классификация болезни Крона
4. Характерные симптомы поражения тонкой кишки
5. Симптоматика болезни Крона
6. Осложнения болезни Крона
7. Эндоскопические признаки болезни Крона
8. Дифференциальная диагностика
9. Медикаментозное лечение болезни Крона
10. Прогноз болезни Крона
11. Эпидемиология язвенного колита

12. Классификация язвенного колита
13. Диагностика язвенного колита
14. Дифференциальная диагностика язвенного колита
15. Осложнения язвенного колита
16. Медикаментозное лечение язвенного колита
17. Показания к операции язвенного колита
18. Хирургическое лечение язвенного колита

Практические навыки:

1. Характерные симптомы болезни Крона
2. Симптомы поражения слизистой кишечника при болезни Крона
3. Лапароскопическая картина болезни Крона.
4. Эндоскопические признаки болезни Крона
5. Тактика хирурга при сомнении при лапаротомии болезни Крона
6. Рентгенологические признаки мегаколон
7. Показания к оперативному лечению при язвенном колите
8. Медикаментозное лечение язвенного колита в зависимости от тяжести поражения
9. Лапароскопическая картина язвенного колита
10. Эндоскопическая картина при язвенном колите
11. Хирургическое лечение язвенного колита

**Тема 2: Острые нарушения мезентериального кровообращения. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.**

Собеседование по контрольным вопросам:

1. Особенности диагностики острой интестинальной ишемии
2. Виды острой интестинальной ишемии.
3. Мезентериальный венозный тромбоз
4. Заболевания, которые могут привести к тромбозу мезентериальных сосудов
5. Клиника острой интестинальной ишемии (артериальной)
6. Сегменты верхней брыжеечной артерии (ВБА)
7. Продромальные признаки тромбоза ВБА
8. Диагностика острой интестинальной ишемии
9. Лечебные возможности мезентерикографии
10. Оперативные вмешательства, применяемые при декомпенсации острого нарушения мезентериального кровообращения
11. Эндоваскулярное восстановление кровотока
12. Методика выполнения «открытой» сосудистой операции
13. Показания для программной релапаротомии, показания и сроки проведения

Практические навыки:

1. Особенности течения острой интестинальной ишемии
2. Особенности течения мезентериального венозного тромбоза, клиника
3. Факторы влияющие на степень выраженности болевого синдрома
4. Стадии инфаркта кишки
5. Объем обследований при поступлении пациента в стационар

6. Хирургическая тактика при ведении больных с острой интестинальной ишемией
7. Продромальные признаки тромбоза ВБА
8. Лечебные возможности мезентерикографии
9. Оперативные вмешательства, применяемые при декомпенсации острого нарушения мезентериального кровообращения
10. Методы эндоваскулярного восстановления кровотока
11. Методика выполнения «открытой» сосудистой операции
12. Показания для программной релапаротомии, показания и сроки проведения
13. Меры необходимые предпринять для снижения высокой летальности этих пациентов

### **Тема 3: Наружные кишечные свищи. Причины возникновения. Классификация. Методы диагностика. Лечение**

#### Собеседование по контрольным вопросам:

1. Классификация кишечных свищей
2. Наиболее частые причины возникновения свищей
3. Клиника: признаки формирования свища
4. Методы диагностики кишечных свищей.
5. Клиническое обследование больного
6. Дополнительные методы обследования
7. Основные принципы консервативной терапии
8. Обтураторы-внебрюшинное закрытие кишечного свища
9. Хирургическое лечение

#### Практические навыки:

1. Ятрогенные причины
2. Операции, содействующие закрытию свища
3. Радикальные операции
4. Хирургическая тактика при свищах
5. Основные принципы консервативной терапии
6. Обтураторы-внебрюшинное закрытие кишечного свища

### **Тема 4: Доброкачественные опухоли 12- перстной кишки . Новообразования тонкой кишки . Опухоли и кисты брыжейки ободочной кишки. Лечение**

#### Собеседование по контрольным вопросам:

1. Опухоли 12- перстной кишки
2. Эпителиальные опухоли
3. Опухоли из соединительной ткани
4. Опухоли из сосудистой ткани
5. Опухоли из мышечной ткани
6. Опухоли из нервной ткани
7. Диагностика опухолей 12- перстной кишки

8. Лечение опухолей 12- перстной кишки

#### **Раздел 4. Хирургические заболевания печени, желчных путей**

*Коды контролируемых компетенций: ПК-5, ПК-6, ПК-8.*

##### **Тема 1: Хирургическое лечение опухолей печени. Особенности диагностики первичной и вторичной (метастатической) злокачественной опухоли печени.**

Собеседование по контрольным вопросам:

1. Функциональное состояние печени при хирургической патологии
2. Доброкачественные и злокачественные опухоли печени. Эпидемиология
3. Клиника. Методы диагностики
4. Определение функциональной и анатомической операбельности при злокачественных опухолях печени
5. Особенности диагностики первичной и вторичной (метастатической) злокачественной опухоли печени
6. Химиотерапевтическое лечение злокачественных опухолей печени
7. Хирургическое лечение опухолей печени
8. Результаты лечения опухолей

##### **Тема 2: Непаразитарные кисты печени. Этиология и патогенез. Диагностика. Методы оперативного лечения**

Собеседование по контрольным вопросам:

1. Непаразитарные кисты печени.
2. Этиология и патогенез
3. Клиника
4. Диагностика. Дифференциальная диагностика
5. УЗИ картина кист печени
6. Методы оперативного лечения
7. Функциональное состояние печени при хирургической патологии

##### **Тема 3: Паразитарные заболевания печени. Этиология. Эхинококкоз печени (гидатидозный). Осложнения. Выбор метода лечения**

Собеседование по контрольным вопросам:

1. Паразитарные заболевания печени. Эпидемиология
2. Этиология
3. Патогенез
4. Эхинококкоз печени (гидатидозный)
5. Клиника

6. Диагностика
7. Осложнения
8. Выбор метода лечения
9. Альвеококкоз печени. Клиника
10. Диагностика
11. Осложнения
12. Оперативное и комбинированное лечение (операция + химиотерапия)

#### Практические навыки

1. Патогенез заболевания и причины его рецидива после хирургического лечения
2. Радикальное лечения эхинококкоза печени
3. Методы эхинококкэктомии
4. Чрескожное дренирование эхинококковых кист,
5. Резидуальный эхинококкоз.
6. Прорыв нагноившейся эхинококковой кисты печени в плевральную полость
7. Выбор метода лечения
8. Осложнения

#### **Тема 4: Абсцессы печени. Этиология и патогенез. Методы диагностика. Осложнения. Лечение**

##### Собеседование по контрольным вопросам:

1. Абсцессы печени. Эпидемиология. Этиология и патогенез
2. Классификация
3. Клиника
4. Методы диагностика
5. Осложнения
6. Консервативное лечение абсцессов печени
7. Хирургическое лечение
8. Послеоперационные осложнения
9. Амебные абсцессы печени

#### **Тема 5: Циррозы печени и портальная гипертензия. Классификация портальной гипертензии. Методы диагностика портальной гипертензии**

#### **Тема 6: Тактика хирурга при остром кровотечении из варикозных вен пищевода и желудка.**

##### Собеседование по контрольным вопросам:

1. Циррозы печени и портальная гипертензия. Актуальность проблемы
2. В норме давление в системе портальных вен
3. Локализация источника кровотечения

4. Классификация цирроза печени
5. Рентгеноконтрастные и манометрические исследования кровообращения печени при портальной гипертензии
6. Классификация портальной гипертензии
7. Осложнения
8. Печеночная энцефалопатия
9. Оценочные критерии функциональных классов цирроза печени (по Чайлду-Пью)
10. Предвестники *предстоящей геморрагии*

#### Практические навыки:

1. Методы диагностика портальной гипертензии
2. Классификация степени расширения вен пищевода и желудка
3. Эндоскопические и морфологические методы
4. Хирургические методы лечения осложнений цирроза печени и портальной гипертензии
5. Тактика хирурга при остром кровотечении из варикозных вен пищевода и желудка
6. Установка обтурирующего зонда-баллона при кровотечении из варикозных вен пищевода, желудка
7. Неотложные операции при портальной гипертензии
8. Лечение острой печеночной недостаточности при портальной гипертензии
9. Хирургические методы лечения осложнений цирроза печени и портальной гипертензии
10. Неотложные операции при портальной гипертензии

### **Тема 7: Методы консервативного лечения кровотечений из варикозно расширенных венах пищевода и желудка.**

#### Собеседование по контрольным вопросам:

1. Методы диагностики портальной гипертензии
2. Принципиальные моменты техники постановки зонда-обтуратора
3. Особенности лечения при кровотечении
4. Препараты для консервативного лечения
5. Препараторы вазоконстрикторы
6. Препараторы вазодилататоры
7. Рентгеноконтрастные и манометрические исследования кровообращения печени при портальной гипертензии
8. Эндоскопические и морфологические методы
9. Тактика хирурга при остром кровотечении из варикозных вен пищевода и желудка
10. Установка обтурирующего зонда-баллона при кровотечении из варикозных вен пищевода, желудка
11. Лечение острой печеночной недостаточности при портальной гипертензии

#### Ситуационные задачи



**Задача №1.** Пациент К., 42 года, в экстренном порядке поступил в стационар. Кровавая рвота возникла внезапно. Перенес болезнь Боткина около 12 лет назад. Отмечает сонливость, нарушение памяти. Пальпируется увеличенная селезенка у края левой реберной дуги. Пульс 105 уд. в мин, ритмичный. АД 100/60 мм.рт.ст. В общем анализе крови: гемоглобин 78 г/л, гематокрит 0,31. ФГДС- определяются варикозно расширенные вены пищевода на 2-4 см от пищеводно-желудочного перехода. При УЗИ брюшной полости определяется асцитическая жидкость. Билирубин 40 мкмоль/л, протромбиновый индекс 60%.

1. Ваш диагноз?
2. В норме давление в системе портальных вен?
3. В России принятая классификация степени расширения варикозных вен?
4. Причины энцефалопатии при портальной гипертензии?
5. По каким критериям оценивается функциональное состояние цирроза печени (по Чайлду-Пью)?

**Задача №2.** Больной С., 51 года, поступил в хирургическое отделение с жалобами на головокружение и резкую слабость. Из анамнеза: В течение последних 5 дней беспокоили умеренные ноющие боли в эпигастриальной области. Рано утром, около 8 часов назад, появилась сильная слабость, однократная рвота темной кровью со сгустками, боли в животе стихли, позже был обильный черный жидкий зловонный стул. На несколько минут потерял сознание, упал, доставлен бригадой скорой помощи. Язвенный анамнез отсутствует. При осмотре: Общее состояние ближе к тяжелому. Удовлетворительное питание. Кожные покровы бледные, влажные. На лбу – свежая ссадина (ударился при падении). Пульс 100 ударов в мин, удовлетворительного наполнения. АД 100/70 мм рт.ст. Язык чистый, сухой. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Симптомов раздражения брюшины нет. Rectum: Ампула прямой кишки пуста, на перчатке следы черного жидкого кала. Общ. анализ крови: эритроц.  $2,8 \times 10^{12}$ , Hb 92 г/л, Ht 0,31. Фиброгастродуоденоскопия: на стенках желудка следы темной крови, в антральном отделе обнаружена каллезная язва диаметром около 1,5 см, в дне которой определяется «пенек» сосуда диаметром около 2 мм. Данных за продолжающееся кровотечение нет. Группа крови АВ(IV)Rh+(положительная), в наличии только 1 доза эритроцитной массы этой группы.

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз с указанием степени тяжести кровопотери.
2. Чем можно объяснить купирование болевого синдрома на фоне кровотечения?
3. Дайте оценку эндоскопической картины с использованием классиф. Forrest.
4. Насколько велика вероятность рецидива кровотечения?
5. Нуждается ли б-ой в экстренном провед. доп. методов исследования? Каких?
6. Тактика ведения больного?
7. Если больному показано оперативное лечение, то в каком порядке оно должно быть выполнено (экстренном, срочном, отсроченном, плановом)?
8. Определите рациональный объем оперативного пособия.
9. Показана ли больному гемотранфузия, если показана, то в каком объеме?
10. Можно ли этому больному по жизненным показаниям иногруппную кровь, если нет одногруппной?

**Задача №3.** Больная Н., 55 лет, поступила в хирургическое отделение с жалобами на слабость, головокружение. 6 часов назад была рвота темной кровью, стула не было. Из анамнеза известно, что 3 года назад был поставлен диагноз крупно-узловатого цирроза печени. При осмотре: Общее состояние средней тяжести. Кожные покровы субиктеричные, под кожей передней брюшной стенки определяются расширенные извитые вены. На коже бедер, груди – множественные сосудистые звездочки. Пониженное питание. Пульс 90 в мин. АД 110/60 мм рт.ст. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги, уплотнена. Перкуторно селезенка 15x10 см. Rectum: ампула прямой кишки заполнена плотными каловыми массами коричневого цвета. Общ. анализ крови: эритроц.  $2,7 \times 10^{12}$ , Hb 88 г/л, Ht 0,29. Фиброгастродуоденоскопия: быстрое накопление темной крови в дистальном отделе пищевода. Ультразвуковое исследование: структура печени перестроена, свободной жидкости в брюшной полости нет. Биохимический

анализ крови: билирубин общ. 38 мкмоль/л, прямой 12,2 мкмоль/л, непрямой 25,8 мкмоль/л, общ. белок 62 г/л (альбумин 55%, глобулины 45%).

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз с указанием степени тяжести кровопотери.
2. Назовите наиболее частые причины крупноузлового цирроза печени.
3. К какой клинической группе по Child следует отнести эту больную?
4. Нуждается ли больная в экстренном проведении дополнительных методов исследования? Каких?
5. Тактика ведения больной?
6. Методика постановки зонда Сенгстакена-Блэкмора.
7. Насколько целесообразно включение в комплексную консервативную вазопрессина?
8. Целесообразно ли проведение методов эндоскопического гемостаза? Каких?
9. Если больной показано оперативное лечение, то в каком порядке оно должно быть выполнено (экстренном, срочном, отсроченном, плановом)?
10. Определите рациональный объем оперативного пособия.

**Задача №4.** Пациент П., 45 лет, поступил в с жалобами на повторные рвоты с кровью и мелену. В анамнезе вирусный гепатит. При поступлении в стационар состояние больного средней степени тяжести. Пульс 110 в минуту. АД – 110/65 мм рт.ст. ЧД – 22 в минуту. В анализе крови Нв-100 г/л, лейкоц. –  $11,2 \times 10^9$ /л. Печень по краю реберной дуги, край её закруглен, плотный. Селезенка увеличена в размерах.

1. Ваш диагноз?
2. Принципиальные моменты техники постановки зонда-обтуратора Блекмора.
3. Фармакотерапия портальной гипертензии.
4. Трансюгулярное внутривенное портосистемное шунтирование TIPS.

#### Практические навыки:

1. Методы диагностики портальной гипертензии
2. Принципиальные моменты техники постановки зонда-обтуратора
3. Особенности лечения при кровотечении
4. Препараты для консервативного лечения
5. Препараторы вазоконстрикторы
6. Препараторы вазодилататоры
7. Эндоскопические предвестники развития кровотечения
8. Лечение энцефалопатии
9. Лечение острой печеночной недостаточности при портальной гипертензии
10. Методика определения печеночной недостаточности при портальной гипертензии
11. Хирургические методы лечения осложнений цирроза печени и портальной гипертензии
12. Тактика хирурга при остром кровотечении из варикозных вен пищевода и желудка
13. Установка обтурирующего зонда-баллона при кровотечении из варикозных вен пищевода, желудка

### **Тема 8: Эндогемостаз при кровотечении. Эффективные методы эндогемостаза.**

#### Собеседование по контрольным вопросам:

1. Виды эндоскопического лечения
2. Эндоскопическое склерозирование.
3. Препараты для склеротерапии
4. Методы склерозирования

5. Склерозирование вен в плановом порядке
6. Осложнениями склеротерапии
7. Эндоскопическое лигирование вен пищевода
8. Методика лигирования
9. Диета после лигирования
10. Противопоказания к использованию эндоскопического лигирования
11. Методы предоперационной подготовки
12. Лечение гепато-портальной энцефалопатии
13. Особенности портальной гипертензии у детей

### Ситуационные задачи

**Задача №1.** Пациент К., 42 года, в экстренном порядке поступил в стационар. Кровавая рвота возникла внезапно. Перенес болезнь Боткина около 12 лет назад. Отмечает сонливость, нарушение памяти. Пальпируется увеличенная селезенка у края левой реберной дуги. Пульс 105 уд. в мин, ритмичный. АД 100/60 мм.рт.ст. В общем анализе крови: гемоглобин 78 г/л, гематокрит 0,31. ФГДС- определяются варикозно расширенные вены пищевода на 2-4 см от пищеводно-желудочного перехода. При УЗИ брюшной полости определяется асцитическая жидкость. Билирубин 40 мкмоль/л, протромбиновый индекс 60%.

Ваш диагноз?

1. В норме давление в системе портальных вен?
2. В России принятая классификация степени расширения варикозных вен?
3. Причины энцефалопатии при портальной гипертензии?
4. По каким критериям оценивается функциональное состояние цирроза печени (по Чайлд-Пью)?

**Задача №2.** Больной С., 51 года, поступил в хирургическое отделение с жалобами на головокружение и резкую слабость. Из анамнеза: В течение последних 5 дней беспокоили умеренные ноющие боли в эпигастриальной области. Рано утром, около 8 часов назад, появилась сильная слабость, однократная рвота темной кровью со сгустками, боли в животе стихли, позже был обильный черный жидкий зловонный стул. На несколько минут потерял сознание, упал, доставлен бригадой скорой помощи. Язвенный анамнез отсутствует. При осмотре: Общее состояние ближе к тяжелому. Удовлетворительное питание. Кожные покровы бледные, влажные. На лбу – свежая ссадина (ударился при падении). Пульс 100 ударов в мин, удовлетворительного наполнения. АД 100/70 мм рт ст. Язык чистый, сухой. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Симптомов раздражения брюшины нет. Perirectum: Ампула прямой кишки пуста, на перчатке следы черного жидкого кала. Общ. анализ крови: эритроц.  $2,8 \times 10^{12}$ , Hb 92 г/л, Ht 0,31. Фиброгастродуоденоскопия: на стенках желудка следы темной крови, в антральном отделе обнаружена каллезная язва диаметром около 1,5 см, в дне которой определяется «пенек» сосуда диаметром около 2 мм. Данных за продолжающееся кровотечение нет. Группа крови АВ(IV)Rh+(положительная), в наличии только 1 доза эритроцитной массы этой группы.

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз с указанием степени тяжести кровопотери.
2. Чем можно объяснить купирование болевого синдрома на фоне кровотечения?
3. Дайте оценку эндоскопической картины с использованием классиф. Forrest.
4. Насколько велика вероятность рецидива кровотечения?
5. Нуждается ли б-ой в экстренном провед. доп. методов исследования? Каких?
6. Тактика ведения больного?

7. Если больному показано оперативное лечение, то в каком порядке оно должно быть выполнено (экстренном, срочном, отсроченном, плановом)?
8. Определите рациональный объем оперативного пособия.
9. Показана ли больному гемотрансфузия, если показана, то в каком объеме?
10. Можно ли этому больному по жизненным показаниям иногруппную кровь, если нет одногруппной

**Задача №3.** Больная Н., 55 лет, поступила в хирургическое отделение с жалобами на слабость, головокружение. 6 часов назад была рвота темной кровью, стула не было. Из анамнеза известно, что 3 года назад был поставлен диагноз крупно-узловой цирроза печени. При осмотре: Общее состояние средней тяжести. Кожные покровы субъиктеричные, под кожей передней брюшной стенки определяются расширенные извитые вены. На коже бедер, груди – множественные сосудистые звездочки. Пониженное питание. Пульс 90 в мин. АД 110/60 мм рт. ст. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги, уплотнена. Перкуторно селезенка 15x10 см. Rectum: ампула прямой кишки заполнена плотными каловыми массами коричневого цвета. Общ. анализ крови: эритро.  $2,7 \times 10^{12}$ , Hb 88 г/л, Ht 0,29. Фиброгастроуденоскопия: быстрое накопление темной крови в дистальном отделе пищевода. Ультразвуковое исследование: структура печени перестроена, свободной жидкости в брюшной полости нет. Биохимический анализ крови: билирубин общ. 38 мкмоль/л, прямой 12,2 мкмоль/л, непрямой 25,8 мкмоль/л, общ. белок 62 г/л (альбумин 55%, глобулины 45%).

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз с указанием степени тяжести кровопотери.
2. Назовите наиболее частые причины крупноузловой цирроза печени.
3. К какой клинической группе по Child следует отнести эту больную?
4. Нуждается ли больная в экстренном проведении дополнительных методов исследования? Каких?
5. Тактика ведения больной?
6. Методика постановки зонда Сенгстакена-Блэкмора.
7. Насколько целесообразно включение в комплексную консервативную вазопрессина?
8. Целесообразно ли проведение методов эндоскопического гемостаза? Каких?
9. Если больной показано оперативное лечение, то в каком порядке оно должно быть выполнено (экстренном, срочном, отсроченном, плановом)?
10. Определите рациональный объем оперативного пособия.

**Задача №4.** Пациент П., 45 лет, поступил в с жалобами на повторные рвоты с кровью и мелену. В анамнезе вирусный гепатит. При поступлении в стационар состояние больного средней степени тяжести. Пульс 110 в минуту. АД – 110/65 мм рт.ст. ЧД – 22 в минуту. В анализе крови Hb-100 г/л, лейкоц. –  $11,2 \times 10^9$ /л. Печень по краю реберной дуги, край её закруглен, плотный. Селезенка увеличена в размерах.

1. Ваш диагноз?
2. Принципиальные моменты техники постановки зонда-обтуратора Блекмора.
3. Фармакотерапия портальной гипертензии.
4. Трансюгулярное внутривенное портосистемное шунтирование TIPS.

#### Практические навыки:

1. Виды эндоскопического лечения
2. Эндоскопическое склерозирование.
3. Препараты для склеротерапии
4. Методы склерозирования
5. Склерозирование вен в плановом порядке
6. Осложнениями склеротерапии

7. Эндоскопическое лигирование вен пищевода
8. Методика лигирования
9. Диета после лигирования
10. Противопоказания к использованию эндоскопического лигирования
11. Методы предоперационной подготовки
12. Лечение гепато-портальной энцефалопатии. Лечение гепато-портальной энцефалопатии

## **Тема 9: Внутривенное порто-системное шунтирование. Показания к выполнению**

### Собеседование по контрольным вопросам:

1. Операции портосистемного шунтирования
2. Проксимальный спленоренальный анастомоз
3. Дистальный спленоренальный анастомоз
4. Операции портосистемного разобщения
5. Трансгуглярное внутривенное портосистемное шунтирование TIPS
6. Показания к TIPS
7. Осложнения TIPS
8. Прогноз внутривенного портосистемного шунтирования

### Практические навыки:

1. Трансгуглярное внутривенное портосистемное шунтирование TIPS
2. Методика проведения операции TIPS
3. Оборудование для проведения операции
4. Противопоказания к проведению операции
5. Операции портосистемного разобщения
6. Показания к TIPS
7. Осложнения TIPS
8. Прогноз внутривенного портосистемного шунтирования

## **Тема 10: Показания к трансплантации печени при портальной гипертензии**

### Собеседование по контрольным вопросам:

1. Основоположники трансплантации печени в России
2. Показания к трансплантации печени
3. Абсолютные противопоказания к трансплантации печени
4. Относительные противопоказания к трансплантации печени
5. Перечень обследований к трансплантации печени
6. Центры трансплантации печени в России
7. Отдаленные результаты ортотопическую трансплантацию печени

## **Тема 11: Осложнения во время операций на желчных протоках. Особенности ведения больных с наружным дренированием желчных протоков**

### Собеседование по контрольным вопросам:

1. Осложнения при операциях на желчных протоках
2. Тактика хирурга при повреждении общего желчного протока во время операции
3. Методика проведения холедохоскопии
4. Резидуальные камни холедоха, принципы лечения
5. Наружное дренирование желчных протоков, показания
6. Методика дренирования холедоха, виды дренажей
7. Манипуляции в гепатодуоденальной связке при трудностях выделения холедоха из-за массивного спаечного процесса
8. Сроки и условия удаления дренажей из желчных протоков
9. Остановка кровотечений вовремя операции
10. Техника фистулографии
11. Техника наложения швов на холедох
12. Техника дренирования подпеченочного пространства

### Практические навыки:

1. Тактика хирурга при повреждении общего желчного протока во время операции
2. Методика проведения холедохоскопии
3. Методика дренирования холедоха, виды дренажей
4. Манипуляции в гепатодуоденальной связке при трудностях выделения холедоха из-за массивного спаечного процесса
5. Сроки и условия удаления дренажей из желчных протоков
6. Остановка кровотечений вовремя операции
7. Техника фистулографии
8. Техника наложения швов на холедох
9. Техника дренирования подпеченочного пространства

## **Тема 12: Неотложные операции при портальной гипертензии. Лечение острой печеночной недостаточности при портальной гипертензии**

### Собеседование по контрольным вопросам:

1. Осложнения при операциях на желчных протоках
2. Показания к склерозированию варикозно расширенных вен пищевода и желудка при портальной гипертензии
3. Осложнения при склерозировании варикозно расширенных вен пищевода и желудка
4. Операция для остановки кровотечения принятая в России
5. Классификация печеночной недостаточности при портальной гипертензии
6. Медикаментозное лечение печеночной недостаточности
7. Показания и противопоказания к операции в зависимости от тяжести печеночной недостаточности при портальной гипертензии
8. Противопоказания к оперативному лечению

### Практические навыки:

1. Методика лигирования вен при варикозно расширенных венах пищевода и желудка
2. Медикаментозное лечение печеночной недостаточности
3. Профилактика развития печеночной недостаточности при кровотечениях портального генеза
4. Особенности раздувания манжеток зонда Блекмора при кровотечениях
5. Техника операции Пациора
6. Подготовка пациентов к операции

### **Тема 13: Механическая желтуха . Эндоскопические методы лечения, миниинвазивные технологии, Осложнения механической желтухи**

#### Собеседование по контрольным вопросам:

1. Клиника механической желтухи
2. Методы диагностики до операции и во время ее
3. Лабораторные, УЗИ и эндоскопические признаки
4. Дифференциальная диагностика желтух
5. Осложнения механической желтухи
6. Особенности предоперационной подготовки больных механической желтухой
7. Эндоскопические методы лечения. Миниинвазивные технологии
8. Хирургические методы лечения
9. Показания к холедохотомии и техника ее выполнения
10. Выбор метода завершения холедохотомии
11. Показания и техника операций на большом дуоденальном сосочке
12. Осложнения во время операций на желчных протоках
13. Послеоперационные осложнения (ранние и поздние)
14. Особенности ведения больных с наружным дренированием желчных протоков

#### Ситуационные задачи

**Задача №1.** Пациент С., 45 лет, поступил в клинику с жалобами на сильные боли в верхних отделах живота, которые появились за 2 ч до поступления. Больной в течение 10 лет страдает язвенной болезнью желудка. При осмотре: состояние тяжелое. Кожные покровы бледные. Пульс 60 в минуту, АД 100/60 мм рт.ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот не участвует в дыхании, резко напряженный и болезненный в верхних отделах, где определяется положительный симптом Щеткина—Блюмберга. С диагнозом «прободная язва желудка» больной экстренно взят на операцию. Выполнена лапароскопия. При ревизии обнаружено, что в брюшной полости около 500 мл прозрачного выпота с незначительной примесью фибрина и желудочного содержимого. Паритетальная и висцеральная брюшина в верхних отделах живота гиперемирована, без налета фибрина. По передней стенке антрального отдела желудка имеется опухолевидный инфильтрат 7х7 см с перфорацией в центре; в малом сальнике увеличенные лимфатические узлы до 1,5 см, плотные.

1. Диагноз
2. Тактика хирурга при операции

### 3. Объем оперативного лечения

**Задача №2.** Больная 65 лет доставлена в приемный покой с жалобами на приступообразные боли в эпигастрии и правом подреберье, желтушность кожных покровов, ознобы. Боли подобного характера беспокоят в течение 5 лет после перенесенной холецистэктомии. Лечилась приемом Ношпы, не обследовалась.

Объективно: состояние средней тяжести, кожные покровы желтушные, температура 38,0<sup>0</sup>С, пульс 110 уд/мин, язык сухой, обложен белым налетом.

При пальпации живота выявляются умеренное напряжение и болезненность в эпигастриальной области и правом подреберье. Лейкоцитоз – 17,0·10<sup>9</sup>/л, общий билирубин – 110 мкмоль/л, прямой – 84 мкмоль/л, непрямой – 26 мкмоль/л, амилаза крови – 118,0 г/л в час. Заключение УЗИ: печень без очаговых образований, желчный пузырь отсутствует, общий желчный проток расширен до 18 мм. При РХПТ выявлен в нем крупный конкремент, который после эндоскопической папиллотомии извлечь не удастся.

*Ваши действия?*

**Задача №3.** Больному во время операции по поводу острого калькулезного холецистита, после того как был удален желчный пузырь, через культю пузырного протока произведена холангиография. На холангиограмме общий печеночный и общий желчный проток расширены до 13-15 мм. В дистальной части общего желчного протока виден «обрыв», ниже которого желчный проток не контрастируется, контрастное вещество в двенадцатиперстную кишку не поступает. Форма «обрыва» контраста круглая, полуовальная, так называемый симптом «клешни»

Вопрос.

1. Как вы расцениваете данные, полученные на холангиограмме?
2. Что может вызвать окклюзию желчных протоков (все причины) и что вызвало окклюзию желчных протоков в данном случае?
3. Каковы ваши дальнейшие действия, какой объем операции должен быть выполнен?

**Задача №4.** Больной Н., 52 лет, поступил с жалобами на желтушность кожных покровов, потемнение мочи, светлый кал. 3 месяца назад перенес приступ болей в эпигастрии, после чего появилась желтушность склер. Лечился в стационаре, желтуха была купирована. Две недели назад без болевого приступа вновь появилась желтуха. В весе за время болезни потерял 8 кг. Злоупотребляет алкоголем. При осмотре иктеричность кожи и слизистых, правая доля печени несколько увеличена, пальпируется увеличенный безболезненный желчный пузырь. Лабораторные методы исследования: билирубин общий - 88 мкмоль/л, билирубин прямой 56 мкмоль/л, билирубин непрямой - 32 мкмоль/л, протромбиновый индекс 73 %, альбумин сыворотки - 32 г/л, амилаза крови 48 мг/кх/ч.

При УЗИ печень однородна, край +3 см из-под реберной дуги, внутривеночный протоки расширены, холедох расширен до 12 мм. В головке поджелудочной железы определяется образование пониженной плотности диаметром 33 мм. При попытке РХПГ холедох и вирсунгов проток не контрастированы.

*Вопросы:*

1. Ваш диагноз.
2. Необходимые дополнительные методы исследования.
3. Лечебная тактика.
4. Необходимый объем консервативной терапии.
5. Оперативное лечение.

**Задача №5.** Больной Н., 52 лет, поступил с жалобами на желтушность кожных покровов, потемнение мочи, светлый кал. 3 месяца назад перенес приступ болей в эпигастрии, после чего появилась желтушность склер. Лечился в стационаре, желтуха была купирована. Две недели назад без болевого приступа вновь появилась желтуха. В весе за время болезни потерял 8 кг. Злоупотребляет алкоголем. При осмотре иктеричность кожи и слизистых, правая доля печени



несколько увеличена, пальпируется увеличенный безболезненный желчный пузырь. Лабораторные методы исследования: билирубин общий - 88мкмоль/л , билирубин прямой 56 мкмоль/л, билирубин не прямой - 32 мкмоль/л, протромбиновый индекс 73 %, альбумин сыворотки - 32 г/л, амилаза крови 48 мг/кх/ч.

При УЗИ печень однородна, край +3 см из-под реберной дуги, внутривенный протоки расширены, холедох расширен до 12 мм. В головке поджелудочной железы определяется образование пониженной плотности диаметром 33 мм. При попытке РХПГ холедох и вирсунгов проток не контрастированы.

Вопросы:

1. Ваш диагноз.
2. Необходимые дополнительные методы исследования.
3. Лечебная тактика.
4. Необходимый объем консервативной терапии.
5. Оперативное лечение.

**Задача №6.** Больная Л., 58 лет. Длительное время страдала желчнокаменной болезнью. В анамнезе желтуха, возникшая после приступа. На операции при холангиографии выявлена следующая картина (см. рентгенограмму). Диаметр холедоха 18 мм. Ваш диагноз? Дальнейшая тактика?



**Задача №7.** Больной Н., 52 лет, поступил с жалобами на желтушность кожных покровов, потемнение мочи, светлый кал. 3 месяца назад перенес приступ боли в эпигастрии, после чего появилась желтушность склер. Лечился в стационаре, желтуха была купирована. Две недели назад без болевого приступа вновь появилась желтуха. В весе за время болезни потерял 8 кг. Злоупотребляет алкоголем. При осмотре иктеричность кожи и слизистых, правая доля печени несколько увеличена, пальпируется увеличенный безболезненный желчный пузырь. Лабораторные методы исследования: билирубин общий - 88мкмоль/л , билирубин прямой 56 мкмоль/л, билирубин не прямой - 32 мкмоль/л, протромбиновый индекс 73 %, альбумин сыворотки - 32 г/л, амилаза крови 48 мг/кх/ч.

При УЗИ печень однородна, край +3 см из-под реберной дуги, внутривенный протоки расширены, холедох расширен до 12 мм. В головке поджелудочной железы определяется образование пониженной плотности диаметром 33 мм. При попытке РХПГ холедох и вирсунгов проток не контрастированы.

Вопросы:

1. Ваш диагноз.
2. Необходимые дополнительные методы исследования.
3. Лечебная тактика.
4. Необходимый объем консервативной терапии.
5. Оперативное лечение.

**Задача №8.** Женщина в возрасте 53 лет поступила с жалобами на боли в эпигастрии и правом подреберье, потемнение мочи, кожный зуд, желтушность склер, «белый» кал. За последние 4 мес. приступ четвертый. В анамнезе- медработник, донор крови. При объективном исследовании выявляются небольшая иктеричность склер, расчесы на ногах, руках, спине, груди. Лимфатические узлы не изменены. Аускультативная картина легких без патологических изменений. Тоны сердца не изменены, шумов нет. При пальпации живота печень не выступает из под края реберной дуги. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии и правом подреберье. Перитонеальных симптомов нет. При ректальном исследовании патологии не выявлено. Периферические отеки отсутствуют. Данные лабораторного обследования больной: общий белок- 85 г/л, альбумин 37 г/л, АсАт - 212 МЕ/л, АлАт - 184 МЕ/л, ЛДГ - 199МЕ/л, щелочная фосфатаза - 833 МЕ/л, общий билирубин 38 мг/л, холестерин - 2,6 г/л, лейкоциты крови - 3,2 10, гемоглобин

121 г/л, гематокрит 35,2%, тромбоциты 128. Абдоминальная ультрасонография: общий желчный проток 8 мм в диаметре, в желчном пузыре определяются конкременты. Поджелудочная железа и почки в норме. Сопутствующая патология: ИБС, постинфарктный кардиосклероз, гипертоническая болезнь, варикозное расширение вен.

1. Ваш диагноз.
2. Необходимые дополнительные методы исследования.
3. Лечебная тактика.
4. Необходимый объем консервативной терапии.
5. Оперативное лечение.

Практические навыки:

1. Методы диагностики механической желтухи до операции и во время ее
2. Особенности предоперационной подготовки больных механической желтухой
3. Эндоскопические методы лечения. Миниинвазивные технологии
4. Хирургические методы лечения
5. Показания к холедохотомии и техника ее выполнения
6. Выбор метода завершения холедохотомии
7. Показания и техника операций на большом дуоденальном сосочке
8. Осложнения во время операций на желчных протоках
9. Послеоперационные осложнения (ранние и поздние)
10. Особенности ведения больных с наружным дренированием желчных протоков

**Тема 14: Особенности предоперационной подготовки больных механической желтухой.**

Собеседование по контрольным вопросам:

1. Методы диагностики состояния пациента с механической желтухой
2. Методы декомпрессии билиарной гипертензии
3. Эндоскопические методы декомпрессии билиарной гипертензии
4. Показания к чрескожному чреспеченочному дренированию желчного пузыря
5. Показания к чрескожному чреспеченочному дренированию внепеченочных желчных протоков
6. Классификация механической желтухи
7. Показания к проведению операции в зависимости от тяжести механической желтухи
8. Особенности подготовки пациентов к операции при механической желтухе
9. Хирургические методы лечения
10. Показания к холедохотомии и техника ее выполнения
11. Выбор метода завершения холедохотомии
12. Показания и техника операций на большом дуоденальном сосочке
13. Осложнения во время операций на желчных протоках
14. Послеоперационные осложнения (ранние и поздние)
15. Особенности ведения больных с наружным дренированием желчных протоков

Практические навыки:

1. Методы диагностики состояния пациента с механической желтухой
2. Методы декомпрессии билиарной гипертензии
3. Эндоскопические методы декомпрессии билиарной гипертензии
4. Принципы чрескожного чреспеченочного дренирования желчного пузыря, осложнения
5. Методика чрескожного чреспеченочного дренирования желчных протоков, осложнения
6. Показания к чрескожному чреспеченочному дренированию внепеченочных желчных протоков
7. Показания к проведению операции в зависимости от тяжести механической желтухи
8. Особенности подготовки пациентов к операции при механической желтухе
9. Хирургические методы лечения
10. Показания к холедохотомии и техника ее выполнения
11. Подготовка больных к операции с учетом осложнений механической желтухи
12. Назобилиарное дренирование, показания

### **Тема 15: Хирургические методы лечения пациентов с эхинококкозом и абсцессом печени.**

#### Собеседование по контрольным вопросам:

1. Абсцессы печени. Классификация
2. Методы диагностика. Осложнения
3. Хирургическое лечение
4. Послеоперационные осложнения
5. Амебные абсцессы печени
6. Причины рецидива эхинококкоза печени после хирургического лечения
7. Радикальное лечения эхинококкоза печени
8. Методы эхинококкэктомии
9. Чрескожное дренирование эхинококковых кист,
10. Резидуальный эхинококкоз.
11. Прорыв нагноившейся эхинококковой кисты печени в плевральную полость
12. Выбор метода лечения
13. Осложнения

#### Практические навыки:

1. Хирургическое лечение абсцессов печени
2. Послеоперационные осложнения при эхинококкэктомии
3. Амебные абсцессы печени, диф. диагностика
4. Причины рецидива эхинококкоза печени после хирургического лечения
5. Радикальное лечения эхинококкоза печени
6. Методы эхинококкэктомии
7. Методика и показания к чрескожному дренированию эхинококковых кист
8. Прорыв нагноившейся эхинококковой кисты печени в плевральную и брюшную полость
9. Выбор метода лечения эхинококкоза печени

## **Тема 16: Показания и техника операций на большом дуоденальном сосочке.**

### Собеседование по контрольным вопросам:

1. Показания к операциям на большом дуоденальном сосочке
2. Ретроградная холангиопанкреатография, диагностические возможности
3. Противопоказания к ретроградной холангиопанкреатографии
4. Методики папилосфинктеротомии
5. Осложнения папилосфинктеротомии
6. Методики литоэкстракции из холедоха
7. Методика литотрипсии при холедохолитиазе
8. Назобилиарное дренирование, показания, уход в послеоперационном периоде
9. Осложнения при операциях на большом дуоденальном сосочке

## **Тема 17: Хронический бескаменный холецистит. Показания к хирургическому лечению. Рак желчного пузыря и желчных протоков**

### Собеседование по контрольным вопросам:

1. Клиническая картина бескаменного холецистита
2. Диагностика бескаменного холецистита
3. Выбор метода лечения (консервативный, хирургический)
4. Показания к хирургическому лечению
5. Результаты лечения. Реабилитация.
6. Рак желчного пузыря и желчных протоков
7. Эпидемиология рака желчного пузыря
8. Клиника рака желчного пузыря
9. Диагностика рака желчного пузыря
10. Выбор методами операции при раке желчного пузыря
11. Радикальные операции при раке желчного пузыря
12. Паллиативные операции при раке желчного пузыря
13. Миниинвазивные методы при восстановлении проходимости желчных протоков при опухолевых поражениях

### Практические навыки:

1. Клиническая картина бескаменного холецистита
2. Предоперационная подготовка
3. Выбор метода оперативного вмешательства
4. Диагностика бескаменного холецистита
5. Осложнения послеоперационного периода
6. Клиника рака желчного пузыря
7. Диагностика рака желчного пузыря
8. Выбор методами операции при раке желчного пузыря
9. Радикальные операции при раке желчного пузыря
10. Паллиативные операции при раке желчного пузыря

11. Миниинвазивные методы при восстановлении проходимости желчных протоков при опухолевых поражениях

### **Тема 18: Рак большого дуоденального сосочка. Диагностика. Радикальные операции.**

#### Собеседование по контрольным вопросам:

1. Рак большого дуоденального сосочка
2. Эпидемиология
3. Клиника
4. Диагностика
5. Эндоскопические методы диагностики
6. Дифференциальная диагностика
7. Радикальные операции
8. Паллиативные операции

### **Тема 19: Острая печеночно-почечная недостаточность. Прогноз и результаты лечения печеночно-почечной недостаточности**

#### Собеседование по контрольным вопросам:

1. Острая печеночно-почечная недостаточность
2. Клиника
3. Диагностика
4. Лечение
5. Гемо-и лимфосорбция при недостаточности печени
6. Прогноз и результаты лечения печеночно-почечной недостаточности

### **Тема 20: Особенности лечения пациентов со стенозом терминального отдела гепатикохоледоха и большого дуоденального соска, при холедохолитиазе**

#### Собеседование по контрольным вопросам:

1. Особенности лечения пациентов со стенозом терминального отдела гепатикохоледоха
2. Особенности лечения пациентов со стенозом большого дуоденального соска
3. Особенности лечения пациентов при холедохолитиазе
4. Миниинвазивные методы при восстановлении проходимости желчных протоков при опухолевых поражениях
5. Папиллосфинктеротомия при стенозе большого дуоденального сосочка

#### Практические навыки:

1. Особенности лечения пациентов со стенозом терминального отдела гепатикохолевода
2. Детодика выполнения папиллосфинктеротомии
3. Подготовка пациентов к ПСТ
4. Профилактика возможных осложнений
5. Методика литоэкстракции
6. Методика литотрипсии при холедохолитиазе

## **Тема 21: Современные принципы лечения пациентов с механической желтухой и холангитом.**

### Собеседование по контрольным вопросам:

1. Особенности лечения пациентов со стенозом терминального отдела гепатикохолевода
2. Современные принципы лечения пациентов с механической желтухой
3. Современные принципы лечения пациентов с холангитом
4. Назобилиарное дренирование при механической желтухе осложненной холангитом
5. Литоэкстракция и литотрипсия при холедохолитиазе
6. Миниинвазивные методы дренирования билиарного дерева при билиарной гипертензии

### Ситуационные задачи

**Задача №1.** Пациент С., 45 лет, поступил в клинику с жалобами на сильные боли в верхних отделах живота, которые появились за 2 ч до поступления. Больной в течение 10 лет страдает язвенной болезнью желудка. При осмотре: состояние тяжелое. Кожные покровы бледные. Пульс 60 в минуту, АД 100/60 мм рт.ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот не участвует в дыхании, резко напряженный и болезненный в верхних отделах, где определяется положительный симптом Щеткина—Блюмберга. С диагнозом «прободная язва желудка» больной экстренно взят на операцию. Выполнена лапароскопия. При ревизии обнаружено, что в брюшной полости около 500 мл прозрачного выпота с незначительной примесью фибрина и желудочного содержимого. Париетальная и висцеральная брюшина в верхних отделах живота гиперемирована, без налета фибрина. По передней стенке антрального отдела желудка имеется опухолевидный инфильтрат 7х7 см с перфорацией в центре; в малом сальнике увеличенные лимфатические узлы до 1,5 см, плотные.

- a. Диагноз?
- b. Объем оперативного вмешательства
- c. Санитарное и дренирование брюшной полости

**Задача №2.** Больная 65 лет доставлена в приемный покой с жалобами на приступообразные боли в эпигастрии и правом подреберье, желтушность кожных покровов, ознобы. Боли подобного характера беспокоят в течение 5 лет после перенесенной холецистэктомии. Лечилась приемом Ношпы, не обследовалась.

Объективно: состояние средней тяжести, кожные покровы желтушные, температура 38,0<sup>0</sup>С, пульс 110 уд/мин, язык сухой, обложен белым налетом. При пальпации живота выявляются умеренное напряжение и болезненность в эпигастральной области и правом подреберье. Лейкоцитоз – 17,0·10<sup>9</sup>/л, общий билирубин – 110 мкмоль/л, прямой – 84 мкмоль/л, непрямой – 26 мкмоль/л, амилаза крови – 118,0 г/л в час. Заключение УЗИ: печень без очаговых образований, желчный пузырь отсутствует, общий желчный проток расширен до 18 мм. При РХПТ выявлен в нем крупный конкремент, который

после эндоскопической папиллотомии извлечь не удастся.

1. *Ваши действия?*
2. *Дальнейшее лечение*

**Задача №3.** Больному во время операции по поводу острого калькулезного холецистита, после того как был удален желчный пузырь, через культю пузырного протока произведена холангиография. На холангиограмме общий печеночный и общий желчный проток расширены до 13-15 мм. В дистальной части общего желчного протока виден «обрыв», ниже которого желчный проток не контрастируется, контрастное вещество в двенадцатиперстную кишку не поступает. Форма «обрыва» контраста круглая, полуовальная, так называемый симптом «клешни»

Вопрос.

1. Как вы расцениваете данные, полученные на холангиограмме?
2. Что может вызвать окклюзию желчных протоков (все причины) и что вызвало окклюзию желчных протоков в данном случае?
3. Каковы ваши дальнейшие действия, какой объем операции должен быть выполнен?

**Задача №4.** Больной Н., 52 лет, поступил с жалобами на желтушность кожных покровов, потемнение мочи, светлый кал. 3 месяца назад перенес приступ болей в эпигастрии, после чего появилась желтушность склер. Лечился в стационаре, желтуха была купирована. Две недели назад без болевого приступа вновь появилась желтуха. В весе за время болезни потерял 8 кг. Злоупотребляет алкоголем. При осмотре иктеричность кожи и слизистых, правая доля печени несколько увеличена, пальпируется увеличенный безболезненный желчный пузырь. Лабораторные методы исследования: билирубин общий - 88 мкмоль/л, билирубин прямой 56 мкмоль/л, билирубин не прямой - 32 мкмоль/л, протромбиновый индекс 73 %, альбумин сыворотки - 32 г/л, амилаза крови 48 мг/кх/ч.

При УЗИ печень однородна, край +3 см из-под реберной дуги, внутripеченочные протоки расширены, холедох расширен до 12 мм. В головке поджелудочной железы определяется образование пониженной плотности диаметром 33 мм. При попытке РХПГ холедох и вирсунгов проток не контрастированы.

*Вопросы:*

1. *Ваш диагноз.*
2. *Необходимые дополнительные методы исследования.*
3. *Лечебная тактика.*
4. *Необходимый объем консервативной терапии.*
5. *Оперативное лечение.*

**Задача №5.** Больной Н., 52 лет, поступил с жалобами на желтушность кожных покровов, потемнение мочи, светлый кал. 3 месяца назад перенес приступ болей в эпигастрии, после чего появилась желтушность склер. Лечился в стационаре, желтуха была купирована. Две недели назад без болевого приступа вновь появилась желтуха. В весе за время болезни потерял 8 кг. Злоупотребляет алкоголем. При осмотре иктеричность кожи и слизистых, правая доля печени несколько увеличена, пальпируется увеличенный безболезненный желчный пузырь. Лабораторные методы исследования: билирубин общий - 88 мкмоль/л, билирубин прямой 56 мкмоль/л, билирубин не прямой - 32 мкмоль/л, протромбиновый индекс 73 %, альбумин сыворотки - 32 г/л, амилаза крови 48 мг/кх/ч.

При УЗИ печень однородна, край +3 см из-под реберной дуги, внутripеченочные протоки расширены, холедох расширен до 12 мм. В головке поджелудочной железы определяется образование пониженной плотности диаметром 33 мм. При попытке РХПГ холедох и вирсунгов проток не контрастированы.

*Вопросы:*

1. *Ваш диагноз.*
2. *Необходимые дополнительные методы исследования.*
3. *Лечебная тактика.*
4. *Необходимый объем консервативной терапии.*

## 5. Оперативное лечение.

**Задача: 6.** Больному во время операции по поводу острого калькулезного холецистита, после того как был удален желчный пузырь, через культю пузырного протока произведена холангиография. На холангиограмме общий печеночный и общий желчный проток расширены до 13-15 мм. В дистальной части общего желчного протока виден «обрыв», ниже которого желчный проток не контрастируется, контрастное вещество в двенадцатиперстную кишку не поступает. Форма «обрыва» контраста круглая, полуовальная, так называемый симптом «клешни»

Вопрос.

1. Как вы расцениваете данные, полученные на холангиограмме?
2. Что может вызвать окклюзию желчных протоков (все причины) и что вызвало окклюзию желчных протоков в данном случае?
3. Каковы ваши дальнейшие действия, какой объем операции должен быть выполнен?

**Задача: 7.** Больная 38 лет, третий раз за последние два года поступает в клинику с приступами острого холецистита. Последний раз была доставлена с интенсивными болями в правом подреберье. Объективно: кожные покровы и склеры интенсивно желтого цвета с зеленоватым оттенком. Кожный зуд. Общий билирубин -180 мкмоль.литр, прямой - 110 мкмоль.литр. В течение суток состояние не улучшилось, нарастает лейкоцитоз. В правом подреберье пальпируется увеличенный болезненный желчный пузырь, здесь же отмечается напряжение мышц передней брюшной стенки, а также появились признаки раздражения брюшины. На УЗИ обнаружены камни в желчном пузыре, холедох исследовать не удается из-за вздутия кишечника (парез кишечника). Решено больную оперировать.

Вопрос.

1. Сформулируйте полный диагноз.
2. Какая операция должна быть выполнена в данной ситуации?
3. Что такое интероперационная холангиография?
4. Какая патология желчных протоков может привести к нарушению оттока желчи и как это может повлиять на объем операции?

### Практические навыки:

1. Особенности лечения пациентов со стенозом терминального отдела гепатикохоледоха
2. Современные принципы лечения пациентов с механической желтухой
3. Методика чрескожной чреспеченочной холецистостомии
4. Назобилиарное дренирование при механической желтухе осложненная холангитом
5. Методика назобилиарного дренирования
6. Послеоперационное ведение пациентов с наружным дренированием билиарного дерева
7. Осложнения при наружном дренировании, уход
8. Методика фистулографии, сроки удаления дренажей

## **Тема 22: Основные принципы лечения портальной гипертензии**

### Собеседование по контрольным вопросам:

1. Циррозы печени и портальная гипертензия. Актуальность проблемы
2. В норме давление в системе портальных вен
3. Локализация источника кровотечения



5. Классификация цирроза печени
6. Рентгеноконтрастные и манометрические исследования кровообращения печени при портальной гипертензии
7. Классификация портальной гипертензии
8. Осложнения
9. Печеночная энцефалопатия
10. Оценочные критерии функциональных классов цирроза печени (по Чайлду-Пью)
11. Предвестники *предстоящей геморрагии*

Практические навыки:

1. Методы диагностика портальной гипертензии
2. Классификация степени расширения вен пищевода и желудка
3. Эндоскопические и морфологические методы
4. Хирургические методы лечения осложнений цирроза печени и портальной гипертензии
5. Тактика хирурга при остром кровотечении из варикозных вен пищевода и желудка
6. Установка обтурирующего зонда-баллона при кровотечении из варикозных вен пищевода, желудка
7. Неотложные операции при портальной гипертензии
8. Лечение острой печеночной недостаточности при портальной гипертензии
9. Хирургические методы лечения осложнений цирроза печени и портальной гипертензии
10. Неотложные операции при портальной гипертензии

**Тема 23: Механическая желтуха. Клиника механической желтухи. Методы диагностики до операции и во время ее. Особенности предоперационной подготовки больных механической желтухой. Эндоскопические методы лечения.**

Собеседование по контрольным вопросам:

1. Клиника механической желтухи
2. Методы диагностики до операции и во время ее
3. Лабораторные, УЗИ и эндоскопические признаки
4. Дифференциальная диагностика желтух
5. Осложнения механической желтухи
6. Особенности предоперационной подготовки больных механической желтухой
7. Эндоскопические методы лечения. Миниинвазивные технологии
8. Хирургические методы лечения
9. Показания к холедохотомии и техника ее выполнения
10. Выбор метода завершения холедохотомии
11. Показания и техника операций на большом дуоденальном сосочке
12. Осложнения во время операций на желчных протоках
13. Послеоперационные осложнения (ранние и поздние)
14. Особенности ведения больных с наружным дренированием желчных протоков

Тестовый контроль:

1. Острый холецистит обычно начинается с:
  - а) повышения температуры
  - б) появления рвоты
  - в) болей в правом подреберье
  - г) расстройства стула
  - д) тяжести в эпигастральной области
2. Приступ печеночной колики обычно провоцируется:
  - а) приёмом алкоголя
  - б) тяжелой физической нагрузкой
  - в) психоэмоциональным напряжением
  - г) употреблением жирной и жареной пищи
  - д) переохлаждением
3. Желчно-каменная болезнь может протекать в следующих клинических формах:
  - а) латентная
  - б) диспептическая
  - в) болевая
  - г) все ответы верны
  - д) все ответы неверны
4. Для острого холецистита характерны все симптомы, кроме:
  - а) Грекова-Ортнера
  - б) Кера
  - в) Ровзинга
  - г) Мерфи
  - д) Мюсси-Георгиевского
5. Симптом Курвуазье это:
  - а) увеличенный болезненный желчный пузырь при остром холецистите
  - б) увеличенный безболезненный желчный пузырь при механической желтухе
  - в) увеличенный желчный пузырь при его водянке
  - г) все ответы верны
  - д) все ответы неверны
6. Нормальный уровень билирубина крови:
  - а) 5 - 10 мкмоль/л
  - б) 6 - 20 мкмоль/л
  - в) 10 - 25 мкмоль/л
  - г) 15 - 30 мкмоль/л
  - д) 15 - 25 мкмоль/л
7. Холедохолитиаз это наличие камней в:
  - а) в желчной пузыре
  - б) во внутripеченочных протоках
  - в) в пузырном протоке
  - г) в печеночном протоке
  - д) в общем желчном протоке
8. Холедохолитиаз клинически может протекать в виде:
  - а) механической желтухи
  - б) гнойного холангита
  - в) панкреатита
  - г) все ответы верны
  - д) все ответы неверны
9. При остром холецистите противопоказано применение:
  - а) анальгина
  - б) но-шпы
  - в) морфина
  - г) атропина
  - д) баралгина
10. Характерным лабораторным признаком острого неосложнённого холецистита является:

- а) диастазурия
  - б) лейкоцитоз
  - в) гипогликемия
  - г) глюкозурия
  - д) гипербилирубинемия
11. Основным методом исследования больных неосложнённым холециститом является:
- а) инфузионная холеграфия
  - б) ЭРПХГ
  - в) УЗИ
  - г) лапароскопия
  - д) фиброгастродуоденоскопия
12. Ширина общего желчного протока в норме:
- а) до 5 мм
  - б) до 8 мм
  - в) до 10 мм
  - г) до 12 мм
  - д) до 15 мм
13. Для уменьшения болей при остром холецистите местно на область правого подреберья можно применить:
- а) холод
  - б) тепло
  - в) массаж
  - г) все ответы верны
  - д) все ответы неверны
14. Острый бескаменный холецистит чаще бывает у:
- а) детей
  - б) мужчин
  - в) женщин
  - г) стариков
  - д) все ответы верны
15. Самой частой клинической формой острого калькулезного холецистита является:
- а) катаральный
  - б) флегмонозный
  - в) гангренозный
  - г) перфоративный
  - д) апостематозный
16. Острый холецистит дифференцируют с:
- а) острым аппендицитом
  - б) острой кишечной непроходимостью
  - в) правосторонней нижнедолевой пневмонией
  - г) прободной язвой 12 перстной кишки
  - д) все ответы верны
17. При остром холецистите с местным перитонитом показана операция:
- а) в течение ближайших 6 часов
  - б) в течение 12 часов
  - в) в течение 24 часов
  - г) в течение 32 часов
  - д) в течение 48 часов
18. К осложнениям острого холецистита не относят:
- а) механическую желтуху
  - б) холангит
  - в) подпеченочный абсцесс
  - г) перитонит
  - д) варикозное расширение вен пищевода
19. Для уточнения характера желтухи не используется:

- а) компьютерная томография
  - б) внутривенная холецистохолангиография
  - в) чрезкожнаячрезпеченочнаяхолангиография
  - г) ЭРХПГ
  - д) УЗИ
20. Для клиники гнойного холангита не характерно:
- а) желтуха
  - б) повышение температуры
  - в) уменьшение размеров печени
  - г) лейкоцитоз со сдвигом влево
  - д) увеличение печени
21. Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография показана при:
- а) любом холедохолитиазе
  - б) вентильном камне холедоха
  - в) остром холецистите
  - г) холангите
  - д) остром панкреатите
22. Наиболее опасным осложнением ЭРХПГ является:
- а) острый панкреатит
  - б) острый холецистит
  - в) перитонит
  - г) подпеченочный абсцесс
  - д) печеночная недостаточность
23. При вклиненном камне большого дуоденального соска показана операция:
- а) холецистэктомия
  - б) холецистэктомия и холедохолитотомия
  - в) холедоходуоденоанастомоз
  - г) эндоскопическая папиллотомия
  - д) холедохотомия с наружным дренажем холедоха
24. Показаниями для наложения холедоходуоденоанастомоза (ХДА) являются:
- а) одиночный камень холедоха
  - б) множественный холедохолитиаз
  - в) вклиненный камень папиллы
  - г) все ответы верны
  - д) все ответы неверны
25. Наружный дренаж холедоха по Пиковскому это:
- а) дренаж через культю пузырного протока
  - б) дренаж через холедохотомическое отверстие
  - в) "скрытый" дренаж
  - г) Т-образный дренаж
  - д) дренаж с выходом в 12 перстную кишку.
26. Основная опасность при гнойном холангите заключается в развитии:
- а) механической желтухи
  - б) абсцессов печени
  - в) сепсиса
  - г) перитонита
  - д) печеночной недостаточности
27. При механической желтухе повышается билирубин:
- а) прямой
  - б) непрямой
  - в) прямой и непрямой
  - г) все ответы верны
  - д) все ответы неверны
28. Интраоперационнаяхолангиография показана:
- а) при широком (более 10 мм) холедохе

- б) при пальпируемых камнях в холедохе
  - в) после любой холецистэктомии
  - г) при недостатке информации о проходимости холедоха
  - д) при поставленном диагнозе механической желтухи
29. Наружный дренаж холедоха удаляется через:
- а) 3 дня
  - б) 7 дней после фистулохолангиографии
  - в) 10 дней
  - г) 15 дней
  - д) 20 дней
30. При "забытых" после операции камнях в холедохе показано:
- а) повторная операция через месяц
  - б) повторная операция через 3 месяца
  - в) эндоскопическая папиллотомия
  - г) наблюдение за больным, операция только при возникновении желтухи
  - д) применение препаратов, растворяющих камни

#### Практические навыки:

1. Методы диагностики механической желтухи до операции и во время ее
2. Особенности предоперационной подготовки больных механической желтухой
3. Эндоскопические методы лечения. Миниинвазивные технологии
4. Хирургические методы лечения
5. Показания к холедохотомии и техника ее выполнения
6. Выбор метода завершения холедохотомии
7. Показания и техника операций на большом дуоденальном сосочке
8. Осложнения во время операций на желчных протоках
9. Послеоперационные осложнения (ранние и поздние)
10. Особенности ведения больных с наружным дренированием желчных протоков

#### **Тема 24: Хирургические методы лечения механической желтухи. Показания к холедохотомии и техника ее выполнения. Выбор метода завершения холедохотомии.**

#### Собеседование по контрольным вопросам:

1. Клиника механической желтухи
2. Методы диагностики до операции и во время ее
3. Лабораторные, УЗИ и эндоскопические признаки
4. Дифференциальная диагностика желтух
5. Осложнения механической желтухи
6. Особенности предоперационной подготовки больных механической желтухой
7. Эндоскопические методы лечения. Миниинвазивные технологии
8. Хирургические методы лечения
9. Показания к холедохотомии и техника ее выполнения
10. Выбор метода завершения холедохотомии
11. Показания и техника операций на большом дуоденальном сосочке

12. Осложнения во время операций на желчных протоках
13. Послеоперационные осложнения (ранние и поздние)
14. Особенности ведения больных с наружным дренированием желчных протоков

Практические навыки:

1. Методы диагностики механической желтухи до операции и во время ее
2. Особенности предоперационной подготовки больных механической желтухой
3. Эндоскопические методы лечения. Миниинвазивные технологии
4. Хирургические методы лечения
5. Показания к холедохотомии и техника ее выполнения
6. Выбор метода завершения холедохотомии
7. Показания и техника операций на большом дуоденальном сосочке
8. Осложнения во время операций на желчных протоках
9. Послеоперационные осложнения (ранние и поздние)
10. Особенности ведения больных с наружным дренированием желчных протоков

**Тема 25: Показания и техника операции на большом дуоденальном сосочке.  
Особенности ведения больных с наружным дренированием желчных протоков.**

Собеседование по контрольным вопросам:

1. Показания к операциям на большом дуоденальном сосочке
2. Ретроградная холангиопанкреатография, диагностические возможности
3. Противопоказания к ретроградной холангиопанкреатографии
4. Методики папилосфинктеротомии
5. Осложнения папилосфинктеротомии
6. Методики литоэкстракции из холедоха
7. Методика литотрипсии при холедохолитиазе
8. Назобилиарное дренирование, показания, уход в послеоперационном периоде
9. Осложнения при операциях на большом дуоденальном сосочке

Практические навыки:

1. Методика ретроградной холангиопанкреатографии, диагностические возможности
2. Методики папилосфинктеротомии, противопоказания
3. Осложнения папилосфинктеротомии
4. Методики литоэкстракции из холедоха
5. Методика литотрипсии при холедохолитиазе
6. Методика назобилиарного дренирования, показания, уход в послеоперационном периоде
7. Профилактика осложнений при операциях на большом дуоденальном сосочке

**Тема 26: Реконструктивно-восстановительная хирургия желчных протоков.  
Постхолецистэктомический синдром. Резидуальные камни. Операция при**

## **патологии дистального отдела холедоха. Операции при стриктурах внепеченочных желчных протоков.**

### Собеседование по контрольным вопросам:

1. Реконструктивно-восстановительная хирургия желчных протоков
2. Постхолецистэктомический синдром. Понятие и причины
3. Дооперационная диагностика, патологий желчевыводящих протоков
4. Показания к повторной операции на желчных протоках
5. Неудаленный полностью желчный пузырь
6. Длинная культя пузырного протока
7. Резидуальные камни
8. Операции при патологии дистального отдела холедоха
9. Операции при стриктурах внепеченочных желчных протоков

### Практические навыки:

1. Операционные диагностические исследования
2. Операции при патологии дистального отдела холедоха
3. Операции при стриктурах внепеченочных желчных протоков
4. Реконструктивно-восстановительная хирургия желчных протоков.
5. Какие заболевания подразумеваются под синдромом «постхолецистэктомический синдром»?
6. Причины, которые приводят к резидуальным камням холедоха

## **Тема 27: Диагностика повреждений желчных протоков в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде, тактика хирурга. Сроки удаления дренажей при восстановлении на них проходимости желчных протоков.**

### Собеседование по контрольным вопросам:

1. Хирургия повреждений внепеченочных желчных протоков
2. Причины травмы внепеченочных желчных протоков
3. Диагностика повреждений желчных протоков в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде, тактика хирурга
4. Методы восстановления проходимости желчных протоков при их повреждении
5. Сроки удаления дренажей при восстановлении проходимости желчных протоков

### Практические навыки:

1. Интраоперационные методы диагностики повреждений внепеченочных желчных протоков
2. Причины травмы внепеченочных желчных протоков
3. Тактика хирурга при массивном спаечном процессе в зоне операции при холецистэктомии
4. Профилактика повреждений внепеченочных желчных протоков

5. Диагностика повреждений желчных протоков в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде, тактика хирурга
6. Тактика хирурга при повреждении внепеченочных желчных протоков
7. Сроки удаления дренажей при восстановлении проходимости желчных протоков

### **Тема 28: Методы восстановления проходимости желчных протоков при повреждении.**

#### Собеседование по контрольным вопросам:

1. Показания к восстановлению внепеченочных желчных протоков при их повреждении, сроки
3. Тактика хирурга при частичной повреждении холедоха
4. Тактика хирурга при полном пересечении желчного потока
5. Показания к первичному восстановлению холедоха
6. Методы восстановления проходимости желчных протоков при их повреждении

#### Практические навыки:

1. Техника шва холедоха при частичном повреждении
2. Техника шва холедоха при полном пересечении холедоха
3. Диагностика повреждений желчных протоков в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде, тактика хирурга
4. Тактика хирурга при полном пересечении общего желчного протока во время операции
5. Тактика хирурга при полном пересечении общего желчного протока через 7-10 дней

### **Тема 29: Билиодигестивные соустья при посттравматических стриктурах желчных протоков. Ближайшие и отдаленные результаты операций.**

#### Собеседование по контрольным вопросам:

1. Реконструктивно-восстановительная хирургия желчных протоков
2. Диагностика стриктур желчных протоков в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде, тактика хирурга
3. Методы восстановления проходимости желчных протоков при их стриктурах
4. Билиодигестивные соустья при посттравматических стриктурах желчных протоков

#### Практические навыки:

1. Оперативные вмешательства при стриктурах желчных протоков
2. Методика стентирования, показания, противопоказания
3. Техника операций гепатикоюностомии, этапы
4. Методика «забытых дренажей»
5. Сроки реконструктивных операций при механической желтухе.



6. Билиодигестивные соустья при посттравматических стриктурах желчных протоков

### **Тема 30: Миниинвазивные технологии (пункционно-дренирующий способ) в разрешении механической желтухи.**

#### Собеседование по контрольным вопросам:

1. Классификация тяжести механической желтухи
2. Эндоскопические методы разрешения механической желтухи
3. Миниинвазивные технологии в лечении механической желтухи
4. Показания к чрескожно чреспеченочному дренированию желчных протоков
5. Показания и техника операций на большом дуоденальном сосочке

#### Практические навыки:

1. Методы диагностики механической желтухи до операции и во время ее
2. Особенности предоперационной подготовки больных механической желтухой
3. Методика стентирования холедоха, наблюдении в послеоперационном периоде
4. Техника назобилиарного дренирования
5. Миниинвазивные технологии в разрешении механической желтухи
6. Особенности ведения больных с наружным дренированием желчных протоков

### **Тема 31: Ятрогенные повреждения и стриктуры внепечёночных желчных протоков, профилактика и лечение**

#### Собеседование по контрольным вопросам:

1. Основные причины ятрогенного повреждения желчных протоков
2. Причины ятрогенных послеоперационных стриктур желчных протоков
3. Профилактика ятрогенных повреждений во время операции
4. Профилактика послеоперационных стриктур желчных протоков
5. Диагностика послеоперационных стриктур

## **Раздел 5. Заболевания поджелудочной железы**

*Коды контролируемых компетенций: ПК-5, ПК-6.*

### **Тема 1: Кисты поджелудочной железы, показания к применению миниинвазивных хирургических способов лечения.**

#### Собеседование по контрольным вопросам:

1. Кисты поджелудочной железы. Этиология
2. Диагностика кист поджелудочной железы
3. Классификация кист поджелудочной железы
4. Клиника.
5. Псевдокисты поджелудочной железы. Этиология и патогенез
6. Классификация и стадия формирования
7. Клиника. Осложнения
8. Дифференциальная диагностика
9. Послеоперационное лечение
10. Сроки хирургического лечения пациентов при сохранении наружного панкреатического свища

Собеседование по контрольным вопросам:

1. УЗИ картина кист поджелудочной железы
2. Псевдокисты поджелудочной железы. Этиология и патогенез
3. Методика наружного дренирования кист поджелудочной железы
4. Оперативные вмешательства, сроки проведения
5. Методика шунтирующих операций
6. Методика фистулографии после дренирования кист поджелудочной железы
7. Послеоперационное лечение пациентов
8. Методика тонкоигольного дренирования кист поджелудочной железы
9. Сроки хирургического лечения пациентов при сохранении наружного панкреатического свища

**Тема 2: Опухоли поджелудочной железы. Диагностика. Оперативное лечение**

Собеседование по контрольным вопросам:

1. Опухоли поджелудочной железы. Эпидемиология.
2. Патоморфология опухолей поджелудочной железы
3. Рак поджелудочной железы. Клиника
4. Диагностика (лучевая, эндоскопическая, операционная)
5. Хирургические методы лечения
6. Послеоперационное ведение
7. Нейроэндокринные опухоли поджелудочной железы
8. Показания к панкреатобилиарной резекции поджелудочной железы

Практические навыки:

1. Диагностические возможности КТ и МРТ для диагностики опухоли поджелудочной железы
2. Палиативные оперативные вмешательства при раке поджелудочной железы
3. Дифференциальная диагностика рака поджелудочной железы
4. Рентгенологические симптомы рака поджелудочной железы

5. Эндоскопические признаки рака поджелудочной железы
6. Методика радикальной операции панкреатодуоденальной резекции, основные этапы
7. Послеоперационные осложнения панкреатодуоденальной резекции
8. Хирургические методы лечения
9. Послеоперационное ведение
10. Показания к панкреатобилиарной резекции поджелудочной железы

## *Раздел 6. Грыжи*

*Коды контролируемых компетенций: ПК-2, ПК-5, ПК-6.*

### **Тема 1: Грыжи. Классификация. Диагностика. Хирургическое лечение. Послеоперационный период**

#### Собеседование по контрольным вопросам:

1. Грыжи. Общее учение о грыжах. Профилактика
2. Классификация. Эпидемиология. Этиология
3. Составные части грыжи
4. Симптоматология. Диагностика
5. Хирургическое лечение
6. Послеоперационный период
7. Осложнения
8. Невправимая грыжа
9. Ущемленная грыжа
10. Механизм ущемления
11. Патологоанатомические изменения

#### Практические навыки:

1. Диагностика грыжи.
2. Прямые и косые грыжи, диагностика
3. Методика диафаноскопии при диагностике грыж
4. Дифференциальная диагностика грыж
5. Признаки флегмоны грыжевого мешка
6. Тактика хирурга при флегмоне грыжи
7. Види ущемления, дифференциальная диагностика

### **Тема 2: Диафрагмальные грыжи. Классификация. Травматические диафрагмальные грыжи. Диагностика. Лечение. Грыжи пищеводного отверстия. Лечение.**

#### Собеседование по контрольным вопросам:

1. Диафрагмальные грыжи, Эпидемиология.
2. Классификация
3. Травматические диафрагмальные грыжи
4. Клинические формы.Симптоматология
5. Диагностика. Дифференциальная диагностика
6. Лечение
7. Осложнения
8. Нетравматическая диафрагмальная грыжа
9. Грыжи пищеводного отверстия
10. Симптоматология. Рентгенодиагностика
11. Рентгенодиагностика
12. Лечение

Практические навыки:

1. Рентгенологические признаки диафрагмальной грыжи,
2. Симптоматология ущемлений диафрагмальной грыжи
3. Показания к оперативному лечению диафрагмальных грыж
4. Методика операций при диафрагмальных грыжах
5. Классификация грыж пищеводного отверстия диафрагмы
6. Показания к оперативному лечению при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы
7. Методика операций при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы
8. Послеоперационное ведение пациентов

**Тема 3: Паховые грыжи. Лечение хирургическое. Сравнительная оценка хирургических методов лечения**

Собеседование по контрольным вопросам:

1. Косые паховые грыжи
2. Анатомические особенности
3. Клинические проявления. Диагностика
4. Хирургическое лечение
5. Сравнительная оценка хирургических методов лечения
6. Послеоперационное течение
7. Послеоперационные осложнения
8. Профилактика и лечение послеоперационных осложнений
9. Рецидивы при прямых и косых паховых грыжах
10. Скользящие паховые грыжи и их оперативное лечение
11. Осложнения паховых грыж
12. Лечение
13. Травматические грыжи. Симптоматология. Диагностика
14. Экспертиза трудоспособности

Практические навыки:

1. Дифференциальная диагностика прямых и косых грыж
2. Методика диафаноскопии при диагностике грыж
3. Анатомические особенности паховых грыж
4. Клинические проявления. Диагностика
5. Методики натяжной пластики при паховых грыжах
6. Методики не натяжной пластики при паховых грыжах
7. Отдаленные последствия после оперативного лечения
8. Послеоперационные осложнения
9. Профилактика послеоперационных осложнений
10. Особенности клинической картины пристеночного ущемления кишки

#### **Тема 4: Бедренные грыжи. Дифференциальная диагностика. Хирургическое лечение. Профилактика и лечение послеоперационных осложнений**

##### Собеседование по контрольным вопросам:

1. Бедренные грыжи. Эпидемиология
2. Топографоанатомические особенности
3. Этиология. Разновидности
4. Симптоматология. Диагностика
5. Дифференциальная диагностика
6. Хирургическое лечение
7. Осложнения
8. Профилактика и лечение послеоперационных осложнений

##### Практические навыки:

1. Особенности бедренных грыж
2. Опасности при операциях на бедренных грыжах
3. Правило рассечения ущемляющего кольца при бедренных грыжах
4. Послеоперационное ведение пациентов
5. Топографоанатомические особенности
6. Дифференциальная диагностика
7. Методика грыжесечения при бедренной грыже
8. Профилактика и лечение послеоперационных осложнений

#### **Тема 5: Пупочная грыжа. Диагностика. Лечение. Осложнения и их лечение**

##### Собеседование по контрольным вопросам:

1. Пупочная грыжа. Эпидемиология
2. Этиология. Разновидности
3. Классификация
4. Симптоматология. Профилактика
5. Лечение

6. Осложнения и их лечение
7. Реабилитация и экспертиза трудоспособности

Практические навыки:

1. Диагностика пупочных грыж
2. Классификация
3. Методика операций натяжной пластики пупочных грыж
4. Правило пластики ненатяжной пластики пупочных грыж
5. Показания к натяжной пластике пупочных грыж в зависимости от размеров
6. Признаки ущемлений пупочных грыж
7. Профилактика осложнений во время операции
8. Послеоперационное ведение пациентов

**Тема 6: Грыжа белой линии живота. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Хирургические методы лечения**

Собеседование по контрольным вопросам:

1. Грыжа белой линии живота. Эпидемиология
2. Этиология. Разновидности
3. Классификация
4. Симптоматология. Диагностика
5. Профилактика
6. Дифференциальная диагностика
7. Хирургические методы лечения
8. Лечение
9. Осложнения и их лечение
10. Реабилитация и экспертиза трудоспособности

Практические навыки:

1. Диагностика грыж белой линии живота
2. Методика операций натяжной пластики
3. Правило пластики ненатяжной пластики
4. Показания к натяжной пластике в зависимости от размеров
5. Признаки ущемлений грыж белой линии живота
6. Профилактика осложнений во время операции
7. Послеоперационное ведение пациентов

**Тема 7: Внутривентральные внутренние грыжи. Классификация.**

Собеседование по контрольным вопросам:

1. Внутрибрюшинные внутренние грыжи (брыжеечно-пристеночные, грыжи винслова отверстия или сальникового отверстия, брыжейки поперечно-ободочной кишки или сальниковой сумки, брыжейки тонкой кишки, сигмовидной кишки, червеобразного отростка и сальника, серповидной связки печени, дугласова пространства, перепончато-сальниковые)
2. Хирургические методы лечения
3. Осложнения и их лечение

Практические навыки:

1. Внутрибрюшинные внутренние грыжи (брыжеечно-пристеночные, грыжи винслова отверстия или сальникового отверстия, брыжейки поперечно-ободочной кишки или сальниковой сумки, брыжейки тонкой кишки, сигмовидной кишки, червеобразного отростка и сальника, серповидной связки печени, дугласова пространства, перепончато-сальниковые)
2. Принципы хирургического лечения

**Тема8: Методы не натяжной пластики при грыжесечении. Материалы для аллопластики.**

Собеседование по контрольным вопросам:

1. Методы не натяжной пластики при грыжесечении
2. Показания к не натяжной пластике грыж
3. Противопоказания к не натяжной пластике грыж
4. Методики не натяжной пластике грыж
5. Особенности не натяжной пластике грыж
6. Материалы для аллопластики.
7. Классификация материалов для аллопластики
8. Профилактика осложнений во время операции
9. Профилактика осложнений в послеоперационном периоде
10. Реабилитация и экспертиза трудоспособности

Практические навыки:

1. Методы не натяжной пластики при грыжесечении
2. Показания к не натяжной пластике грыж
3. Противопоказания к не натяжной пластике грыж
4. Методики не натяжной пластике грыж
5. Особенности не натяжной пластике грыж
6. Материалы для аллопластики.
7. Профилактика осложнений во время операции
8. Профилактика осложнений в послеоперационном периоде
9. Принципы оперативного лечения в зависимости от размеров грыж
10. Профилактика осложнений во время операции
11. Послеоперационное ведение пациентов

## **Тема 9: Лапароэндоскопическая хирургия грыж паховой области.**

### Собеседование по контрольным вопросам:

1. Лапароэндоскопическая хирургия грыж паховой области
2. Показания к лапароэндоскопическим операциям паховых грыж
3. Противопоказания к лапароэндоскопическим операциям паховых грыж
4. Методики лапароэндоскопическим операций паховых грыж
5. Особенности лечения лапароэндоскопическим способом паховых грыж
6. Профилактика осложнений

### Практические навыки:

1. Показания к лапароэндоскопическим операциям паховых грыж
2. Противопоказания к лапароэндоскопическим операциям паховых грыж
3. Методики лапароэндоскопическим операций паховых грыж
4. Особенности лечения лапароэндоскопическим способом паховых грыж
5. Обследование пациентов к операциям

## **Тема 10: Малоинвазивная хирургия первичных и послеоперационных вентральных грыж**

### Собеседование по контрольным вопросам:

1. Лапароэндоскопическая хирургия вентральных грыж
2. Показания к лапароэндоскопическим операциям вентральных грыж
3. Противопоказания к лапароэндоскопическим операциям вентральных грыж
4. Методики лапароэндоскопическим операций вентральных грыж
5. Особенности лечения лапароэндоскопическим способом вентральных грыж
6. Профилактика осложнений
7. Обследование пациентов к операциям
8. Осложнения при лапароэндоскопических операциях
9. Реабилитация и экспертиза трудоспособности

### Практические навыки:

10. Показания к лапароэндоскопическим операциям вентральных грыж
11. Противопоказания к лапароэндоскопическим операциям вентральных грыж
12. Методики лапароэндоскопическим операций вентральных грыж
13. Особенности лечения лапароэндоскопическим способом вентральных грыж
14. Профилактика осложнений
15. Обследование пациентов к операциям
16. Осложнения при лапароэндоскопических операциях
17. Профилактика осложнений во время операции
18. Послеоперационное ведение пациентов



## **Тема 11:Предбрюшинные грыжи. Диагностика, лечение**

Собеседование по контрольным вопросам:

1. Грыжа мечевидного отростка
2. Боковая грыжа живота
3. Поясничная грыжа
4. Запирательная грыжа
5. Седалищная грыжа
6. Промежностная грыжа

## **Тема 12:Редкие формы грыж. Диагностика. Принципы оперативного лечения**

Собеседование по контрольным вопросам:

7. Грыжа мечевидного отростка
8. Боковая грыжа живота
9. Поясничная грыжа
10. Запирательная грыжа
11. Седалищная грыжа
12. Промежностная грыжа
13. Внутренние брюшные грыжи
14. Понятие о внутренних брюшных грыжах
15. Симптоматология. Диагностика
16. Предбрюшинные внутренние грыжи (надчревные, надпузырные)

Практические навыки:

1. Симптоматика грыжи мечевидного отростка
2. Признаки боковой грыжи живота
3. Диагностика поясничная грыжа
4. Особенности запирательной грыжи
5. Седалищная грыжа
6. Промежностная грыжа, диагностика
7. Внутренние брюшные грыжи
8. Симптоматология предбрюшинной грыжи (надчревные, надпузырные)
9. Принципы хирургического лечения

## **Раздел 7. Травма грудной клетки и живота**

*Коды контролируемых компетенций: ПК-5, ПК-6.*

**Тема 1: Повреждения сердца – закрытые – ушиб сердца, клиника, диагностика, лечение. Открытые ранения сердца – причины, клиника, диагностика, хирургическая тактика, операционные доступы, шов раны сердца.**

### Собеседование по контрольным вопросам:

1. Ушиб сердца. Клиника
2. Повреждения сердца при проникающем ранении
3. Клиника. Диагностика
4. Хирургические доступы при ранении сердца
5. Методика ушивания раны сердца
6. Шовный материал. Особенности накладывания шва
7. Дренаж плевральной полости

### Ситуационные задачи

**Задача №1.** Пациент В., 40 лет, доставлен в хирургическое отделение с жалобами на боли в левой половине грудной клетки, одышка. За 2 часа до поступления упал с высоты. Пальпаторно живот мягкий, б/болезненный. Болезненность пальпаторно в грудной клетке слева. Аускультативно в нижних отделах грудной клетки дыхание не проводится. АД – 100/70 мм рт. ст. Пульс – 92 удара в 1 минуту. Общие анализы крови и мочи в пределах нормы. На рентгенограмме грудной клетки слева - признаки гемоторакса.

1. *Классификация гемотораксов.*
2. *Какую пробу проводят для определения продолжающегося кровотечения?*
3. *Показания к дренированию плевральной полости при гемотораксе?*
4. *Показания к торакотомии при свернувшемся гемотораксе?*
5. *Показания к торакотомии при продолжающемся внутриплевральном кровотечении?*

**Задача №2.** В хирургическое отделение доставлен больной Р., 38 лет, с места получения травмы. Около 2-х часов назад, находясь в ресторане, получил ножевое ранение правой половины грудной клетки.

При поступлении состояние тяжелое, в сознании, адекватен. Из рта запах алкоголя. Жалуется на общую слабость, боли в груди справа, затрудненное дыхание. Кожные покровы бледные. Пульс 120 в мин. слабого наполнения и напряжения. АД - 90/50 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены. На грудной стенке справа по средне-ключичной линии, на уровне 4 ребра, имеется колото-резаная рана (около 2 см) без признаков наружного кровотечения. Дыхание над правым легким резко ослаблено, на этой же стороне - укорочение перкуторного звука. Язык влажный, обложен. Живот мягкий, болезнен при пальпации во всех отделах.

ОАК: Эр. - 2,8 Т/л, Нв. - 68 г/л, Л. - 7,6 Г/л, п. - 12, с. - 62, э. - 1, л. - 19, м. - 2, СОЭ - 27 мм/ч.

ЭКГ: синусовая тахикардия 118 в мин. Признаки гипоксии миокарда.

На рентгенограмме грудной клетки справа определяется широкий уровень жидкости, достигающий нижнего угла лопатки.

### **Вопросы:**

1. *Ваш предварительный диагноз (основной, осложнения)?*
2. *При контрольной плевральной пункции, произведенной больному, получена кровь, свернувшаяся в шприце. Ваша дальнейшая тактика лечения?*
3. *О какой степени гемоторакса можно говорить в приведенном наблюдении? Назовите возможные причины гемоторакса при травме груди.*
4. *Каков будет характер инфузионной терапии, объем гемотрансфузии, исходя из приведенных гематологических показателей?*
5. *Охарактеризуйте все необходимые пробы, сопряженные с гемотрансфузией.*
6. *Назовите показания и противопоказания к реинфузии крови. Техника ее выполнения.*
7. *Назовите основные показания к дренированию плевральной полости при травме груди. Техника его выполнения.*

**Задача №3.** Больной К., 45 лет, поступил в клинику с жалобами на резкие боли в правой паховой области, появившиеся после поднятия тяжести. С момента появления боли прошло 3 часа. При осмотре: состояние удовлетворительное, живот не вздут, мягкий, умеренно болезненный в правой подвздошно-паховой области, симптомов раздражения брюшины нет. В правой паховой области имеется резко болезненное опухолевидное образование плотно-эластической консистенции, размером 5х6х4 см, невправимое в брюшную полость. Кожа над ним не изменена. Из анамнеза: в течение двух лет отмечал периодическое появление в правом паху данного образования, но оно самостоятельно исчезало.

1. Сформулируйте полный клинический диагноз.
2. С какими заболеваниями проводится дифференциальный диагноз?
3. Какова хирургическая тактика при этом заболевании?
4. Назовите особенности хирургического вмешательства при данной патологии.

Во время проведения хирургической операции у этого больного оказалось, что в рану предлежат две петли тонкой кишки обычного цвета, с блестящей серозной оболочкой, перистальтирующие, сосуды брыжейки пульсируют.

5. Какой вариант патологии имеется у больного?
6. Какова дальнейшая интраоперационная тактика?
7. Современные методы хирургического лечения.
8. Назовите меры первичной и вторичной профилактики данной патологии.

**Задача №4.** Больной Н., 65 лет, трое суток назад при резком торможении автобуса упал и ударился правой половиной грудной клетки. Врач травмпункта установил наличие перелома VII – VIII ребер справа по передне-подмышечной линии, наложил давящую повязку на грудь, рекомендовал больному принимать анальгин. Самочувствие больного не улучшалось, оставалась боль при дыхании, присоединился кашель с мокротой, стала нарастать одышка, повысилась температура. При осмотре у больного тахикардия до 94 ударов в минуту, цианоз губ, температура 38,4°C, резкое ослабление дыхания справа, рассеянные влажные хрипы.

1. *Какое осложнение перелома ребер имеет место.*
2. *Отметьте ошибки врача травмпункта, способствовавшие ухудшению состояния больного.*
3. *Перечислите мероприятия, необходимые для ликвидации имеющегося у больного осложнения.*
4. *Перечислите методы адекватного обезболивания при переломах ребер, в том числе, для данного больного.*
5. *Объясните смысл и опишите технику новокаиновых блокад "трех точек".*
6. *Укажите неотложные мероприятия при напряженном пневмотораксе.*
7. *Перечислите методы лечения при "флотирующих" переломах ребер.*

#### Практические навыки:

1. Симптоматика ушиба сердца
2. Локализация ран на грудной клетке и возможное повреждение сердца
3. Тактика хирурга при повреждении сердца
4. Методика ушивания ран сердца при его повреждении
5. Шовный материал. Особенности накладывания шва
6. Оперативные доступы при повреждении сердца
7. Осложнения послеоперационные
8. Особенности послеоперационного ведения пациентов

## **Тема 2: Травма живота. Сочетанная травма. Диагностика. Лечение**

#### Собеседование по контрольным вопросам:

1. Травма живота. Эпидемиология
2. Классификация
3. Зависимость травмы от ранящего предмета
4. Сочетанная травма
5. Живота и груди
6. Живота и опорно-двигательного аппарата
7. Ранения стенки живота. Ранения стенки живота
8. Диагностика
9. Лечение

Практические навыки:

1. Диагностические симптомы при повреждении живота
2. Тактика хирурга при проникновении раны в брюшную полость
3. Признаки колото-резанной раны передней брюшной стенки
4. Симптомы при повреждении паренхиматозных органов
5. Симптоматика при осмотре живота при повреждении полых органов брюшной полости
6. Возможные повреждения при повреждении костей таза

**Тема 3: Забрюшинные гематомы. Диагностика. Обособленности тактики. Лечение**

Собеседование по контрольным вопросам:

1. Забрюшинные гематомы
2. Диагностика.
3. Клиника забрюшинной гематомы
4. Диф. диагностика
5. Обособленности тактики
6. Лапароцентез.
7. Возможности УЗИ, КТ исследований
8. Особенности клинки операционной ревизии брюшной полости и хирургической тактика при травмах забрюшинно расположенных отделов половых органов

Практические навыки:

1. Симптоматология при осмотре живота при забрюшинном гематоме
2. Диагностические возможности лапароцентеза и лапароскопии при забрюшинной гематоме
3. Ошибки в лечении пациентов с забрюшинной гематомой
4. Кровопотерье и забрюшинная гематома
5. Осложнения забрюшинной гематомы
6. Ведение пациентов с забрюшинной гематомой
7. Принципы консервативной терапии

8. Особенности клинки операционной ревизии брюшной полости и хирургической тактика при травмах забрюшинно расположенных отделов половых органов

#### **Тема 4: Изолированные ранения органов брюшной полости. Особенности тактики**

##### Собеседование по контрольным вопросам:

1. Повреждения ободочной кишки. Клиника
2. Травма паренхиматозных органов брюшной полости
3. Повреждение селезенки. Причина.
4. Клиника повреждений селезенки
5. Методы диагностики повреждений желудка
6. Лабораторные. Инструментальные
7. Травмы тонкой кишки Диагностика
8. Клиника повреждения прямой кишки. Особенности диагностики и лечения
9. Методы диагностики повреждений 12 п кишки
10. Особенности двухфазных разрывов паренхиматозных органов
11. Лечение неполного повреждения селезенки
12. Особенности оперативного лечения повреждений толстой кишки

##### Практические навыки:

1. Тактика хирурга при повреждении ободочной кишки
2. Травма паренхиматозных органов брюшной полости
3. Современные принципы лечения повреждений селезенки
4. Оперативное лечение повреждений желудка
5. Характеристика повреждений тонкой кишки
6. Принципы диагностики и лечения повреждений прямой кишки
7. Особенности повреждений 12 п кишки. Интраоперационная диагностика и лечение
8. Особенности двухфазных разрывов паренхиматозных органов
9. Тактика хирурга при неполном повреждении селезенки
10. Особенности оперативного лечения повреждений толстой кишки

#### **Тема 5: Посттравматический пневмоторакс, причины и принципы лечения. Гемотораксы, классификация, лечение. Тактика хирурга при повреждении груди**

##### Собеседование по контрольным вопросам:

1. Травма грудной клетки
2. Классификация
3. Виды пневмотораксов
4. Клапанный
5. Закрытый. Открытый
6. Плевропульмональный шок
7. Лечение шока
8. Эмфизема средостения
9. Гемоторакс (гемопневмоторакс)

10. Вида гемоторакса
11. Ранения и разрывы легких
12. Открытые повреждения грудной клетки

### Ситуационные задачи

**Задача №1.** Больной 45 лет осмотрен на дому по поводу болей в правой половине грудной клетки и правом подреберье. Проснулся из-за болей в вышеуказанных областях, усиливающихся при движении. Вчера употреблял алкоголь, травму отрицает.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. При пальпации грудной клетки определяется болезненность на уровне 10-11 ребер справа, крепитация отломков. Пульс- 89 уд./мин, АД - 110/70 мм рт.ст. Язык суховат. Живот умеренно напряжен и болезнен в правом подреберье. Печень и желчный пузырь не пальпируется. Симптомы раздражения брюшины отрицательны.

*Предварительный диагноз?*

*Ваши дальнейшие действия?*

**Задача №2.** Больной С. 23 лет доставлен в клинику через 2 часа с момента травмы с жалобами на боли в левой половине грудной клетки, одышку. Избит неизвестными. Удары приходились по грудной клетке.

Объективно: Состояние тяжелое. Пульс 118 в 1 минуту, ритмичный. АД 110 и 70 мм.рт.ст. Левая половина грудной клетки отстает в дыхании. Пальпаторно отмечается болезненность в проекции со 2 по 6 ребер и крепитация отломков. Перкуторно: отмечается притупление звука до 6 ребра по лопаточной линии слева. Аускультативно: дыхание не прослушивается в нижних отделах.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какие лечебные мероприятия необходимо применить для улучшения функции дыхания?

**Задача №3.** Больной П. 55 лет, доставлен в клинику через 25 мин. после случившегося обстоятельства травмы: неизвестные нанесли ему два удара ножом. Потерял сознание.

Объективно: Состояние крайне тяжелое. Сознание спутанное. Выраженная бледность кожных покровов. Пульс 100 в 1 мин., ритмичный, АД 90 и 60 мм.рт.ст. В левой половине грудной клетки в области соска колото-резанная рана размером 2 x 1 см, умеренно кровоточащая. Вторая рана такой же величины у основания мечевидного отростка. При перкуссии левой половины грудной клетки определяется притупление, начиная с 6 ребра.

Аускультативно: дыхание слева ослаблено. Тоны сердца глухие.

Язык влажный. Живот правильной формы, не вздут. При пальпации напряжение передней брюшной стенки в эпигастрии.

При рентгеноскопии грудной клетки обнаружено: сердечные сокращения вялые, в левом синусе имеется жидкость.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Обозначьте комплекс реанимационных мероприятий.
3. Действия хирурга? Очередность выполнения оперативных пособий?

Пациент В., 40 лет, доставлен в хирургическое отделение с жалобами на боли в левой половине грудной клетки, одышка. За 2 часа до поступления упал с высоты. Пальпаторно живот мягкий, б/болезненный. Болезненность пальпаторно в грудной клетке слева. Аускультативно в нижних отделах грудной клетки дыхание не проводится. АД – 100/70 мм рт. ст. Пульс – 92 удара в 1 минуту. Общие анализы крови и мочи в пределах нормы. На рентгенограмме грудной клетки слева - признаки гемоторакса.

1. Классификация гемотораксов.
2. Какую пробу проводят для определения продолжающегося кровотечения?
3. Показания к дренированию плевральной полости при гемотораксе?
4. Показания к торакотомии при свернувшемся гемотораксе?
5. Показания к торакотомии при продолжающемся внутриплевральном кровотечении?

**Задача №4.** Больной Н., 65 лет, трое суток назад при резком торможении автобуса упал и ударился правой половиной грудной клетки. Врач травмпункта установил наличие перелома VII – VIII ребер справа по передне-подмышечной линии, наложил давящую повязку на грудь, рекомендовал больному принимать анальгин. Самочувствие больного не улучшалось, оставалась боль при дыхании, присоединился кашель с мокротой, стала нарастать одышка, повысилась температура. При осмотре у больного тахикардия до 94 ударов в минуту, цианоз губ, температура 38,4°C, резкое ослабление дыхания справа, рассеянные влажные хрипы.

1. Какое осложнение перелома ребер имеет место.
2. Отметьте ошибки врача травмпункта, способствовавшие ухудшению состояния больного.
3. Перечислите мероприятия, необходимые для ликвидации имеющегося у больного осложнения.
4. Назовите классификацию травм груди.
6. Перечислите методы адекватного обезболивания при переломах ребер, в том числе, для данного больного.
7. Объясните смысл и опишите технику новокаиновых блокад "трех точек".
8. Укажите неотложные мероприятия при напряженном пневмотораксе.
9. Перечислите методы лечения при "флотирующих" переломах ребер.

**Задача №5.** Больной 24 лет доставлен машиной скорой помощи в приемное отделение через 2 часа после травмы. Сообщил, что был избит неизвестными, били ногами в живот. Жалуется на сильные боли в животе, тошноту, рвоту. Не

может повернуться и двигаться из-за усиления болей в животе при малейшем движении.

Объективно: состояние больного тяжелое. Лицо бледное, с землистым

оттенком. Положение вынужденное: на спине с согнутыми в коленях ногами.

Выпрямить ноги не может из-за усиления болей в животе. Пульс 110 уд./мин, ритмичный, АД - 110/70 мм рт. ст. Язык сухой. Живот напряжен во всех отделах («доскообразный»), при пальпации резкая болезненность во всех отделах. Глубокая пальпация невозможна из-за напряжения брюшной стенки. Резко положительны симптомы Раздольского, Щеткина-Блюмберга. При перкуссии сглажена печеночная тупость, в отлогах местах определяется притупление.

Ваш диагноз и тактика?

Практические навыки:

1. Причины посттравматического пневмоторакса
2. Диагностика пневмоторакса, аускультативные и клинические данные
3. Степени ателектаза легкого, диагностика
4. Неотложная помощь при клапанном пневмотораксе
5. Методика дренирования плевральной полости при пневмотораксе
6. Принципы оперативного лечения
7. Классификация пневмотораксов в зависимости от количества крови в плевральной полости
8. Принципы лечения гемотораксов.
9. Методика дренирования плевральной полости при гемотораксе
10. Показания к торакотомии при пневмотораксе
11. Показания к торакотомии при пневмотораксе

**Тема 6: Принципы лечения повреждения ребер и грудины. Эмфизема средостения. Лечение**

Собеседование по контрольным вопросам:

1. Закрытые повреждения грудной клетки
2. Классификация закрытых повреждений грудной клетки
3. Клиника и диагностика ушибов мягких тканей
4. Клиника и диагностика при переломах ребер
5. Синдром с давлением грудной клетки
6. Множественные переломы ребер. Оскольчатые переломы ребер
7. Переломы грудины
8. Методы лечения при множественных переломах ребер и грудины
9. Сочетанные повреждения грудной брюшной полостей
10. Методика дренирования при эмфиземе средостения

Практические навыки:

1. Оказание неотложной помощи при напряженной эмфиземе средостения
1. Оказание первой помощи при напряженной эмфиземе средостения Закрытые повреждения грудной клетки
2. Диагностика повреждений ребер, характерные симптомы
3. Методика блокады при переломах ребер
4. Методика вагосимпатической блокады при тяжелой травме грудной клетки
5. Особенности переломов грудины. Осложнения.
6. Методика остеосинтеза ребер при переломах
7. Оперативное лечение переломов грудины
8. Принципы лечения флотирующих переломов ребер

**Тема 7: Повреждения паренхиматозных органов, тактика хирурга.**

Собеседование по контрольным вопросам:

1. Клиника при повреждении паренхиматозных органов
2. Диф. диагностика между повреждением полых органов
3. УЗИ диагностика
4. Лапароцентез при диагностике
5. Показания к диагностической лапаротомии
6. Классификация повреждений паренхиматозных органов
7. Физические методы остановки кровотечения при повреждении паренхиматозных органов

Практические навыки:

1. Характерные симптомы повреждения паренхиматозных органов при осмотре хирурга
2. Диф. диагностика при осмотре живота повреждений полых органов
3. Симптоматика и время проявления картины забрюшинной гематомы
4. Двухэтапное повреждение паренхиматозных органов
5. УЗИ картина в зависимости от количества крови в брюшной полости
6. Техника лапароцентеза
7. Клиника при повреждении паренхиматозных органов
8. Показания к диагностической лапаротомии
9. Техника остановки кровотечений при повреждении печени
10. Тактика хирурга при частичном повреждении селезенки

**Тема 8: Тактика хирурга при повреждениях поджелудочной железы**



Собеседование по контрольным вопросам:

1. Клиника при повреждении поджелудочной железы
2. Классификация повреждений поджелудочной железы
3. Тактика хирурга при повреждении поджелудочной железы
4. Оперативные вмешательства при повреждении поджелудочной железы
5. Консервативное лечение
6. Тактика хирурга при повреждении поджелудочной железы и 12 п к-ки.
7. Дренирование брюшной полости при повреждении поджелудочной железы
8. Особенности введения пациентов в послеоперационном периоде

Практические навыки:

1. УЗИ картина при повреждении поджелудочной железы
2. Лапароскопическая картина при повреждении поджелудочной железы
3. Объем оперативного вмешательства при повреждении поджелудочной железы
4. Клиника при повреждении поджелудочной железы
5. Тактика хирурга при повреждении поджелудочной железы
6. Интенсивная терапия при повреждении поджелудочной железы
7. Тактика хирурга при повреждении поджелудочной железы и 12 п к-ки.
8. Техника дренирование брюшной полости и забрюшинной клетчатки при повреждении поджелудочной железы
9. Осложнения возможные и их профилактика

**Тема 9: Повреждения печени. Классификация. Тактика хирурга при кровотечении**

Собеседование по контрольным вопросам:

1. Повреждения печени, клиника
2. Классификация повреждений печени
3. Методики остановки кровотечения при повреждении печени
4. Операции с использованием видеолапароскопической техники
5. Гемобилия, клиника. Миниинвазивные методы лечения
6. Операции при повреждении печени
7. Методики операционной остановки кровотечений при повреждении печени

Практические навыки:

1. Характерные симптомы повреждения печени при осмотре хирурга
2. Диф. диагностика при осмотре живота повреждений полых органов
3. Двухэтапное повреждение печени
4. УЗИ картина в зависимости от количества крови в брюшной полости
5. Техника лапароцентеза
6. Показания к диагностической лапароскопии
7. Техника остановки кровотечений при повреждении печени
8. Методики остановки кровотечения при повреждении печени
9. Техника малоинвазивных методов лечения при гемобилии

**Тема 10: Современные требования к реинфузии крови. Показания. Противопоказания**

Собеседование по контрольным вопросам:

1. Реинфузия крови при травме

2. Современные требования к реинфузии крови
3. Показания к реинфузии крови
4. Требования к излитой крови в брюшную полость перед реинфузией
5. Осложнения реинфузии
6. Аппараты для проведения реинфузии

Практические навыки:

1. Ориентировочные сроки проведения реинфузии при наличии крови в серозных полостях
2. Современные требования к реинфузии крови
3. Техника проведения реинфузии крови
4. Современная аппаратура для проведения реинфузии
5. Требования к излитой крови в брюшную полость перед реинфузией
6. Возможные осложнения реинфузии и их профилактика

**Тема 11: Особенности клиники и лечения повреждений полых органов**

Собеседование по контрольным вопросам:

1. Клиника при повреждении полых органов брюшной полости
2. Диф. диагностика между повреждением полых и паренхиматозных органов
3. УЗИ диагностика
4. Рентгендиагностика
5. Лапароцентез при диагностике
6. Показания к диагностической лапаротомии
7. Классификация перитонита
8. Тактика хирурга при повреждении полых органов
9. Методика накладывания межкишечного анастомоза
10. Санация и дренирование брюшной полости
11. Особенности клинки операционной ревизии брюшной полости и хирургическая тактика при травмах забрюшинно расположенных отделов половых органов

Практические навыки:

1. Характерная симптоматика при повреждении полых органов
2. Диф. диагностика между повреждением полых и паренхиматозных органов
3. УЗИ и рентген диагностика
4. Техника лапароцентеза при диагностике
5. Показания к диагностической лапаротомии
6. Тактика хирурга при повреждении полых органов
7. Техника операции межкишечного анастомоза
8. Санация и дренирование брюшной полости
9. Особенности клинки операционной ревизии брюшной полости и хирургическая тактика при травмах забрюшинно расположенных отделов половых органов

**Тема 12: Торако-абдоминальные ранения. Принципы введения пациентов.**

Собеседование по контрольным вопросам:

1. Торако-абдоминальные ранения. Клиника
2. Особенности диагностики торако-абдоминальных ранений
3. Опасность виделапароскпии при торако-абдоминальном ранении
4. Повреждения диафрагмы. Клиника. Диагностика
5. Операции при торако-абдоминальном ранении, принципы завершения операции

#### Практические навыки:

1. Характерные признаки при торако-абдоминальных ранениях.
2. Опасность виделапароспии при торако-абдоминальном ранении
3. Симптоматика повреждения диафрагмы.
4. Операционные доступы при торако-абдоминальном ранении
5. Осложнения послеоперационные

### **Тема 13: Повреждения легкого. Шов ткани легкого**

#### Собеседование по контрольным вопросам:

1. Хирургические доступы при ранении легкого
2. Огнестрельные ранения легких, диагностика
3. Объем операций при повреждении легкого
4. Послеоперационное ведение пациентов с повреждением легкого
5. Операции при торако-абдоминальном ранении, принципы завершения операции

#### Практические навыки:

1. Операционные доступы при торако-абдоминальном ранении
2. Хирургические доступы при ранении легкого
3. Техника ушивания ткани легкого при повреждении
4. Послеоперационное ведение пациентов с повреждением легкого
5. Осложнения послеоперационные

### **Тема 14: Огнестрельные ранения грудной клетки. Особенности лечения.**

#### Собеседование по контрольным вопросам:

1. Огнестрельные ранения грудной клетки
2. Особенности диагностики при огнестрельном повреждении грудной клетки
3. Повреждение каркаса грудной клетки
4. Принципы обработки огнестрельных ран грудной клетки
5. Лечение огнестрельных повреждений легкого
6. Ведение пациентов в послеоперационном периоде
7. Осложнения огнестрельных повреждений грудной клетки
8. Показания к торакотомии при огнестрельном ранении грудной клетки
9. Тактика хирурга при гемотораксах в зависимости количества крови в плевральной полости

#### Практические навыки:

1. Особенности обработки огнестрельных ран грудной клетки
2. Дооперационное обследование пациента
3. Техника остановки кровотечения при повреждении межреберных артерий
4. Физические методы остановки кровотечений при ранениях грудной клетки
5. Ведение пациентов в послеоперационном периоде
6. Осложнения огнестрельных повреждений грудной клетки
7. Техника торакотомии при огнестрельном ранении грудной клетки
8. Тактика хирурга при гемотораксах в зависимости количества крови в плевральной полости

## **Тема 15: Современные принципы лечения острой кровопотери.**

### Собеседование по контрольным вопросам:

1. Степени острой кровопотери
2. Симптомы гиповолемического шока
3. Консервативное лечение кровопотери
4. Принципы инфузионной терапии при лечении пациентов с острой кровопотерей
5. Принципы возмещения острой кровопотери
6. Тактика хирурга при проведении консервативной терапии
7. Препараты переносчики кислорода в лечении кровопотери
8. Показания к переливанию препаратов крови
9. Возможные осложнения при лечении пациентов с острой кровопотерей

## **Раздел 8. Хирургическая инфекция**

*Коды контролируемых компетенций: ПК-5, ПК-6.*

### **Тема 1: Перитониты, предоперационная подготовка. Послеоперационные осложнения. Метод лапаростомии и плановых санационных релапаротомий.**

#### Собеседование по контрольным вопросам:

1. Перитонит. Этиология
2. Современная классификация перитонита
3. Клиника перитонита
4. Специальные методы диагностики
5. Консервативная терапия
6. Оперативное лечение
7. Послеоперационное ведение
8. Послеоперационные осложнения
9. Остаточные гнойники брюшной полости
10. Антибактериальная терапия в хирургии

#### Ситуационные задачи

**Задача №1.** Жалобы на сильные боли в правой половине живота, тошноту, двукратную рвоту. Больным себя считает с момента после отрезвления от алкогольного опьянения, когда почувствовал сильные боли в животе, особенно справа; они сопровождались тошнотой и рвотой съеденной пищей. С этими явлениями он оставался дома и не обращался за медицинской помощью. Постепенно состояние ухудшилось, боли в животе усилились, после чего и вызвал скорую помощь. При поступлении: общее состояние средней тяжести, кожа и видимые слизистые обычной окраски, на животе имеются ссадины и кровоизлияния. АД 130/80 мм.рт.ст, ЧСС – 110 уд. в минуту. Язык сухой, обложен белым налетом, живот равномерно вздут, слабо участвует в акте дыхания. Положителен симптом Спигарного-Кларка.

Пальпаторно живот напряжен, положителен симптом Щеткина-Блюмберга. Температура – 37,8<sup>0</sup>С, лейкоцитоз – 11,5х10<sup>9</sup>/л. На обзорной рентгеноскопии: единичные, умеренной величины чаши Клойбера, под куполом диафрагмы полоска воздуха.

1. Ваш диагноз, дифференциальная диагностика?
2. Хирургическая тактика.

На операции выявлен полный разрыв тонкой кишки на расстоянии 40 см от связки Трейтца с явлениями разлитого перитонита; края поврежденной кишки гиперемированы, покрыты фибрином.

3. Дальнейшие действия хирурга?
4. Классификация закрытых повреждений живота.

**Задача №2.** Больной С., 32 лет, поступил в хир. отделение с жалобами на сильные боли в животе. Из анамнеза известно, что на протяжении последних 4 лет неоднократно лечился амбулаторно по поводу гастрита. 3 суток назад вновь появились умеренные боли в верхних отделах живота, тошнота, озноб. 6 часов назад боли резко усилились и распространились на правые отделы живота. Рвоты не было. К моменту поступления боли несколько ↓. При осмотре: Общее состояние средней тяжести. Астенического телосложения, пониженного питания. Лежит неподвижно, на спине. Попытка сесть вызывает усиление болей. Температура тела 37,0<sup>0</sup>С. Пульс 60 в мин. АД 120/70 мм рт ст. Язык сухой. Живот не вздут, в акте дыхания не участвует, напряжен и болезнен по правому флангу и правой подвздошной области. Симптомы раздражения брюшины положительны по правому флангу живота и в правой подвздошной области. Кишечная перистальтика удовлетворительная. Общ. анализ крови: эритро. 4,8х10<sup>12</sup>, Нб 140 г/л, лейкоц. 12,3х10<sup>9</sup>. Диастаза мочи 64 ЕД.

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз.
2. С какими острыми хир. заб. органов брюшной полости необходимо провести дифференциальный диагноз?
3. Чем можно объяснить уменьшение болевого синдрома к моменту поступления больного в стационар?
4. Что такое «триада Мондора»?
5. Нуждается ли больной в экстренном проведении дополнительных методов исследования? Каких?
6. Тактика ведения больного?
7. Существуют ли показания к консервативному лечению этой патологии? В чем заключается консервативное лечение по методу Тэйлора?
8. Чем определяется выбор объема опер. пособия при этой патологии?
9. План ведения больного в раннем послеоперационном периоде.

**Задача №3.** Жалобы на сухость во рту, ↑ температуры тела до 38,5 С. Болен в течение 17 часов. В первые часы болевой синдром локализовался в эпигастральной области, умеренной интенсивности, без иррадиации. За 1,5 часа до обращения к врачу почувствовал резкое усиление болей, тошноту. При осмотре б-ой находится в вынужденном положении: лежа на спине с подогнутыми ногами, особенно правой. Изменение позиции вызывает боль. Язык не обложен, сухость во рту. Живот не вздут, при пальпации напряжен в правой подвздошной области (точке Мак-Бурнея). Положительны симптомы Ровзинга, Ситковского, Воскресенского, Щеткина. Наблюдается тахикардия до 90 ударов в минуту. Умеренный лейкоцитоз (14 X 10<sup>9</sup>/л). Больной оперирован по поводу о. аппендицита через 17 часов с момента заболевания доступом в пр. подвздошной. области. На операции обнаружен гангренозный аппендицит с перфорацией отростка. В правой подвздошной ямке около 50 мл гнойного выпота.

1. Укажите дальнейшие действия хирурга.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Какие симптомы характерны для острого аппендицита?
4. Показания к диагностической лапароскопии при остром аппендиците?
5. Назовите способы аппендэктомии.

6. Методы дренирования брюшной полости?
7. Осложнения острого аппендицита?

**Задача №4.** У больного 36 лет утром появились ноющие боли в правой подвздошной области, усилившиеся и ставшие очень интенсивными к вечеру. Появились частые позывы на мочеиспускание, поднялась температура до  $37,6^{\circ}\text{C}$ , была однократная рвота. Раньше подобных болей больной не отмечал. Язык обложен белым налетом, суховат. Живот в правой подвздошной области напряжен, резко болезнен. Симптом Щеткина-Блюмберга справа резко положителен. Положительны симптомы Ровзинга, Ситковского. Симптом Пастернацкого отрицателен. В моче изменений нет. Лейкоцитов в крови  $16,0 \times 10^3$  в 1мкл.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какие исследования в данном случае необходимы для дифференциальной диагностики?
3. Показания к лапароскопии?
4. План обследования?
5. Тактика хирурга?

**Задача №5.** Больной Б., 42 лет, поступил в клинику на вторые сутки с момента травмы с жалобами на сильные боли в правой половине живота, тошноту, двукратную рвоту. Больным себя считает с момента после отрезвления от алкогольного опьянения, когда почувствовал сильные боли в животе, особенно справа; они сопровождались тошнотой и рвотой съеденной пищей. С этими явлениями он оставался дома и не обращался за медицинской помощью. Постепенно состояние ухудшилось, боли в животе усилились, после чего и вызвал скорую помощь. При поступлении: общее состояние средней тяжести, кожа и видимые слизистые обычной окраски, на животе имеются ссадины и кровоизлияния. АД 130/80 мм.рт.ст, ЧСС – 110 уд. в минуту. Язык сухой, обложен белым налетом, живот равномерно вздут, слабо участвует в акте дыхания. Положителен симптом Спигарного-Кларка. Пальпаторно живот напряжен, положителен симптом Щеткина-Блюмберга. Температура –  $37,8^{\circ}\text{C}$ , лейкоцитоз –  $11,5 \times 10^9/\text{л}$ . На обзорной рентгенографии: единичные, умеренной величины чаши Клойбера, под куполом диафрагмы полоска воздуха.

1. Ваш диагноз, дифференциальная диагностика?
2. Хирургическая тактика.

На операции выявлен полный разрыв тонкой кишки на расстоянии 40 см от связки Трейтца с явлениями разлитого перитонита; края поврежденной кишки гиперемированы, покрыты фибрином.

3. Дальнейшие действия хирурга?
4. Классификация закрытых повреждений живота.

**Задача №6.** Больной С., 32 лет, поступил в хир. отделение с жалобами на сильные боли в животе. Из анамнеза известно, что на протяжении последних 4 лет неоднократно лечился амбулаторно по поводу гастрита. 3 суток назад вновь появились умеренные боли в верхних отделах живота, тошнота, озноб. 6 часов назад боли резко усилились и распространились на правые отделы живота. Рвоты не было. К моменту поступления боли несколько ↓. При осмотре: Общее состояние средней тяжести. Астенического телосложения, пониженного питания. Лежит неподвижно, на спине. Попытка сесть вызывает усиление болей. Температура тела  $37,0^{\circ}\text{C}$ . Пульс 60 в мин. АД 120/70 мм рт.ст. Язык сухой. Живот не вздут, в акте дыхания не участвует, напряжен и болезнен по правому флангу и правой подвздошной области. Симптомы раздражения брюшины положительны по правому флангу живота и в правой подвздошной области. Кишечная перистальтика удовлетворительная. Общ. анализ крови: эритроц.  $4,8 \times 10^{12}$ , Нб 140 г/л, лейкоц.  $12,3 \times 10^9$ . Диастаза мочи 64 ЕД.

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз.
2. С какими острыми хир. заб. органов брюшной полости необходимо провести дифференциальный диагноз?

3. Чем можно объяснить уменьшение болевого синдрома к моменту поступления больного в стационар?
4. Что такое «триада Мондора»?
5. Нуждается ли больной в экстренном проведении дополнительных методов исследования? Каких?
6. Тактика ведения больного?
7. Существуют ли показания к консервативному лечению этой патологии? В чем заключается консервативное лечение по методу Тэйлора?
8. Чем определяется выбор объема опер. пособия при этой патологии?
9. План ведения больного в раннем послеоперационном периоде.

**Задача №7.** Пациент С., 45 лет, поступил в клинику с жалобами на сильные боли в верхних отделах живота, которые появились за 2 ч до поступления. Больной в течение 10 лет страдает язвенной болезнью желудка. При осмотре: состояние тяжелое. Кожные покровы бледные. Пульс 60 в минуту, АД 100/60 мм рт.ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот не участвует в дыхании, резко напряженный и болезненный в верхних отделах, где определяется положительный симптом Щеткина—Блюмберга. С диагнозом «прободная язва желудка» больной экстренно взят на операцию. Выполнена лапароскопия. При ревизии обнаружено, что в брюшной полости около 500 мл прозрачного выпота с незначительной примесью фибрина и желудочного содержимого. Парietальная и висцеральная брюшина в верхних отделах живота гиперемирована, без налета фибрина. По передней стенке антрального отдела желудка имеется опухолевидный инфильтрат 7х7 см с перфорацией в центре; в малом сальнике увеличенные лимфатические узлы до 1,5 см, плотные.

1. Какова дальнейшая тактика хирурга?
2. Показания к лапароскопическому ушиванию прободной язвы?
3. Противопоказания к лапароскопическому ушиванию прободной язвы?
4. Профилактическое применение антибиотиков.

**Задача №8.** Пациент С., 58 лет, поступил в клинику с жалобами на боли в животе, тошноту, рвоту, задержку стула и газов. Заболел 3 дня назад, во время выполнения физической работы.

В анамнезе – аденома предстательной железы, правосторонняя паховая грыжа (в течение 10 лет). 6 лет назад перенес инфаркт миокарда, наблюдается и лечится у терапевта поликлиники по поводу ИБС, постинфарктного кардиосклероза, гипертонической болезни.

При поступлении в стационар состояние больного тяжелое. Вял, адинамичен, температура тела 38,0°С. Одышка до 30 в минуту. Пульс 110-120 ударов в минуту, аритмичный. АД – 100/70 мм рт. ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот равномерно вздут, в акте дыхания не участвует, при пальпации отмечается резкая болезненность в нижних отделах, перистальтика кишечника не прослушивается. В мезо- и гипогастрии определяется положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Печень ниже реберной дуги на 2-3 см. В правой пахово-подвздошной области определяется плотное, болезненное, опухолевидное образование размерами 12×8 см. Кожа над ним гиперемирована. При пальцевом ректальном исследовании патологических образований в прямой кишке нет, определяется увеличенная предстательная железа.

анализ крови: лейкоциты –  $14,2 \times 10^9$  /л, п/я – 16, с/я – 69, СОЭ – 46 мм/ч, глюкоза крови – 4,6 ммоль/л.

анализ мочи: реакция кислая, уд. вес – 1018, белок – 0,16 г/л, лейкоциты – 8-10 в п/зр.

#### **Вопросы:**

1. Ваш диагноз (основной, осложнения)?
2. Какова, на Ваш взгляд, лечебная тактика?
3. Имеется ли необходимость в предоперационной подготовке? Какова ее цель, объем и продолжительность?
4. В чем особенность оперативного вмешательства, если принято решение об операции?
5. Перечислите этапы операции у больного в необходимой последовательности?
6. Какими критериями Вы будете пользоваться при выполнении резекции кишки?
7. Перечислите наиболее вероятные послеоперационные осложнения в конкретном наблюдении.

### Практические навыки:

1. Характерные симптомы перитонита при осмотре живота
2. Особенности дренирования брюшной полости в зависимости выраженности перитонита
3. Техника санации брюшной полости при перитоните
4. Видеолапароскопические методы в диагностике перитонита
5. Техника лапароцентеза
6. Техника видеолапароскопического санирования брюшной полости при перитоните
7. Тактика хирурга при необходимости резекции кишки при разлитом перитоните
8. Тактика хирурга при повреждении ободочной кишки, осложненный перитонитом
9. Тактика хирурга при тромбозе мезентериальных сосудов
10. Послеоперационное ведение пациентов с перитонитом

## **Тема 2: Антибактериальная терапия в хирургии**

### Собеседование по контрольным вопросам:

1. Антибиотики в хирургии
2. Механизмы действия
3. Вопросы классификации
4. Бета-лактамы антибиотики
5. Цефалоспорины
6. Карбапенемы
7. Аминогликозиды
8. Макролиды
9. Противогрибковые препараты
10. Осложнения антибактериальной терапии
11. Лечение осложнений
12. Ошибки в назначении антибактериальной терапии

### Практические навыки:

1. Антибактериальная терапия при острой хирургической патологии, показания
2. Современная схема антибиотикотерапии в ургентной хирургии
3. Ошибки в назначении антибактериальной терапии
4. Особенности применения антибиотиков во время операции
5. Антибиотики для имперической терапии при перитоните, панкреонекрозе
6. Осложнения антибактериальной терапии
7. Определения микрофлоры и чувствительности к антибиотикам в хирургии
8. Противогрибковые препараты в хирургии

## **Тема 3: Современные принципы лечения инфицированных ран**



Собеседование по контрольным вопросам:

1. Учение о ранах. Патогенез раневого процесса
2. Микробиологические аспекты раневой инфекции
3. Характеристика основных видов возбудителей раневой инфекции
4. Комплексное бактериологическое исследование гнойных ран
5. Микробиологические аспекты анаэробной неклостридиальной инфекции
6. Фазы раневого процесса
7. Классификация раневого процесса.
8. Заживление первичным натяжением
9. Заживление вторичным натяжением
10. Заживление под струпом
11. Хирургическая обработка ран
12. Первичная хирургическая обработка
13. Вторичная хирургическая обработка
14. Техника хирургической обработки гнойного очага
15. Способы совершенствования хирургической обработки гнойного очага

**Тема 4: Принципы лечения острых гнойных заболеваний кожи, подкожной клетчатки.**

Собеседование по контрольным вопросам:

1. Рожистое воспаление. Этиология. Клиника. Лечение
2. Флегмона. Этиология. Клиника.
3. Лечение. Выбор целесообразного хирургического доступа
4. Методы дренирования флегмон. Осложнения
5. Фурункул. Этиология. Клиника. Лечение
6. Рожистое воспаление. Этиология. Клиника. Лечение
7. Фурункулез
8. Карбункул
9. Абсцесс
10. Паранефрит. Этиология. Клиника. Лечение

Практические навыки

1. Симптоматология рожистого воспаления.
2. Этиология, локализация на конечностях
3. Характеристика флегмон. Осложнения
4. Выбор целесообразного хирургического доступа
5. Методы дренирования флегмон.
6. Профилактика фурункула.
7. Фурункулез, особенности лечения
8. Принципы оперативного лечения карбункулов
9. Современные способы дренирования абсцессов

## **Тема 5: Гнойные заболевания кисти, особенности хирургического лечения**

### Собеседование по контрольным вопросам:

1. Панариций. Классификация.
2. Клиника. Лечение
3. Осложнения панариций
4. Экспертиза временной нетрудоспособности
5. Флегмона кисти. Классификация
6. Клиника. Лечение
7. Осложнения флегмон кист

### Практические навыки:

1. Диагностика панариций
2. Профилактика панариций
3. Симптоматология костного панариция
4. Техника проводниковой анестезии для вскрытия панариция
5. Осложнения панариций
6. Разрезы и техника вскрытия панариция
7. Характерные признаки флегмон кисти
8. Разрезы и техника вскрытия флегмоны кисти
9. Современные способы лечения флегмон кисти

## **Тема 6: Остеомиелиты. Лечение. Осложнения. Профилактика**

### Собеседование по контрольным вопросам:

1. Остеомиелиты. Классификация
2. Этиология. Патогенез. Клиника
3. Диагностика. Дифференциальная диагностика
4. Рентгенологические признаки остеомиелита
5. Лечение. Осложнения.
6. Техника операции при остеомиелите
7. Прогноз. Профилактика
8. Отдаленные результаты

## **Тема 7: Современные принципы диагностики и лечения хирургического сепсиса**

### Собеседование по контрольным вопросам:

1. Хирургический сепсис. Терминология и классификация
2. Этиология и патогенез
3. Эндотоксикоз при тяжелой гнойной инфекции
4. Сердечно-сосудистая система при сепсисе

5. Органы дыхания при сепсисе
6. Система гемостаза
7. Печень и почки при сепсисе
8. Клиническая картина
9. Дифференциальная диагностика хирургического сепсиса
10. Осложнения сепсиса
11. Септический шок
12. Принципы лечения
13. Интенсивная терапия больных с тяжелой гнойной инфекцией
14. Интенсивная терапия больных с тяжелой гнойной инфекцией
15. Общее интенсивное лечение
16. Направленная иммунокоррекция
17. Детоксикация при тяжелой гнойной инфекции
18. Восполнение белково-электролитных потерь
19. Коррекция анемии и гипопроотеинемии
20. Интенсивная терапия септического шока
21. Показания к проведению интенсивной терапии при тяжелой гнойной инфекции и оценка ее эффективности

#### Практические навыки:

1. Симптомы системной воспалительной реакции
2. Современная диагностика сепсиса
3. Источники хирургического сепсиса
4. Абдоминальный сепсис, классификация
5. Диагностика полиорганной недостаточности при сепсисе, шкалы оценки
6. Осложнения сепсиса
7. Септический шок при острой хирургической патологии
8. Предоперационная подготовка пациентов при септическом шоке
9. Послеоперационное ведение пациентов с сепсисом
10. Интенсивная терапия септического шока
11. Показания к проведению интенсивной терапии при тяжелой гнойной инфекции и оценка ее эффективности

### **Тема 8: Анаэробная неклостридиальная инфекция. Принципы лечения. Особые виды раневой инфекции**

#### Собеседование по контрольным вопросам:

1. Анаэробная неклостридиальная инфекция. Этиология и патогенез
2. Клиническая картина
3. Диагностика и дифференциальная диагностика
4. Принципы лечения
5. Хирургическое лечение
6. Особые виды раневой инфекции. Клостридиальная инфекция. Этиология
7. Клиника.

8. Диагностика
9. Дифференциальная диагностика
10. Лечение
11. Столбняк. Эпидемиология. Этиология
12. Клиника
13. Диагностика
14. Дифференциальная диагностика
15. Лечение. Профилактика
16. Бешенство. Этиология. Патогенез
17. Клиника.
18. Диагностика
19. Лечение. Профилактика

## **Тема 9: Вопросы классификации и лечения перитонитов. Программированная релапаротомия.**

### Собеседование по контрольным вопросам:

1. Современная классификация перитонита
2. Симптомы системной воспалительной реакции
3. Диагностика абдоминального сепсиса
4. Характерная симптоматика тяжелого абдоминального сепсиса
5. Клиника абдоминального септического шока
6. Показания к проведению программированной релапаротомии
7. Методика проведения программированной релапаротомии
8. Сроки проведения и послеоперационное ведение пациентов
9. Осложнения программированной релапаротомии
10. Современные принципы проведения программированной релапаротомии
11. Принципы лечения тяжелого абдоминального сепсиса

### Практические навыки:

1. Особенности дренирования брюшной полости при программированной релапаротомии
2. Техника санации брюшной полости
3. Симптомы системной воспалительной реакции
4. Диагностика абдоминального сепсиса
5. Характерная симптоматика тяжелого абдоминального сепсиса
6. Клиника абдоминального септического шока
7. Показания к проведению программированной релапаротомии
8. Методика проведения программированной релапаротомии
9. Сроки проведения и послеоперационное ведение пациентов
10. Осложнения программированной релапаротомии
11. Техника видеолaparоскопического санирования брюшной полости при перитоните

## **Тема 10: Рожистое воспаление. Патогенез. Клиника лечение**

### Собеседование по контрольным вопросам:

1. Рожистое воспаление. Патогенез
2. Клиника рожистого воспаления
3. Характерная локализация рожистого воспаления
4. Заболевания конечностей, которые провоцируют появления инфекции
5. Диагностика рожистого воспаления
6. Диф. диагностика
7. Лечение рожистого воспаления
8. Осложнения рожистого воспаления

### **Тема 11: Маститы. Этиология. Диагностика. Лечение**

#### Собеседование по контрольным вопросам:

- a. Классификация маститов
- b. Диагностика маститов
- c. Консервативное лечение маститов
- d. Хирургическое лечение
- e. Особенности вскрытия маститов, операционные разрезы

## *Раздел 9. Колопроктология*

*Коды контролируемых компетенций: ПК-2, ПК-5, ПК-6.*

### **Тема 1: Неопухолевые заболевания прямой кишки и анального канала.**

#### Собеседование по контрольным вопросам:

1. Анаэробный парапроктит. Этиология
2. Клиника. Диагностика
3. Особенности операции и ведения больных
4. Геморрой. Этиология. Патологическая анатомия
5. Классификация. Классификация
6. Диагностика
7. Принципы лечения хронического геморроя
8. Принципы лечения осложненного геморроя

### **Тема 2: Патогенез парапроктита. Осложнения. Методы оперативного лечения. Методы консервативного лечения геморроя.**

#### Собеседование по контрольным вопросам:

1. Острый парапроктит. Этиология. Патогенез
2. Классификация. Клиника
3. Диагностика. Дифференциальная диагностика

4. Принципы хирургического лечения.
5. Осложнения
6. Методы оперативного лечения геморроя
7. Методы консервативного лечения геморроя.

Практические навыки:

1. Симптоматика острого парапроктита
2. Причины развития инфекции
3. Клиническая картина в зависимости от форм парапроктитов
4. Принципы оперативного лечения острого парапроктита
5. Хронический парапроктит, особенности оперативного лечения
6. Консервативное лечение геморроя
7. Основные оперативные вмешательства при геморрое
8. Осложнения в послеоперационном периоде
9. Предоперационная подготовка пациентов

**Тема 3: Травматические повреждения прямой кишки и промежности.  
Диагностика. Хирургическое лечение**

Собеседование по контрольным вопросам:

1. Классификация повреждений
2. Клиника. Диагностика
3. Хирургическое лечение
4. Показания к наложению колостомы
5. Инородные тела прямой кишки
6. Клиника.
7. Диагностика
8. Способы удаления инородных тел

Практические навыки:

1. Тактика хирурга при повреждении прямой кишки
2. Осложнения при повреждении прямой кишки
3. Диагностика повреждений
4. Принципы оперативного лечения пациентов с повреждением прямой кишки
5. Показания к колостоме при повреждении прямой кишки
6. Техника удаления инородных тел
7. Техника вскрытия гнойных очагов в параректальной клетчатке

**Тема 4: Осложнения дивертикулеза толстой кишки Кровотечение Перфорация  
Кишечная непроходимость Абсцедирование Консервативное лечение осложнений  
дивертикулеза. Хирургическое лечение осложненного дивертикулеза.**

Собеседование по контрольным вопросам:

1. Дивертикулярная болезнь толстой кишки. Этиология. Патогенез
2. Классификация

3. Клиника
4. Диагностика. Дифференциальная диагностика
5. Осложнения
6. Дивертикулит. Перфорация
7. Абсцедирование
8. Хирургическое лечение осложненного дивертикулеза
9. Абсцедирование как осложнение дивертикулита, лечение

Практические навыки:

1. Осложнения дивертикулярной болезни толстой кишки
2. Симптоматика при дивертикулите.
3. Дифференциальная диагностика.
4. Показания к лапароскопии или лапаротомии
5. Тактика хирурга при перфорации дивертикула толстой кишки
6. Техника оперативного лечения.
7. Показания к выведению стомы
8. Показания к ушиванию перфорации дивертикула.
9. Техника операции по типу Гартмана
10. Тактика хирурга при абсцессе дивертикулярной этиологии
11. Принципы консервативного лечения дивертикулита

**Тема 5: Болезнь Крона. Эпидемиология. Диагностика. Лечение**

Собеседование по контрольным вопросам:

1. Болезнь Крона. Этиология. Патогенез
2. Классификация
3. Клиника
4. Диагностика
5. Дифференциальная диагностика
6. Характерные поражения со стороны слизистой оболочки кишечника
7. Осложнения болезни Крона
8. Лечение

Практические навыки:

1. Этиология болезни Крона
2. Поражение желудочно-кишечного тракта, частота
3. Характерные клинические симптомы
4. Лапароскопическая картина при болезни Крона
5. Характерные поражения со стороны слизистой оболочки кишечника
6. Осложнения болезни Крона
7. Принципы консервативного лечения болезни Крона
8. Тактика хирурга при подозрении во время лапаротомии Болезнь Крона.
9. Особенности оперативного лечения

**Тема 6: Неспецифический язвенный колит. Острая токсическая дилатация  
Перфорация кишки при язвенном колите. Консервативное лечение болезни**

Собеседование по контрольным вопросам:

1. Неспецифический язвенный колит. Этиология. Патогенез
2. Классификация

3. Клиника
4. Диагностика
5. Дифференциальная диагностика
6. Осложнения язвенного колита
7. Лечение

Практические навыки:

1. Локализация поражения ободочной кишки. частота
2. Характерные клинические симптомы
3. Лапароскопическая картина при болезни Крона
4. Характерные поражения со стороны слизистой оболочки кишечника
5. Осложнения болезни язвенного колита
6. Токсический мегаколон, диагностика
7. Показания к экстренному оперативному вмешательству
8. Оценка тяжести язвенного колита
9. Принципы консервативного лечения
10. Тактика хирурга при некрозе ободочной кишки, объем оперативного вмешательства

## *Раздел 10. Эндоскопическая абдоминальная хирургия*

*Коды контролируемых компетенций: ПК-6.*

**Тема 1: Техника введения иглы Veress, проведения контрольных проб. Инсуффляция газа, его удаление в конце операции. Техника введения троакаров - одноразовых и многоразовых. Техника дренирования брюшной полости.**

Собеседование по контрольным вопросам:

1. Лапароскопическое оборудование и инструментарий. Видеосистемы и эндоскопы
2. Лапароскопические инструменты
3. Основы эндохирургических вмешательств.
4. Методы наложения пневмоперитонеума, пневмоторакса
5. Ошибки и опасности лапароскопии
6. Экстренные и плановые лапароскопии
7. Видеолапароскопия в абдоминальной хирургии

Практические навыки:

1. Лапароскопическое оборудование и инструментарий. Видеосистемы и эндоскопы
2. Лапароскопические инструменты
3. Основы эндохирургических вмешательств.
4. Техника введения иглы Veress
5. Методы наложения пневмоперитонеума, пневмоторакса
6. Техника инсуффляция газа, его удаление в конце операции
7. Техника введения троакаров - одноразовых и многоразовых
8. Ошибки и опасности лапароскопии
9. Экстренные и плановые лапароскопии
10. Техника дренирования брюшной полости



**Тема 2: Использование электрокрючка, лопаточки, ножниц и зажимов. Меры предосторожности и техника безопасности.**

**Использование клип-аппликаторов. Техника остановки кровотечения. Промывание брюшной полости и аспирация жидкости.**

Собеседование по контрольным вопросам:

1. Лапароскопическое оборудование и инструментарий. Видеосистемы и эндоскопы
2. Сравнительная оценка различных видов энергии, применяемых в эндохирургии.
3. Электрохирургия, ультразвуковая хирургия
4. Эндохирургия малых клетчаточных пространств
5. Электрохирургия
6. Желчекаменная болезнь с точки зрения эндохирургии
7. Способы дренирования грудной и брюшной полости после лапароскопических вмешательств

Практические навыки:

1. Использование электрокрючка
2. Использование лопатки, ножниц и зажимов
3. Меры предосторожности и техника безопасности.
4. Сравнительная оценка различных видов энергии, применяемых в эндохирургии.
5. Электрохирургия, ультразвуковая хирургия
6. Использование клип-аппликаторов
7. Техника остановки кровотечения
8. Способы дренирования грудной и брюшной полости после лапароскопических вмешательств
9. Промывание брюшной полости и аспирация жидкости.

**Тема 3: Проведение лигатур и шовных игл в брюшную полость. Фиксация игл в иглодержателе, прошивание тканей, выведение иглы из брюшной полости. Техника непрерывного шва.**

Собеседование по контрольным вопросам:

1. Методы соединения тканей в эндохирургии
2. Техника лапароскопических вмешательств на холедохе
3. Ошибки и опасности лапароскопической холецистэктомии
4. Лапароскопическая аппендэктомия
5. Лапароскопическая герниопластика
6. Лапароскопические операции на толстой кишке. Технические особенности выполнения лапароскопических операций на толстой и прямой кишке.

Практические навыки:

1. Методы соединения тканей в эндохирургии
2. Проведение лигатур и шовных игл в брюшную полость.
3. Фиксация игл в иглодержателе, прошивание тканей, выведение иглы из брюшной полости

4. Техника лапароскопических вмешательств на холедохе
5. Ошибки и опасности лапароскопической холецистэктомии
6. Лапароскопическая аппендэктомия
7. Техника непрерывного шва.
8. Лапароскопические операции на толстой кишке. Технические особенности выполнения лапароскопических операций на толстой и прямой кишке.

**Тема 4: Техника интракорпорального и экстракорпорального завязывания узлов. Использование пластиковых контейнеров для извлечения органов. Профилактика осложнений и их устранение. Осложнений – кровотечение, перфорация полых органов, электроожоги тканей.**

Собеседование по контрольным вопросам:

1. Эндохирургический шов
2. Методы окончания лапароскопических вмешательств
3. Лапароскопические вмешательства при прободной язве желудка и 12п к
4. Лапароскопические операции на кишечнике
5. Техника лапароскопической операция при грыже пищеводного отверстия диафрагмы
6. Диагностика и эндохирургическое лечение послеоперационных осложнений
7. Особенности хирургической техники при Эндохирургия малых клетчаточных пространств

Практические навыки:

1. Эндохирургический шов
2. Методы окончания лапароскопических вмешательств
3. Техника интракорпорального и экстракорпорального завязывания узлов.
4. Использование пластиковых контейнеров для извлечения органов
5. Лапароскопические вмешательства при прободной язве желудка и 12п к
6. Профилактика осложнений и их устранение.
7. Лапароскопические операции на кишечнике
8. Профилактика осложнений – кровотечение, перфорация полых органов, электроожоги тканей.
9. Диагностика и эндохирургическое лечение послеоперационных осложнений
10. Особенности хирургической техники при эндохирургия малых клетчаточных пространств

**Раздел 11. Заболевания и повреждения сосудов**

*Коды контролируемых компетенций: ПК-2, ПК-5, ПК-6.*

**Тема 1: Повреждения кровеносных сосудов. Диагностика. Общие принципы лечения повреждений кровеносных сосудов. Способы временной остановки кровотечения. Лечение геморрагического шока. Хирургические доступы к**

## **магистральным артериям и венам (шеи, груди, верхней конечности, таза, нижней конечности.) Сосудистый шов. Шунтирование сосудов. Осложнения**

### Собеседование по контрольным вопросам:

1. Повреждения кровеносных сосудов
2. Виды сосудистой травмы
3. Диагностика
4. Клиника
5. Рентгеноконтрастное исследование (артериография, венография)
6. Общие принципы лечения повреждений кровеносных сосудов
7. Общие принципы лечения повреждений кровеносных сосудов
8. Лечение геморрагического шока
9. Хирургические доступы к магистральным артериям и венам (шеи, груди, верхней конечности, таза, нижней конечности)
10. Показания к перевязки сосудов
11. Определение показаний к восстановлению проходимости сосудов
12. Восстановление проходимости сосудов
13. Циркулярный сосудистый шов
14. Боковой сосудистый шов
15. Трансплантация и протезирование сосудов
16. Шунтирование сосудов
17. Осложнения во время операции и в послеоперационном периоде  
Послеоперационное ведение

### Практические навыки:

1. Рентгеноконтрастное исследование (артериография, венография)
2. Общие принципы лечения повреждений кровеносных сосудов
3. Хирургические доступы к магистральным артериям и венам (шеи, груди, верхней конечности, таза, нижней конечности)
4. Показания к перевязки сосудов
5. Определение показаний к восстановлению проходимости сосудов
6. Техника восстановления проходимости сосудов
7. Техника циркулярного сосудистого шва
8. Техника бокового сосудистого шва
9. Техника протезирования сосудов
10. Техника шунтирование сосудов
11. Осложнения во время операции и в послеоперационном периоде
12. Послеоперационное ведение

## **Тема 2: Варикозная болезнь. Флебит, тромбофлебит. Посттромбофлебитический синдром**

### Собеседование по контрольным вопросам:

1. Варикозная болезнь нижних конечностей. Этиология
2. Клиника

3. Диагностика
4. Методы консервативного лечения
5. Хирургическое лечение
6. Посттромбофлебитический синдром. Этиология. Патогенез
7. Диагностика
8. Клиника.
9. Лечение. Консервативное
10. Хирургическое лечение

Практические навыки:

1. Пробы для проверки проходимости глубоких вен при варикозе
2. Методика склерозирования варикозно-расширенных подкожных вен нижних конечностей
3. Методы консервативного лечения
4. Методика операций венэктомии конечностей
5. Хирургическое лечение
6. Клиника посттромбофлебитического синдрома.

**Тема 3: Хроническая венозная недостаточность. Диагностика. Клиника, Лечение**

Собеседование по контрольным вопросам:

1. Хроническая венозная недостаточность. Этиология
2. Этиология. Патогенез
3. Клиника
4. Диагностика
5. Консервативное лечение
6. Хирургическое лечение
7. Реабилитация
8. Диспансеризация

**Тема 4: Лимфедема. Лимфангоит. Диагностика. Клиника, Лечение**

Собеседование по контрольным вопросам:

1. Лимфедема. Этиология
2. Патогенез Клиника
3. Диагностика
4. Консервативное лечение
5. Хирургическое лечение
6. Профилактика
7. Лимфангоит. Этиология
8. Патогенез Клиника
9. Диагностика
10. Консервативное лечение
11. Хирургическое лечение
12. Профилактика
13. Лимфаденит. Этиология

14. Патогенез Клиника
15. Диагностика
16. Консервативное лечение
17. Хирургическое лечение
18. Профилактика

### **Тема 5: Облитерирующий тромбангиит. Диагностика. Клиника, Лечение**

#### Собеседование по контрольным вопросам:

1. Облитерирующий тромбангиит. Этиология. Патогенез
2. Классификация. Клиника.
3. Диагностика (ультразвуковая, рентгеноагиография)
4. Консервативное лечение
5. Хирургическое (паллиативные и реконструктивные операции)

### **Тема 6: Флебит, тромбофлебит. Диагностика. Клиника, Лечение**

#### Собеседование по контрольным вопросам:

1. Флебит. Этиология
2. Тромбофлебит. Патогенез
3. Клиника.
4. Диагностика
5. Консервативное лечение
6. Хирургическое лечение

#### Практические навыки:

1. Диагностические критерии флебита
2. Симптоматология тромбофлебита подкожных вен конечностей
3. Характерные симптомы тромбофлебита глубоких вен нижних конечностей
4. Диагностические критерии тромбофлебита нижних конечностей
5. Операции при остром тромбофлебите подкожных вен нижних конечностей
6. Способы консервативного лечения тромбофлебита

### **Тема 7: Артерио-венозные аневризмы. Рентгеноконтрастная ангиография**

#### Собеседование по контрольным вопросам:

1. Артерио-венозные аневризмы. Этиология
2. Классификация
3. Этиология. Патогенез
4. Клиника
5. Диагностика (ультразвуковая, контрастная ангиография)
6. Методы оперативного лечения

## **Тема 8: Тромбоэмболия легочной артерии**

### Собеседование по контрольным вопросам:

1. Тромбоэмболия легочной артерии. Этиология
2. Заболевания провоцирующие тромбоэмболию легочной артерии
3. Клиника тромбоэмболии легочной артерии
4. Диагностика тромбоэмболии легочной артерии
5. Лабораторная диагностика тромбоэмболии легочной артерии
6. Консервативное лечение тромбоэмболии легочной артерии
7. Диф. диагностика тромбоэмболии легочной артерии
8. Рентгенологические и КТ признаки тромбоэмболии легочной артерии
9. Хирургическое лечение тромбоэмболии легочной артерии
10. Профилактика лечение тромбоэмболии легочной артерии

## **Тема 9: Эмболии и острые тромбозы артерий конечностей. Этиология и патогенез острой ишемии. Степени острой ишемии. Диагностика. Виды операций. Ведение послеоперационного периода, осложнения.**

### Собеседование по контрольным вопросам:

1. Эмболия и острые тромбозы артерий конечностей
2. Этиология и патогенез острой ишемии
3. Степени острой ишемии
4. Клиника острой ишемии
5. Диагностика. Рентгеноконтрастная ангиография
6. Дифференциальная диагностика
7. Показания и противопоказания к операциям на артериях конечности
8. Принципы консервативного лечения
9. Виды операций
10. Показания к ампутациям
11. Ведение послеоперационного периода, осложнения

## **Тема 10: Облитерирующий эндартерит и атеросклероз сосудов нижних конечностей. Принципы диагностики и лечения**

### Собеседование по контрольным вопросам:

1. Облитерирующий эндартерит. Этиология. Патогенез
2. Классификация. Клиника.
3. Диагностика (ультразвуковая, рентгеноагиография)
4. Хирургическое (паллиативные и реконструктивные операции)
5. Осложнения острого панкреатита.
6. Облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей
7. Классификация. Клиника.
8. Диагностика (ультразвуковая, рентгеноагиография)
9. Консервативное лечение
10. Хирургическое (паллиативные и реконструктивные операции)

Практические навыки:

1. Характерные симптомы облитерирующего эндартерита.
2. Диф. диагностика облитерирующего эндартерита и облитерирующего атеросклероза сосудов нижних конечностей
3. Диагностика (ультразвуковая, рентгеноагиография)
4. Консервативное лечение облитерирующего эндартерита н\конечностей
5. Хирургическое (паллиативные и реконструктивное операции)
6. Осложнения оперативного вмешательства
7. Отдаленные результаты лечения

**Раздел 12. Хирургия щитовидной железы**

*Коды контролируемых компетенций: ПК-2, ПК-5, ПК-6.*

**Тема 1: Тиреотоксический зоб, клиника, диагностика и лечение**

Собеседование по контрольным вопросам:

1. Тиреотоксикоз. Этиология
2. Клиника
3. Диагностика и ее методы
4. Оценка радиоизотопных методов исследования
5. Оценка результатов биопсии
6. Консервативное лечение
7. Типы операций и показания к их выполнению
8. Осложнения
9. Отдаленные результаты
10. Эндемический зоб. Этиология
11. Классификация
12. Клиника зоба
13. Диагностика
14. Показания к операции
15. Виды и объем операции

Практические навыки:

1. Характерная клиника тиреотоксикоза .
2. Консервативное лечение тиреотоксикоза
3. Показания и противопоказания к оперативному лечению
4. Объем оперативного вмешательства при тиреотоксикозе
5. Послеоперационные осложнения
6. Консультация смежных специалистов при предоперационной подготовке
7. Техника операции по поводу тиреотоксического зоба
8. Осложнения связанные с операцией

## **Тема 2: Узловой зоб. Диагностика. Принципы оперативного лечения.**

### Собеседование по контрольным вопросам:

1. Узловой зоб. Этиология
2. Патогенез
3. Клиника
4. Диагностика
5. Показания к операции
6. Обезболивание.
7. Типы операции
8. Осложнения

### Практические навыки:

1. Характерные симптомы узлового зоба
2. УЗИ диагностика узлового зоба
3. Диф. диагностика узлового зоба
4. Показания к оперативному лечению
5. Послеоперационное ведение пациентов
6. Осложнения послеоперационные
7. Техника операции по поводу узлового зоба

## **Тема 3: Хронический тиреоидит, заболевания околощитовидных желез. Клиника, диагностика и лечение.**

### Собеседование по контрольным вопросам:

1. Аутоиммунный тиреоидит Хашимото. Этиология
2. Тиреоидит Риделя
3. Клиника
4. Диагностика
5. Показания к операции
6. Типы операции
7. Осложнения

### Практические навыки:

1. Диагностические критерии аутоиммунного тиреоидита Хашимото.
2. Симптоматология тиреоидита Риделя
3. УЗИ диагностика
4. Показания к операции
5. Типы операции
6. Осложнения

## **Тема 4: Опухоли щитовидной железы. Малигнизация. Особенности оперативного лечения.**



Собеседование по контрольным вопросам:

1. Предраковые заболевания
2. Классификация рака
3. Особенности метастазирования
4. Особенности метастазирования
5. Современные методы исследования
6. Выбор метода и объема операции
7. Комбинированное лечение, хирургическое, радиоизотопное, рентгенотерапия, гормональное
8. Хирургическое лечение заболеваний паращитовидных желез
9. Гиперпаратиреоз. Этиология
10. Клиника
11. Диагностика. Дифференциальная диагностика
12. Дифференциальная диагностика
13. Оперативное лечение
14. Ведение послеоперационного периода

### *Раздел 13. Поликлиническая хирургия*

*Коды контролируемых компетенций: ПК-2, ПК-5, ПК-6.*

#### **Тема 1: Поликлинический прием. Организация хирургической службы. Гнойные заболевания кисти и стопы. Клиника. Лечение. Осложнения.**

Собеседование по контрольным вопросам:

1. Организация хирургической службы поликлиники
2. Оказание хирургической помощи пациентам с гнойными заболеваниями кисти
3. Панариций. Классификация
4. Консервативное лечение панариций
5. Вскрытие панариция, разрезы.
6. Обезболивание при вскрытии панариция
7. Осложнения панариций

Практические навыки:

1. Оборудование операционной поликлиники, аппаратура. Асептика и антисептика
2. Консервативное лечение панариция
3. Техника вскрытия панариция
4. Методика проводниковой анестезии
5. Современное лечение панариций
6. Характерные признаки костного панариция
7. Методики дренирования панариция, некрэктомии
8. Послеоперационные осложнения

## **Тема 2: Флегмоны кисти и стопы. Лечение. Современные способы лечения.**

### Собеседование по контрольным вопросам:

1. Флегмоны кисти. Этиология. Патогенез
2. Классификация
3. Консервативное лечение флегмон кисти
4. Вскрытие флегмон кисти, разрезы.
5. Обезболивание при вскрытии флегмоны кисти
6. Осложнения флегмон кисти
7. Современные способы лечения

## **Тема 3: Экспертиза нетрудоспособности хирургических больных.**

### Собеседование по контрольным вопросам:

1. Сроки нетрудоспособности пациентов с хирургической патологией в зависимости от выполняемой работы
2. Ведение документации хирурга при выдаче больничного листа
3. Направление пациентов контрольную комиссию, оформление
4. Показания для направления во ВТЭК
5. Направление во ВТЭК, консультация специалистов
6. Особенности направления на санаторно-курортное лечение

## **Тема 4: Диспансеризация хирургических пациентов.**

### Собеседование по контрольным вопросам:

1. Порядок диспансерного наблюдения за хирургическими пациентами
2. Периодичность осмотра специалистов в зависимости от диагноза
3. Особенности диспансеризации пациентов с грыжами, хронической язвой желудка и 12 п кишки
4. Профилактика профессиональных заболеваний
5. Осмотр специалистов при диспансеризации хирургических пациентов

**Самостоятельная работа обучающегося по дисциплине**

№ п/п	Раздел дисциплины	Наименование работ	Трудоемкость (час)	Формы контроля
1	<b>Раздел 1. «Неотложная хирургия брюшной полости»</b>	Изучение учебной и научной литературы Подготовка к практическому занятию Работа с лекционным материалом Подготовки к собеседованию Работа с электронными образовательными ресурсами, размещенными в элэктронной-информационной системе ДГМУ	90	С
2	<b>Раздел 2. Хирургические заболевания желудка</b>	Изучение учебной и научной литературы Подготовка к практическому занятию Работа с лекционным материалом Подготовки к собеседованию	40	С
3	<b>Раздел 3. Хирургические заболевания кишечника и брыжейки</b>	Изучение учебной и научной литературы Подготовка к практическому занятию Работа с лекционным материалом Подготовки к собеседованию	39	С
4	<b>Раздел 4. «Хирургические заболевания печени, желчных путей»</b>	Изучение учебной и научной литературы Подготовка к практическому занятию Работа с лекционным материалом Подготовки к собеседованию Работа с электронными образовательными ресурсами, размещенными в элэктронной-информационной системе ДГМУ	60	С
5	<b>Раздел 5. «Заболевания поджелудочной железы»</b>	Изучение учебной и научной литературы Подготовка к практическому занятию Работа с лекционным материалом Подготовки к собеседованию	18	С
6	<b>Раздел 6. «Грыжи»</b>	Изучение учебной и научной литературы Подготовка к практическому занятию Работа с лекционным материалом Подготовки к собеседованию	30	С
7	<b>Раздел 7. «Травма грудной клетки и живота»</b>	Изучение учебной и научной литературы Подготовка к практическому занятию Работа с лекционным материалом Подготовки к собеседованию	50	С
8	<b>Раздел 8. «Хирургическая инфекция»</b>	Изучение учебной и научной литературы Подготовка к практическому занятию Работа с лекционным материалом Подготовки к собеседованию	25	С
9	<b>Раздел 9. Колопроктология</b>	Изучение учебной и научной литературы Подготовка к практическому занятию Работа с лекционным материалом	19	С

		Подготовки к собеседованию		
10	<b>Раздел 10. Эндоскопическая абдоминальная хирургия</b>	Изучение учебной и научной литературы Подготовка к практическому занятию Работа с лекционным материалом Подготовки к собеседованию	42	С
11	<b>Раздел 11. «Заболевания и повреждения сосудов»</b>	Изучение учебной и научной литературы Подготовка к практическому занятию Подготовки к собеседованию Работа с лекционным материалом	32	С
12	<b>Раздел 12. «Хирургия щитовидной железы»</b>	Изучение учебной и научной литературы Подготовка к практическому занятию Подготовки к собеседованию Работа с лекционным материалом	20	С
13	<b>Раздел 13. Поликлиническая хирургия</b>	Изучение учебной и научной литературы Подготовка к практическому занятию Подготовки к собеседованию Работа с лекционным материалом	39	С
<b>ИТОГО:</b>		<b>504</b>		

*Примечание: Формы текущего контроля успеваемости (с сокращениями): С – собеседование по контрольным вопросам и другие.*

### **III. ПРОМЕЖУТОЧНАЯ АТТЕСТАЦИЯ ПО ИТОГАМ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ**

#### **Вопросы к промежуточной аттестации по неотложной хирургии**

1. Прободные гастродуоденальные язвы, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика.
2. Виды хирургических операций при перфоративной язве желудка и двенадцатиперстной кишки. Ошибки и опасности при лечении перфоративных язв желудка и 12 -перстной кишки.
3. Язвенные и неязвенные гастродуоденальные кровотечения. Классификация. Дифференциальная диагностика.
4. Язвенные гастродуоденальные кровотечения. Диагностическая программа при гастродуоденальных кровотечениях. Дифференциальная диагностика. Определение кровопотери.
5. Тактика хирурга при язвенных гастродуоденальных кровотечениях. Прогноз рецидива кровотечения. Методы хирургического лечения.
6. Методы консервативной терапии в лечении острых гастродуоденальных кровотечений. Методы эндоскопического гемостаза.
7. Неязвенные гастродуоденальные кровотечения: синдром Мэллори-Вейсса, эрозивный гастродуоденит, кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода, рак желудка. Дифференциальная диагностика. Хирургическая тактика.
8. Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода и кардиального отдела желудка. Этиопатогенез. Консервативное и оперативное лечение.

9. Язвенный пилородуоденальный стеноз. Клиника, диагностика, особенности.. Клиника, диагностика, особенности предоперационной подготовки. лечение.
10. Каллезная пенетрирующая язва желудка. Клиника, диагностика, лечение.
11. Острый аппендицит, клиника, диагностика, хирургическая тактика, лечение.
12. Острый аппендицит: классификация, дифференциальная диагностика, лечение. Показания к хирургическому лечению, техника аппендэктомии.
13. Особенности клиники острого аппендицита в детском и пожилом возрасте, у беременных и атипичном расположении червеобразного отростка.
14. Осложнение острого аппендицита: абсцесс пространства Дугласа, пилефлебит, забрюшинная флегмона. Клиника, методы диагностики и лечения.
15. Тактика хирурга при лечении осложненного аппендицита: аппендикулярного инфильтрата, абсцесса, перитонита. Показания к дренированию брюшной полости и особенности дренирования.
16. Патогенез и классификация острой кишечной непроходимости.
17. Особенности клиники обтурационной, странгуляционной и смешанной форм кишечной непроходимости.
18. Предоперационная подготовка. Основы коррекции биохимических изменений в крови при ОКН.
19. Выбор метода операции при острой кишечной непроходимости, показания к резекции кишки, наложение обходных анастомозов, кишечных свищей.
20. Хирургическое лечение больных с острой кишечной непроходимостью, этапы операций, методы декомпрессии, клиника.
21. Борьба с интоксикацией и послеоперационным парезом кишечника при острой кишечной непроходимости, диагностика и профилактика послеоперационных осложнений
22. Спаечная болезнь брюшной полости. Показания к операции и техника при спаечной кишечной непроходимости.
23. Острая мезентериальная непроходимость: клиника, диагностика, лечение: хирургическая тактика, объем медикаментозной терапии. Прогноз.
24. Острый холецистит: клиника, диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Показания к операции, выбор метода. Прогноз.
25. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика различных форм холецистита.
26. Клиника, диагностика осложненных форм холецистита при наличии холедохолитиаза, стеноза большого дуоденального соска. Тактика хирурга.
27. Желтухи: определения понятия. Классификация. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика желтух. Лечение механической (хирургической) желтухи, выбор метода лечения. Прогноз.
28. Показания к холедохотомии, дуоденотомии, папиллотомии, наложению билиодигестивных анастомозов.
29. Особенности ведения послеоперационного периода, сроки удаления дренажей у больных с механической желтухой. Профилактика и лечение печеночной недостаточности.
30. Острый панкреатит. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение. Показания к операции, выбор метода и объема хирургического лечения. Прогноз трудоспособности.
31. Острый панкреатит, клинические проявления, периодичность течения, консервативная терапия с применением эндоскопических методов лечения.
32. Острый панкреатит, панкреонекроз. Отсроченные операции. Показания, техника, объем операции. Дренирование сальниковой сумки, забрюшинного пространства, секвестрэктомия и резекция панкреаса.

33. Острый панкреатит, панкреонекроз. Показания, методика и этапы ранних операций. Забрюшинная новокаиновая блокада, санация и декомпрессия желчных путей, дренирование сальниковой сумки, регионарная перфузия поджелудочной железы.
34. Хирургическое лечение осложнений острого панкреатита, панкреонекроза: поддиафрагмальных абсцессов, реактивных плевритов, межпетлевых абсцессов.
35. Открытая травма живота, клиника, диагностика, хирургическая тактика, методы хирургического лечения.
36. Закрытые травмы живота, клиника, диагностика, хирургическая тактика.
37. Общие принципы операций при ущемленных грыжах.
36. Особенности диагностики пристеночной формы ущемления грыж. Интраоперационная диагностика ретроградного ущемления, ущемления сальника, червеобразного отростка, дивертикула Меккеля, мочевого пузыря, придатков матки, жировых подвесок.
37. Хирургическая тактика у больных с ущемленными грыжами, наиболее частые диагностические и тактические ошибки.

### **Вопросы к промежуточной аттестации, плановая хирургия**

1. Язвенная болезнь желудка и ДПК. Показания к хирургическому лечению: клинично - лабораторно - инструментальный объем исследований, необходимый для обоснования абсолютных показаний к операции. Предоперационная подготовка.
2. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки. Объем хирургического лечения в зависимости от локализации язвы, желудочной секреции и степени стенозирования привратника. Методы резекции желудка. Прогноз. Трудоспособность.
3. Виды ваготомий, сравнительная характеристика методов.
4. Пептическая язва анастомоза, клиника, диагностика, методы хирургического лечения.
5. Функциональные расстройства оперированного желудка, демпинг-синдром, нарушение всасывания, синдром приводящей петли. Клиника, диагностика, лечение.
6. Каллезная пенетрирующая язва желудка. Клиника, диагностика, лечение.
7. Болезнь Крона. НЯК: этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.
8. Дивертикул Меккеля. Дивертикулит. Этиология. Клиника. Диагностика. Лечение.
9. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика различных форм холецистита.
10. Клиника, диагностика осложненных форм холецистита при наличии холедохолитиаза, стеноза большого дуоденального соска. Тактика хирурга.
11. Желтухи: определения понятия. Классификация. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика желтух. Лечение механической (хирургической) желтухи, выбор метода лечения. Прогноз.
12. Показания к холедохотомии, дуоденотомии, папиллотомии, наложению билиодигестивных анастомозов.
13. Эхинококки печени. Эпидемиология. Этиология, пат. анатомия. Клиника, диагностика. Профилактика, лечение.
14. Кисты и свищи поджелудочной железы. Классификация, клиника, диагностика и лечение. Прогноз.
15. Хронический парапроктит: классификация, клиника, диагностика и лечение. Прогноз.
16. Геморрой: определение болезни, классификация. Клиника, диагностика, лечение. Прогноз. Трудоспособность.
17. Геморрой, патогенез, диагностика, дифференциальная диагностика, инструментальные методы исследования, показания к оперативному лечению, техника геморроидэктомии.
18. Доброкачественные опухоли толстой кишки, классификация, клиника, диагностика, лечение.
19. Дивертикулы толстой кишки. Дивертикулиты. Клиника, диагностика, лечение. Осложнения. Диагностика, лечение.
20. Открытая травма живота, клиника, диагностика, хирургическая тактика, методы хирургического лечения.
21. Закрытые травмы живота, клиника, диагностика, хирургическая тактика.

22. Паховые грыжи: врожденные, приобретенные, прямые, косые. Диагностика и дифференциальная диагностика. Оперативное лечение, ошибки и опасности при выполнении операции.
23. Бедренные грыжи, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, техника операций при бедренных грыжах.
24. Пупочные грыжи, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, оперативное лечение.
25. Послеоперационные грыжи, клиника, диагностика, показания к оперативному лечению, принципы операций.

### **Вопросы по смежным дисциплинам**

1. Остеомиелит. Клиника, диагностика. Методы лечения.
2. Острый мастит. Классификация, клиника, дифференциальная диагностика, методы лечения, профилактика.
3. Острая артериальная непроходимость магистральных артерий конечности. Клиника, диагностика, лечение.
4. Острый тромбоз поверхностных, глубоких вен нижних конечностей. Клиника, диагностика, лечение.
5. Тромбоз легочной артерии. Патогенез, клиническая картина, дифференциальная диагностика. Реанимационные мероприятия.
6. Варикозная болезнь вен нижних конечностей. Патогенез, клиника, хирургическое лечение.
7. Окклюзионные заболевания артерий. Облитерирующий атеросклероз. Синдром Лериша. Облитерирующий эндартериит. Классификация. Дифференциальная диагностика. Методы лечения.
8. Рак желудка. Методы диагностики. Лечение.
9. Паллиативные операции при раке желудка (гастроэнтероанастомоз, гастростомия, резекция желудка).
10. Рак молочной железы. Классификация, клиническая картина. Методы диагностики, дифференциальная диагностика. Методы лечения.
11. Вывихи крупных суставов. Клиника. Диагностика. Лечение.
12. Перелом ключицы. Клиника. Диагностика. Лечение.
13. Переломы плеча. Клиника. Диагностика. Лечение.
14. Переломы костей предплечья. Клиника, диагностика, первая помощь. Методы лечения.
15. ПХО при первично открытых переломах длинных трубчатых костей.
16. Ожоги. Классификация по глубине поражения. Методы определения площади ожоговой поверхности. Первая врачебная помощь.
17. Отморожения. Классификация по глубине поражения. Методы определения площади поврежденной поверхности. Первая врачебная помощь.
18. Виды консервативных и оперативных методов лечения при переломах костей конечностей.
19. Переломы луча в типичном месте. Клиника. Диагностика. Лечение.
20. Переломы проксимального отдела бедра. Клиника. Диагностика. Лечение.
21. Переломы костей таза, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Правила транспортировки больных.
22. Травматический шок. Клиника, диагностика, лечение.
23. Геморрагический шок. Клиника, диагностика, лечение.
24. Алгоритм действий врача при внезапной клинической смерти.
25. Постреанимационная болезнь.
26. Анафилактический шок, особенности клинического течения в операционной, принципы интенсивной терапии.
27. Показания и противопоказания к переливанию крови.
28. Гемотранфузионные реакции. Клиника, диагностика, лечение.
29. Аутогемотранфузия, реинфузия. Показания и способы переливания.
30. Осложнения при переливании крови.
31. Поликлиника. Организация работы хирургического отделения, кабинета. Обязанности врача-хирурга.

32. Экспертиза временной и стойкой нетрудоспособности.
33. Организация экспертизы стойкой нетрудоспособности.
34. Правила оформления больничного листа.
35. Понятие о сочетанной травме. Виды сочетанных травм. Принципы оказания помощи.

### **Ситуационная задача**

*Больная 38 лет, третий раз за последние два года поступает в клинику с приступами острого холецистита. Последний раз была доставлена с интенсивными болями в правом подреберье. Объективно: кожные покровы и склеры интенсивно желтого цвета с зеленоватым оттенком. Кожный зуд. Общий билирубин -180 мкмоль/литр, прямой - 110 мкмол/л. В течение суток состояние не улучшилось, нарастает лейкоцитоз. В правом подреберье пальпируется увеличенный болезненный желчный пузырь, здесь же отмечается напряжение мышц передней брюшной стенки, а также появились признаки раздражения брюшины. На УЗИ обнаружены камни в желчном пузыре, холедох исследовать не удастся из-за вздутия кишечника (парез кишечника). Решено больную оперировать.*

Вопросы.

5. Сформулируйте полный диагноз.
6. Какая операция должна быть выполнена в данной ситуации?
7. Что такое интраоперационная холангиография?
8. Какая патология желчных протоков может привести к нарушению оттока желчи и как это может повлиять на объем операции?

### **Практические навыки:**

1. Хирургические инструменты, назначение и применение.
2. Техника операций при ущемленной паховой и бедренной грыже
3. Концевая илеостомия. Закрытие илеостомы. Цекостомия, сигмостомия. Техника выполнения.
4. Базовые навыки в эндохирургии. Эргономика.

**ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

КАФЕДРА ХИРУРГИИ ФПК и ППС с курсом эндохирургии  
Дисциплина «Хирургия»

### **Билет №1**

1. Особенности течения острого аппендицита при атипичных локализациях червеобразного отростка.
2. Общие принципы и этапы операции при ущемлённых грыжах.

### **Ситуационная задача № 1**

Больной 24 лет доставлен машиной скорой помощи в приемное отделение через 2 часа после травмы. Сообщил, что был избит неизвестными, били ногами в живот. Жалуется на



сильные боли в животе, тошноту, рвоту. Не может повернуться и двигаться из-за усиления болей в животе при малейшем движении.

Объективно: состояние больного тяжелое. Лицо бледное, с землистым оттенком. Положение вынужденное: на спине с согнутыми в коленях ногами.

Выпрямить ноги не может из-за усиления болей в животе. Пульс 110 уд./мин, ритмичный, АД - 110/70 мм рт. ст. Язык сухой. Живот напряжен во всех отделах («доскообразный»), при пальпации резкая болезненность во всех отделах. Глубокая пальпация невозможна из-за напряжения брюшной стенки. Резко положительны симптомы Раздольского, Щеткина-Блюмберга. При перкуссии сглажена печеночная тупость, в отлогих местах определяется притупление.

*Ваш диагноз и тактика?*

### ***Оценка освоения практических навыков***

1. Аппаратура и инструментарий для хирургических эндоскопических операций. Настройка и обслуживание аппаратуры и инструментария.
2. Определение групп крови, резус-принадлежности, групповой и индивидуальной совместимости. Проведение биологической пробы.

Утвержден на заседании кафедры, протокол от «28» августа 2020г. №1

**Зав. кафедрой**

**проф. Хамидов М.А.**

#### **Составители:**

Магомедов М.А., д.м.н., доцент / \_\_\_\_\_  
(ФИО, ученая степень, ученое звание, должность) (подпись)

Хамидов М.А., д.м.н., профессор / \_\_\_\_\_  
(ФИО, ученая степень, ученое звание, должность) (подпись)

***Комплект экзаменационных билетов к зачету приведен в Приложении 1.***

**Оценочный материал, необходимый для оценки освоения каждой компетенции, указанной в 2 разделе рабочей программы дисциплины по уровням (знать, уметь, владеть)**

### **ПК -2**

***Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными***

**1) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Знать» (воспроизводить и объяснять учебный материал с требуемой степенью научной точности и полноты):**

**Тестирование:**

1. При варикозной болезни следует избегать всего перечисленного, кроме
  - а) работы в горячих и влажных цехах
  - б) занятий плаванием
  - в) тяжелой физической работы и поднятия тяжести
  - г) продолжительного пребывания на ногах
  - д) занятий и работы, затрудняющих отток крови из нижних конечностей
  
2. Больным с варикозной болезнью рекомендуется все перечисленное, кроме
  - а) эластической компрессии голеней и стоп
  - б) возвышенного положения ног во время сна
  - в) ношения обуви на высоком каблуке
  - г) перерывов на работе в горизонтальном положении
  - д) 5-10-минутных перерывов в течение рабочего дня с приданием конечностям возвышенного положения и массажем от стоп к бедрам
  
3. К факторам, способствующим улучшению венозного кровотока в послеоперационном периоде, относятся:
  - а) сокращение икроножных мышц
  - б) возвышенное положение нижних конечностей
  - в) длительный постельный режим
  - г) бинтование ног эластическими бинтами
  - д) раннее вставание
  
4. Для острого аппендицита у больных пожилого и старческого возраста не характерно
  - а) преобладание деструктивных форм заболевания
  - б) нередкое развитие первично-гангренозного аппендицита
  - в) стертое клиническое проявления заболевания
  - г) смазанность эпигастральной фазы болевого синдрома
  - д) выраженность симптома Волковича – Кохера
  
5. Для острого аппендицита, а не правосторонней почечной колики, характерно
  - а) наличие свежих эритроцитов в моче
  - б) острые боли в правой поясничной или подвздошной области
  - в) иррадиация болей в правое бедро, промежность
  - г) Напряжение мышц в правой подвздошной области
  - д) дизурические расстройства
  
6. Развитию острого аппендицита способствуют
  - а) застой содержимого червеобразного отростка
  - б) глистная инвазия
  - в) изменение реактивности организма при инфекции
  - г) все перечисленное
  - д) ничто из вышеуказанного
  
7. 66-летний больной обратился с жалобами на повышение температуры, боли в левой подвздошной области и признаки кишечного дискомфорта. При пальпации в левой подвздошной области - ригидность мышц. Ваш предположительный диагноз?
  1. заворот сигмовидной кишки
  2. дивертикулит
  3. острый аппендицит
  4. язвенный колит с атипичным расположением отростка
  5. болезнь Гришпрунга.
  
8. Наиболее часто встречаются дивертикулы:
  - а) В пищеводе
  - б) В желудке
  - в) В двенадцатиперстной кишке
  - г) в ободочной кишке

- д) В тонкой кишке
9. Наиболее характерным для острой язвы 12-перстной кишки являются
- пожилой возраст больного
  - в анамнезе прием аспирина или кортикостероидов
  - сильные, приступообразные сезонные боли в эпигастрии
  - рвота пищей, приносящая облегчение
10. Злокачественную трансформацию наиболее часто претерпевают:
- Язвы луковицы 12-перстной кишки.
  - Постбульбарные язвы.
  - Язвы малой кривизны желудка.
  - Язвы большой кривизны желудка.
  - Язвы всех указанных локализаций.
11. Язвенную болезнь 12-перстной кишки необходимо дифференцировать с заболеваниями: 1. Хроническим холециститом. 2. Хроническим колитом. 3. Хроническим аппендицитом. 4. Хроническим панкреатитом. 5. Мезаденитом.
- Верно 1, 2, 3, 4, 5
  - Верно 2, 3, 4, 5
  - Верно 1, 3, 4, 5
  - Верно 1, 2, 4, 5
  - Верно 1, 2, 3, 4
12. К характерным признакам стеноза привратника относятся: 1. Желтуха. 2. Шум плеска натошак. 3. Похудание. 4. Отрыжка "тухлым". 5. Боли в эпигастрии распирающего характера.
- Верно 2, 3, 4
  - Верно 1, 2, 3, 4
  - Верно 1, 2, 3, 4, 5
  - Верно 1, 3, 4, 5
  - Верно 1, 2, 4, 5.
13. Основными отличиями симптоматических язв от язвенной болезни являются:
- локализация язвы
  - величина язвы
  - отсутствие хронического рецидивирующего течения
  - кровотечение
  - частая пенетрация
14. Для раннего демпинг-синдрома, возникающего вскоре после приема пищи, характерны:
- сонливость и слабость
  - тошнота, вздутие живота, понос, схваткообразные боли, урчание
  - тахикардия
  - повышение артериального давления
  - все перечисленное
15. У больного, страдающего язвенной болезнью с локализацией язвы в луковице 12-перстной кишки, в последнее время изменилась клиническая картина: появилась тяжесть после еды, тошнота, рвота пищей, чаще во второй половине дня (обильная), неприятный запах изо рта, потеря веса. Этот симптомокомплекс соответствует развитию:
- опухоли желудка
  - пилородуоденостенозу
  - перидуодениту
  - пенетрации
  - правильные ответы б) и в)
16. Обязательно ли брать биопсию перфоративной язвы желудка?
- Да, всегда
  - Да, за исключением перфорации острых язв
  - Только при каллезных язвах
  - Только при подозрении на малигнизацию

17. Для демпинг-синдрома не характерны
- а) мышечная слабость
  - б) головокружение
  - в) приливы
  - г) потливость
  - д) повышенный аппетит
18. При язвенной болезни 12 перстной кишки боли возникают после еды через:
- а) 30 минут
  - б) час
  - в) 2 часа
  - г) 3 часа
  - д) все ответы верны
19. Для язвенной болезни желудка характерно:
- а) повышенная кислотность желудочного сока
  - б) склонность к малигнизации язвы
  - в) формирование стенозов
  - г) более частая перфорация язв
  - д) все ответы неверны
20. Назовите болезни оперированного желудка:
- А. Внутривнутрибрюшное кровотечение на 4-й день после резекции желудка
  - В. Гипогликемический синдром
  - С. Агастральная астения
  - Д. Постгастрорезекционная анемия
  - Е. Несостоятельность швов гастро-дуодено-анастомоза
21. Нехарактерным для портальной гипертензии является:
- А. Спленомегалия
  - В. Асцит
  - С. Развитие коллатералей на передней брюшной стенке
  - Д. Варикозное расширение вен пищевода
  - Е. Гробовое молчание при аускультации живота
22. Какие из нижеперечисленных симптомов характерны для механической желтухи доброкачественного генеза?
- А. Прогрессирующая желтуха
  - В. Интермитирующая желтуха
  - С. Появление желтухи без предшествующей ей колики
  - Д. Колика предшествует желтухе
  - Е. Положительный симптом Курвуазье
23. Наличие опухоли головки поджелудочной железы можно предположить на основании следующих симптомов и параклинических методов исследования:
- А. Расширение билиарного дерева
  - В. Увеличенный и напряженный желчный пузырь
  - С. Кожный зуд
  - Д. Билирубинемия за счет прямого билирубина
  - Е. Анемия

**2) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Уметь» (решать типичные задачи на основе воспроизведения стандартных алгоритмов решения):**

**Задача №1.**

Больной 65 лет поступил на 2-й день заболевания с жалобами на умеренные боли внизу живота схваткообразного характера, иррадиирующие в крестец, вздутие живота, задержку стула и газов. Заболевание началось постепенно. Больной страдает запорами, отмечает, что состояния, напоминающие настоящее, были несколько раз и разрешались дома после очистительной клизмы.

Общее состояние больного удовлетворительное температура нормальная, пульс 72 в минуту, язык обложен, влажный. Живот «перекошенный» — резко вздута правая половина, при пальпации мягкий, безболезненный, справа пальпируется большое образование плотнoэластической консистенции, перистальтика над ним не прослушивается. Определяется «шум плеска», при перкуссии—высокий тимпанит. При ректальном исследовании: ампула прямой кишки пуста, сфинктер зияет.

- 1. Диагноз?*
- 2. Дифференциальная диагностика.*
  - 1. Классификация представленной патологии.*
  - 2. Возможные причины данного страдания?*
  - 3. Современные методы консервативной терапии и оперативного лечения?*

**Задача №2.**

Пациент П., 45 лет, поступил в с жалобами на повторные рвоты с кровью и мелену. В анамнезе вирусный гепатит. При поступлении в стационар состояние больного средней степени тяжести. Пульс 110 в минуту. АД – 110/65 мм рт.ст. ЧД – 22 в минуту. В анализе крови Нв-100 г/л, лейкоц. –  $11,2 \times 10^9$ /л. Печень по краю реберной дуги, край её закруглен, плотный. Селезенка увеличена в размерах.

- 1. Ваш диагноз?*
- 2. Принципиальные моменты техники постановки зонда-обтуратора Блекмора.*
- 3. Фармакотерапия портальной гипертензии.*
- 4. Трансюгулярное внутрпеченочное портосистемное шунтирование TIPS.*

**Задача №3.**

Больному во время операции по поводу острого калькулезного холецистита, после того как был удален желчный пузырь, через культю пузырного протока произведена холангиография. На холангиограмме общий печеночный и общий желчный проток расширены до 13-15 мм. В дистальной части общего желчного протока виден «обрыв», ниже которого желчный проток не контрастируется, контрастное вещество в двенадцатиперстную кишку не поступает. Форма «обрыва» контраста круглая, полуовальная, так называемый симптом «клешни»

Вопрос.

1. Как вы расцениваете данные, полученные на холангиограмме?
2. Что может вызвать окклюзию желчных протоков (все причины) и что вызвало окклюзию желчных протоков в данном случае?
3. Каковы ваши дальнейшие действия, какой объем операции должен быть выполнен?

**Задача №4.**

У больного 36 лет утром появились ноющие боли в правой подвздошной области, усилившиеся и ставшие очень интенсивными к вечеру. Появились частые позывы на мочеиспускание, поднялась температура до  $37,6^{\circ}\text{C}$ , была однократная рвота. Ранее подобных

более больной не отмечал. Язык обложен белым налетом, суховат. Живот в правой подвздошной области напряжен, резко болезнен. Симптом Щеткина-Блюмберга справа резко положителен. Положительны симптомы Ровзинга, Ситковского. Симптом Пастернацкого отрицателен. В моче изменений нет. Лейкоцитов в крови  $16,0 \times 10^3$  в 1мкл.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какие исследования в данном случае необходимы для дифференциальной диагностики?
3. Показания к лапароскопии?
4. План обследования?
5. Тактика хирурга?

**3) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Владеть»** (решать усложненные задачи на основе приобретенных знаний, умений и навыков, с их применением в нетипичных ситуациях, формируется в процессе практической деятельности; выполнение практических навыков; оформление медицинской документации и т.д.).

#### Задача №1.

Больной 35 лет, направлен в дежурную больницу с диагнозом язвенная болезнь ДПК, декомпенсированный пилородуоденальный стеноз. Жалобы: Рвота съеденной пищей и выпитой жидкостью. Чувство тяжести в эпигастрии после еды. Потеря в весе в течение последнего месяца 5 кг. Из анамнеза: Болеет язвенной болезнью 6 лет, сезонные обострения. Последние годы обострение язвенной болезни всегда сопровождается частой рвотой, которая, тем не менее, прекращается у больного после консервативной противоязвенной терапии.

После первичного осмотра хирург высказал сомнения в наличии у больного стеноза и предположил обычное обострение язвенной болезни. Назначено обследование.

Вопросы.

1. Назовите признаки, которые подтверждают наличие у больного язвенного стеноза при проведении обследования в виде:
2. Осмотр и физикальное обследование живота.
3. ФГДС
4. Р-скопия, Р-графия
5. Общий анализ крови.
6. Биохимические показатели крови.
7. Каким образом классифицируется язвенный стеноз?

#### Задача №2.

Больной С., 46 лет, поступил в отделение неотложной хирургии с жалобами на боли в животе, рвоту непереваренной пищей, отрыжку тухлым. Из анамнеза известно, что в течение 12 лет страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки с периодическими обострениями. Последние 6 месяцев беспокоят вышеуказанные симптомы, похудел на 15 кг. Ухудшение около 3 суток назад, когда значительно усилилась жажда, появились судороги мышц предплечий и икр. При осмотре: Общее состояние ближе к тяжелому. Пониженного питания, масса тела 55 кг. Кожные покровы бледные, тургор кожи снижен. Вял, адинамичен. Пульс 90 в мин. АД 100/60 мм рт ст. Язык сухой. Живот увеличен в размерах за счет верхних отделов, мягкий, болезненный в эпигастральной области. Симптомов раздражения брюшины нет. В эпи- и мезогастрии отчетливо определяется «шум плеска». Определяется мелкий тремор пальцев кистей рук. Общий анализ крови: эритроц.  $5,5 \times 10^{12}$ , гемог. 180 г/л, лейкоц.  $9,3 \times 10^9$ . Электролиты крови: натрий 146 ммоль/л, калий 2,8 ммоль/л, бикарбонаты 33 мэкв/л. Рентгеноскопия желудка: Желудок резко увеличен в размерах, натощак содержит большое количество жидкости, большая кривизна определяется над входом в малый таз, перистальтика отсутствует, выходной отдел желудка сужен до 3 мм.

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз с указанием степени тяжести осложнения язвенной болезни.
2. С чем связано развитие судорожного синдрома?
3. Имеются ли у больного признаки нарушения водно-электролитного обмена?
4. Патогенез нарушений водно-электролитного обмена.
5. Тактика ведения больного?
6. Объем и продолжительность предоперационной подготовки.
7. Составьте схему коррекции водно-электролитных нарушений.
8. Чем определяется выбор объема операции при данной патологии?
9. План ведения больного в раннем послеоперационном периоде.

### Задача №3.

Больной П., 45 лет, поступил в хирургическое отделение с жалобой на боли в области верхней половины живота, общую слабость, похудание. Болен в течение 2-х месяцев, когда появились боли в подложечной области, усиливающиеся после приема пищи, периодически беспокоит изжога. Последние 2 дня отметил появление стула черной окраски, была однократная рвота «кофейной гущей».

В анамнезе - резекция желудка по Гофмейстеру-Финстереру (2 года назад) по поводу язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, осложненной пилорородуоденальным стенозом. 5 лет назад перенес инфаркт миокарда.

При поступлении в стационар состояние больного удовлетворительное. Пульс 96 в мин. АД - 110/70 мм рт.ст. При пальпации живота отмечается умеренная мышечная защита и болезненность в эпигастрии и правом подреберье. При пальцевом исследовании прямой кишки патологии не выявлено, на перчатке следы оформленного кала черного цвета.

ОАК: Эр. - 3,4 Т/л, Нв. - 110 г/л, Л. - 8,4 Г/л, п. - 10, с. - 62, э. - 1, л. - 21, м. - 6, СОЭ - 32 мм/ч.

ОАМ: уд.вес - 1016, белок - 0,07 г/л, л.-3-4, бактерии - ++

ЭФГДС: Пищевод свободно проходит. Кардия смыкается не полностью. В желудке небольшое количество жидкости цвета «кофейной гущи». На задней губе желудочно-кишечного анастомоза (резекция желудка по Бильрот-2) имеется язвенный дефект 0,8 см в диаметре, глубиной около 0,3 см. Дно язвы покрыто вишнево-черным налетом. Кровотечения в момент осмотра нет.

#### Вопросы:

1. Ваш диагноз (основной, осложнения, сопутствующий)?
2. Назовите возможные этиологические факторы диагностированного заболевания.
3. О какой степени кровопотери у больного можно говорить, исходя из приведенных клинико-лабораторных данных?
4. Какую тактику лечения Вы выберете в данном наблюдении? Обоснуйте ее.
5. При выборе консервативной тактики лечения у больного охарактеризуйте ее конкретно.
6. Назовите показания к операции и виды оперативных вмешательств, применяющихся при данной патологии.

### ПК-5

**Готовность к определению у пациентов хирургических заболеваний, симптомов и синдромов в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем**

**1) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Знать» (воспроизводить и объяснять учебный материал с требуемой степенью научной точности и полноты):**

#### Тестирование:

1. При механической желтухе повышается билирубин:

- а) прямой
  - б) не прямой
  - в) прямой и не прямой
  - г) все ответы верны
  - д) все ответы неверны
2. Интраоперационная холангиография показана:
- а) при широком (более 10 мм) холедохе
  - б) при пальпируемых камнях в холедохе
  - в) после любой холецистэктомии
  - г) при недостатке информации о проходимости холедоха
  - д) при поставленном диагнозе механической желтухи
3. Характерным лабораторным признаком острого неосложнённого холецистита является:
- а) диастазурия
  - б) лейкоцитоз
  - в) гипогликемия
  - г) глюкозурия
  - д) гипербилирубинемия
4. Для макроскопической картины при катаральном аппендиците не характерно
- а) утолщение червеобразного отростка
  - б) тусклая серозная оболочка с множеством наполненных кровью мелких сосудов под ней, создающих впечатление яркой гиперемии
  - в) наличие серого или зеленого гноя в просвете отростка
  - г) отечная, ярко-красного цвета слизистая оболочка
  - д) наличие умеренного количества прозрачного реактивного выпота в брюшную полость
5. Для флегмонозного аппендицита характерно все, кроме
- а) интенсивных, постоянных, пульсирующих болей в правой подвздошной области
  - б) частой рвоты
  - в) симптомов раздражения брюшины
  - г) повышения температуры до 38-38,5°C
  - д) лейкоцитоза  $12-20 \cdot 10^9/\text{л}$  со сдвигом формулы влево
6. Для гангренозного аппендицита не характерно
- а) резкие боли в животе
  - б) нормальная температура
  - в) низкие цифры лейкоцитоза
  - г) резкий сдвиг лейкоцитарной формулы влево
  - д) положительный симптом "токсических ножниц"
7. Для аппендикулярного инфильтрата, в отличие от опухолевидной формы рака слепой кишки, менее характерно
- а) короткий анамнез заболевания
  - б) острый характер болей в правой подвздошной области, сопровождающийся повышением температуры
  - в) симптом Волковича - Кохера
  - г) выявление опухолевидного образования в правой подвздошной области без каких-либо клинических проявлений
  - д) тенденция к уменьшению опухолевого образования в процессе наблюдения
8. Клиническими проявлениями демпинг-синдрома легкой степени являются:



- а) Головокружение после приема сладкой пищи
  - б) Потливость
  - в) Сердцебиение
  - г) Слабость
  - д) Анемия
9. Для синдрома Меллори - Вейса характерно образование трещин
- а) в абдоминальном отделе пищевода
  - б) в кардиальном отделе желудка
  - в) в антральном отделе желудка
  - г) в пилорическом отделе желудка
10. Экономная резекция желудка, выполненная по поводу язвенной болезни, чаще приводит к возникновению:
- а. Демпинг-синдрома.
  - б. Гипогликемического синдрома.
  - с. Синдрома "малого желудка".
  - д. Пептической язвы анастомоза.
  - е. Синдрома приводящей петли.
11. Достоверным клиническим признаком стеноза привратника является:
- а) рвота желчью
  - б) урчание в животе
  - в) резонанс под пространством Траубе
  - г) шум плеска через 3-4 часа после приема пищи
  - д) видимая перистальтика
12. Наиболее достоверным рентгенологическим признаком перфорации язвы желудка и двенадцатиперстной кишки является:
- 1) пневмоперитонеум
  - 2) чаши Клойбера
  - 3) высокое стояние диафрагмы и ограничение ее подвижности
  - 4) выпот в реберно-диафрагмальном синусе
  - 5) симптом широкого уровня жидкости в желудке
13. Ультразвуковыми признаками острого панкреатита являются:
- а) нечеткость, "размытость" контура поджелудочной железы
  - б) увеличение размеров, усиление плотности поджелудочной железы
  - в) наличие свободной жидкости в сальниковой сумке
  - г) все ответы верны
  - д) все ответы неверны
14. Для кровоточащей язвы 12 п. кишки не характерно:
- а) рвота цвета кофейной гущи
  - б) усиление болей в животе
  - в) падение гемоглобина
  - г) мелена
  - д) снижение ОЦК
15. Синдром Меллори-Вейса- это:
- а) кровотечение из варикозных вен пищевода
  - б) эрозивный гастрит
  - в) кровотечение из трещин в кардиальном отделе желудка
  - г) кровотечение из острых язв желудка и 12 п. кишки
  - д) кровотечение из артериальной фистулы
16. Для всех видов острой кишечной непроходимости характерны:
- а) интенсивные боли в животе
  - б) резкое усиление перистальтики
  - в) стойкая задержка стула и газов
  - г) асимметрия живота

д) напряжение мышц живота

17. К рентгенологическим признакам кишечной непроходимости относятся:

- а) чаши Клойбера
- б) спирали Керкринга
- в) "аркады"
- г) все ответы верны
- д) все ответы неверны

18. Для острого синдрома приводящей петли характерно:

- А. Стеноз гастро-дуодено-анастомоза
- В. Является угрозой для жизни пациента
- С. Появляется вследствие инвагинации приводящей петли
- Д. Появляется вследствие заворота приводящей петли
- Е. Появляется вследствие денервации двенадцатиперстной кишки

19. Критерии Чайад для определения функционального состояния печени при портальной гипертензии включают:

- А. Билирубин и альбумин плазмы
- В. Асцит, неврологические нарушения
- С. Трансаминаза, мочевины, протромбин
- Д. Гликемия, трансфераза
- Е. Соблюдение режима питания

20. Какое из изложенных проявлений не характерно для портальной гипертензии?

- А. Асцит
- В. Спленомегалия
- С. Дисфагия
- Д. Печеночная энцефалопатия
- Е. Варикоз пищевода и желудка

21. Наиболее информативным методом диагностики абсцесса дугласова пространства является

- а) лапароскопия
- б) обзорная рентгенография брюшной полости
- в) пальцевое исследование прямой кишки и влагалища
- г) УЗИ
- д) контрастное исследование прямой кишки и нижних отделов толстой кишки

## 2) Типовые задания для оценивания результатов сформированности

компетенции на уровне «Уметь» (решать типичные задачи на основе воспроизведения стандартных алгоритмов решения):

### Решение ситуационных задач:

#### ЗАДАЧА 1:

Пациентка В., 48 лет, поступила в клинику на 3-й день заболевания с жалобами на боли в правом подреберье, тошноту, повторную рвоту желчью, повышение температуры тела до 38 °С. Состояние больной средней тяжести. Число дыханий 24 в минуту, пульс 90 в минуту. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот напряжен и резко болезнен в правом подреберье. Положительные симптомы Ортнера, Мерфи, Мюсси. При УЗИ в желчном пузыре мелкие конкременты, холедох в диаметре 13мм. Количество лейкоцитов крови —  $16 \times 10^9$ /л. На фоне проводимой консервативной терапии болевой синдром уменьшился, появились ознобы, температура тела вновь повысилась до 38,5 °С, стала нарастать желтуха. Билирубин крови — 80 мкм/л.

1. О каком осложнении острого холецистита можно думать?

2. Показатели, позволяющие заподозрить наличие холедохолитиаза?
3. План обследования и лечения пациентки?
4. Сроки выполнения хирургического вмешательства зависимости от исходной степени тяжести печёночной недостаточности?
5. При каких цифрах общего билирубина целесообразно проводить хирургические вмешательства?

#### ЗАДАЧА 2:

Пациентка М., 50 лет, потупила в клинику на третий день заболевания с жалобами на боли в правом подреберье, тошноту, рвоту, повышение температуры тела до 38 °С, желтушность кожных покровов и склер. Состояние средней тяжести. Число дыханий 24 в минуту, пульс 90 в минуту. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот пальпаторно мягкий, болезнен в правом подреберье. Там же определяются положительные симптомы Ортнера, Мерфи. Количество лейкоцитов крови —  $11 \times 10^9$ /л. Билирубин крови: 82 (общий), 65 (прямой) мкмоль/л.

1. УЗИ признаки деструктивного холецистита.
2. Какие методы исследования информативны для диагностики холедохолитиаза?
3. Интраоперационная фиброхолангиоскопия, показания?

#### ЗАДАЧА 3:

Больному во время операции по поводу острого калькулезного холецистита, после того как был удален желчный пузырь, через культю пузырного протока произведена холангиография. На холангиограмме общий печеночный и общий желчный проток расширены до 13-15 мм. В дистальной части общего желчного протока виден «обрыв», ниже которого желчный проток не контрастируется, контрастное вещество в двенадцатиперстную кишку не поступает. Форма «обрыва» контраста круглая, полуовальная, так называемый симптом «клешни»

1. Как вы расцениваете данные, полученные на холангиограмме?
2. Что может вызвать окклюзию желчных протоков (все причины) и что вызвало окклюзию желчных протоков в данном случае?
3. Каковы ваши дальнейшие действия, какой объем операции должен быть выполнен?

#### ЗАДАЧА 4:

Девушка 18 лет поступила в приемное отделение с жалобами на боли в правой подвздошной области. Боли начались внезапно 2ч назад, распространились по всему животу, иррадиировали в крестец и задний проход. Затем они локализовались в правой подвздошной области. Больная отмечала головокружение, слабость, тошноту. Последняя менструация закончилась у нее 12 дней назад (была в срок).

При осмотре отмечена бледность кожных покровов, Температура нормальная. Пульс 100 в минуту. Язык чист, влажный. Живот мягкий, в правой подвздошной области небольшое напряжение мышц. Анализ мочи без отклонений от нормы. Лейкоцитов в крови  $10,0 \cdot 10^3$  в 1мкл, эритроцитов —  $3,1 \cdot 10^6$  в 1 мкл. Гемоглобин 100 г/л.

Задание.

1. Ваш диагноз?
2. Тактика лечения?
3. План обследования.
4. Методы хирургического лечения?

### ЗАДАЧА 5:

У больной 25 лет, во время акта дефекации внезапно возникли боли в правой подвздошной области. Боли носили выраженный характер. Начало болей сопровождалось кратковременным обмороком.

Больная была доставлена в дежурную больницу «Скорой помощью» с диагнозом острый деструктивный аппендицит. При поступлении: жалобы на сильные постоянные боли в правой подвздошной области. Тошноту. Слабость. Головокружение. Объективно: ЧСС- 102 в мин., пульс слабого наполнения. АД - 80/40 Кожные покровы бледные. Живот резко болезненный в правой подвздошной области, там же отмечаются признаки раздражения брюшины.

- 1.Согласны ли вы с диагнозом поставленным врачом скорой помощи ?
2. С какими диагнозами надо дифференцировать острый аппендицит у данной больной ?
3. Какие методы инструментальной и лабораторной диагностики могут вам помочь в диагностике?
4. Тактика и лечение?

### ЗАДАЧА 6:

Больной 30 лет обратился с жалобами на боли в пр. подвздошной области, тошноту, сухость во рту, ↑ температуры тела до 38,5 С. Болен в течение 17 часов. В первые часы болевой синдром локализовался в эпигастральной области, умеренной интенсивности, без иррадиации. За 1,5 часа до обращения к врачу почувствовал резкое усиление болей, тошноту. При осмотре б-ой находится в вынужденном положении: лежа на спине с подогнутыми ногами, особенно правой. Изменение позиции вызывает боль. Язык не обложен, сухость во рту. Живот не вздут, при пальпации напряжен в правой подвздошной области (точке Мак-Бурнея). Положительны симптомы Ровзинга, Ситковского, Воскресенского, Щеткина. Наблюдается тахикардия до 90 ударов в минуту. Умеренный лейкоцитоз ( $14 \times 10^9/\text{л}$ ). Больной оперирован по поводу о. аппендицита через 17 часов с момента заболевания доступом в пр. подвздошной. области. На операции обнаружен гангренозный аппендицит с перфорацией отростка. В правой подвздошной ямке около 50 мл гнойного выпота.

1. Укажите дальнейшие действия хирурга.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Какие симптомы характерны для острого аппендицита?
4. Показания к диагностической лапароскопии при остром аппендиците?
5. Назовите способы аппендэктомии.
6. Методы дренирования брюшной полости?
7. Осложнения острого аппендицита?

### ЗАДАЧА 7:

Больной Н., 32 лет, поступил в хирургическое отделение с жалобами на слабость, головокружение. Пульс 100 в мин. АД 110/60 мм рт. ст. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Печень на 3 см ниже реберной дуги, уплотнена. В момент осмотра у больного позывы на дефекацию, обильный дегтеобразный стул. Общ. анализ крови: эритр.  $2,6 \times 10^{12}$ , Hb 82 г/л, Ht 0,27. Фиброгастроуденоскопия: на передней стенке абдоминального отдела пищевода с переходом на кардию линейный разрыв слизистой оболочки 5x1 см, из которого подтекает алая кровь.

1. *Сформулируйте развернутый клинический диагноз с указанием степени тяжести кровопотери.*
3. *Патогенез заболевания.*
4. *Классификация кровопотери по степени тяжести.*
5. *Нуждается ли больной в экстренном проведении дополнительных методов исследования? Каких?*

6. Тактика ведения больного?
7. Насколько целесообразно проведение этому больному эндоскопического гемостаза?
8. Методики эндоскопического гемостаза?
9. Показания к оперативному лечению.
- 10.

#### ЗАДАЧА 8:

Пациентка В., 48 лет, поступила в клинику на 3-й день заболевания с жалобами на боли в правом подреберье, тошноту, повторную рвоту желчью, повышение температуры тела до 38 °С. Состояние больной средней тяжести. Число дыханий 24 в минуту, пульс 90 в минуту. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот напряжен и резко болезнен в правом подреберье. Положительные симптомы Ортнера, Мерфи, Мюсси. При УЗИ в желчном пузыре мелкие конкременты, холедох в диаметре 13мм. Количество лейкоцитов крови —  $16 \times 10^9/\text{л}$ . На фоне проводимой консервативной терапии болевой синдром уменьшился, появились ознобы, температура тела вновь повысилась до 38,5 °С, стала нарастать желтуха. Билирубин крови — 80 мкм/л.

1. О каком осложнении острого холецистита можно думать?
2. Показатели, позволяющие заподозрить наличие холедохолитиаза?
3. План обследования и лечения пациентки?
4. Сроки выполнения хирургического вмешательства зависят от исходной степени тяжести печёночной недостаточности?
5. При каких цифрах общего билирубина целесообразно проводить хирургические вмешательства?
6. Интраоперационная фиброхолангиоскопия, показания?

**3) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Владеть»** (решать усложненные задачи на основе приобретенных знаний, умений и навыков, с их применением в нетипичных ситуациях, формируется в процессе практической деятельности; выполнение практических навыков; оформление медицинской документации и т.д.).

#### Решение усложненных ситуационных задач:

##### Задача №1.

Больной Н., 52 лет, поступил с жалобами на желтушность кожных покровов, потемнение мочи, светлый кал. 3 месяца назад перенес приступ болей в эпигастрии, после чего появилась желтушность склер. Лечился в стационаре, желтуха была купирована. Две недели назад без болевого приступа вновь появилась желтуха. В весе за время болезни потерял 8 кг. Злоупотребляет алкоголем. При осмотре иктеричность кожи и слизистых, правая доля печени несколько увеличена, пальпируется увеличенный безболезненный желчный пузырь. Лабораторные методы исследования: билирубин общий - 88 мкмоль/л, билирубин прямой 56 мкмоль/л, билирубин не прямой - 32 мкмоль/л, протромбиновый индекс 73 %, альбумин сыворотки - 32 г/л, амилаза крови 48 мг/кх/ч.

При УЗИ печень однородна, край +3 см из-под реберной дуги, внутрпеченочный протоки расширены, холедох расширен до 12 мм. В головке поджелудочной железы определяется образование пониженной плотности диаметром 33 мм. При попытке РХПГ холедох и вирсунгов проток не контрастированы.

*Вопросы:*

1. Ваш диагноз.
2. Необходимые дополнительные методы исследования.
3. Лечебная тактика.
4. Необходимый объем консервативной терапии.
5. Оперативное лечение

### Задача №2.

Больная 38 лет, третий раз за последние два года поступает в клинику с приступами острого холецистита. Последний раз была доставлена с интенсивными болями в правом подреберье. Объективно: кожные покровы и склеры интенсивно желтого цвета с зеленоватым оттенком. Кожный зуд. Общий билирубин -180 мкмоль/литр, прямой - 110 мкмол/л. В течение суток состояние не улучшилось, нарастает лейкоцитоз. В правом подреберье пальпируется увеличенный болезненный желчный пузырь, здесь же отмечается напряжение мышц передней брюшной стенки, а также появились признаки раздражения брюшины. На УЗИ обнаружены камни в желчном пузыре, холедох исследовать не удастся из-за вздутия кишечника (парез кишечника). Решено больную оперировать.

#### Вопрос.

1. Сформулируйте полный диагноз.
- 2.Какая операция должна быть выполнена в данной ситуации?
- 3.Что такое интeроперационная холангиография?
- 4.Какая патология желчных протоков может привести к нарушению оттока желчи и как это может повлиять на объем операции?

### Задача №3.

Больная М., 34 лет, поступила в хирургическое отделение с жалобами на боли в животе, больше в правой половине, тошноту.

Заболела около 16 ч. назад, когда после еды возникли сильные боли около пупка и в эпигастральной области, тошнота., 3 раза был жидкий стул. Занималась самолечением: промывала желудок, принимала внутрь таблетки но-шпы. Боли в животе уменьшились, локализовались в правой половине живота. Обратилась за медицинской помощью в приемное отделение больницы и госпитализирована. В прошлом подобных приступов не было.

В анамнезе – операция по поводу внематочной беременности (3 года назад). Последние 2 года лечилась в женской консультации по поводу воспаления матки и придатков, мастопатии. Находится на диспансерном учете в течение многих лет по поводу ревматизма, митрального порока сердца.

При поступлении в стационар состояние больной удовлетворительное. Кожные покровы бледные. Температура тела 37,7°C. Пульс 92 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. При аускультации сердца выслушивается хлопающий 1 тон и диастолический шум над верхушкой. В легких ослабленное везикулярное дыхание. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот правильной формы, не вздут. Внизу живота имеется послеоперационный рубец (после гинекологической операции). При пальпации живота определяется напряжение мышц и выраженная болезненность в правой подвздошно-паховой области. Положительны симптомы раздражения брюшины. В остальных отделах живот мягкий, умеренно болезнен в нижних отделах при глубокой пальпации.

#### Вопросы:

1. Ваш диагноз при госпитализации больной (основной, осложнения, сопутствующий)?
2. Каков Ваш послеоперационный диагноз, исходя из интраоперационных изменений?
3. Какие клинические симптомы важны для постановки диагноза и дифференциальной диагностики этого заболевания? Охарактеризуйте их.
4. Каков алгоритм обследования больной при поступлении в отделение?
5. Какова тактика лечения?
6. Каковы принципы ведения больной после операции?
7. На 7 сутки после операции состояние больной ухудшилось: повысилась температура тела до 38,2°C, появились боли и чувство распирания внизу живота, тенезмы. Живот умеренно вздут, мягкий, симптомы раздражения брюшины отрицательные. Какое осложнение возникло у больной?
8. Какие дополнительные исследования Вы проведете для уточнения характера осложнения?
9. Какие консервативные лечебные мероприятия Вы используете для лечения данного осложнения?
10. Показания к хирургическому лечению и вид оперативного вмешательства при этом осложнении?

#### Задача №4.

Пациент С., 58 лет, поступил в клинику с жалобами на боли в животе, тошноту, рвоту, задержку стула и газов. Заболел 3 дня назад, во время выполнения физической работы.

В анамнезе – аденома предстательной железы, правосторонняя паховая грыжа (в течение 10 лет). 6 лет назад перенес инфаркт миокарда, наблюдается и лечится у терапевта поликлиники по поводу ИБС, постинфарктного кардиосклероза, гипертонической болезни.

При поступлении в стационар состояние больного тяжелое. Вял, адинамичен, температура тела 38,0°C. Одышка до 30 в минуту. Пульс 110-120 ударов в минуту, аритмичный. АД – 100/70 мм рт. ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот равномерно вздут, в акте дыхания не участвует, при пальпации отмечается резкая болезненность в нижних отделах, перистальтика кишечника не прослушивается. В мезо- и гипогастрии определяется положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Печень ниже реберной дуги на 2-3 см. В правой пахово-подвздошной области определяется плотное, болезненное, опухолевидное образование размерами 12×8 см. Кожа над ним гиперемирована. При пальцевом ректальном исследовании патологических образований в прямой кишке нет, определяется увеличенная предстательная железа.

анализ крови: лейкоциты –  $14,2 \times 10^9$  /л, п/я – 16, с/я – 69, СОЭ – 46 мм/ч, глюкоза крови – 4,6 ммоль/л.

анализ мочи: реакция кислая, уд. вес – 1018, белок – 0,16 г/л, лейкоциты – 8-10 в п/зр.

#### Вопросы:

1. Ваш диагноз (основной, осложнения)?
2. Какова, на Ваш взгляд, лечебная тактика?
3. Имеется ли необходимость в предоперационной подготовке? Какова ее цель, объем и продолжительность?
4. В чем особенность оперативного вмешательства, если принято решение об операции?
5. Перечислите этапы операции у больного в необходимой последовательности?
6. Какими критериями Вы будете пользоваться при выполнении резекции кишки?
7. Перечислите наиболее вероятные послеоперационные осложнения в конкретном наблюдении.

#### Задача №5.

Больной Т., 59 лет, доставлен скорой помощью в хирургическое отделение с болями в животе и направительным диагнозом “острый живот”.

Заболел 3 суток назад, когда после еды появились боли в подложечной области, тошнота, однократная рвота. Больной самостоятельно промывал желудок, принимал таблетки анальгина и Но-шпы, прикладывал к животу грелку. Боли в эпигастрии утихли, переместились в правую подвздошную область. В последующие 2 дня боли мало беспокоили больного, за медицинской помощью не обращался. Около 4 часов назад вновь появились сильные боли по всему животу, многократная рвота, озноб.

В анамнезе - ИБС (3 года назад перенес инфаркт миокарда); аденома предстательной железы.

При поступлении в стационар состояние больного тяжелое. Кожные покровы бледные, черты лица заострены. Температура тела - 38,2° С. Пульс 126 в мин., АД - 90/60 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены, тахикардия. В легких ослабленное везикулярное дыхание. Язык сухой, обложен серым налетом. Живот равномерно вздут, болезненный и напряженный во всех отделах. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный по всему животу. Дизурических расстройств нет, стул сутки назад жидковатой консистенции. При ректальном пальцевом исследовании определяется увеличенная предстательная железа, болезненность передней стенки прямой кишки. На перчатке - следы кала обычной окраски.

Анализ крови: эр.-3,7 Т/л, Нв - 132 Г/л, лейкоциты-16,8 Г/л, п.-22, с.-61, лимф.-12, мон.-5, СОЭ-53 мм/час. Токсическая зернистость нейтрофилов )++).

Анализ мочи: уд.вес - 1019, белок - 0,16 г/л, лейкоциты - 4-6-8 в п/зр., цилиндры гиалиновые - 0-1 в п/зр., бактерии ++. Диазореакция - 200 ед/л.

Глюкоза крови - 6,2 ммоль/л

Билирубин - 20 мкмоль/л

ЭКГ - Синусовая тахикардия 128 в мин. Гипертрофия левого желудочка. Мелкоочаговые изменения в п/перегородочной области. Выраженные диффузные изменения и гипоксия миокарда.

Вопросы:

1. Ваш диагноз при госпитализации больного (основной, осложнения, сопутствующий)?
2. Какие дополнительные исследования Вы считаете необходимым провести для уточнения диагноза? Консультации?
3. Что означает термин «Острый живот», являющийся направительным диагнозом в данном наблюдении?
4. С какими заболеваниями необходимо, по Вашему, провести дифференциальную диагностику?
5. Какую тактику лечения Вы считаете необходимой в данном случае?
6. Охарактеризуйте принципы предоперационной подготовки, если Вы считаете ее необходимой (цель, объем, характер, критерии ее адекватности).
7. В чем заключаются основные принципы (этапы) операции?
8. Приведите наиболее используемую в клинической практике классификацию перитонита.
9. Каким методом можно пролонгировать санацию брюшной полости при перитонитах в послеоперационном периоде?
10. Охарактеризуйте сущность методов лапаростомии и программированной релапаротомии. Показания к их применению при перитонитах?
11. Каковы основные принципы корригирующей терапии у больного перитонитом в послеоперационном периоде?

Задача №6.

Больной 35 лет, направлен в дежурную больницу с диагнозом язвенная болезнь ДПК, декомпенсированный пилородуоденальный стеноз. Жалобы: Рвота съеденной пищей и выпитой жидкостью. Чувство тяжести в эпигастрии после еды. Потеря в весе в течение последнего месяца 5 кг. Из анамнеза: Болеет язвенной болезнью 6 лет, сезонные обострения. Последние годы обострение язвенной болезни всегда сопровождаются частой рвотой, которая, тем не менее, прекращается у больного после консервативной противоязвенной терапии.

После первичного осмотра хирург высказал сомнения в наличии у больного стеноза и предположил обычное обострение язвенной болезни. Назначено обследование ....

Вопросы.

*11. Назовите признаки, которые подтверждают наличие у больного язвенного стеноза при проведении обследования в виде:*

- \* Осмотр и физикальное обследование живота.
- \* ФГДС
- \* Р-скопия, Р-графия
- \* Общий анализ крови.
- \* Биохимические показатели крови.

*12. Каким образом классифицируется язвенный стеноз?*

*13. Какие существуют способы лечения язвенного стеноза?*

Задача №7.

В хирургический стационар с направлением из поликлиники поступила больная Д., 60 лет, с диагнозом «Острый аппендицит?». Предъявляет жалобы на боли в правой половине живота, больше в подвздошной области, тошноту, слабость. Больной себя считает около месяца. Последние 3 дня боли в животе усилились, носят схваткообразный характер. Была однократная рвота, температура тела повысилась до 37,7°C. Выяснилось, что последние 3 года больная страдает запорами. Год назад доставлялась в больницу с болями в животе, после сифонной клизмы и инъекции спазмолитиков боли прошли, и больная была отпущена домой (по ее просьбе). Последние полгода отмечает потерю аппетита, похудание (на 10-12 кг), слабость. Периодически при дефекации замечает отхождение слизи с примесью крови.



В анамнезе операции: по поводу миомы матки (8 лет назад) и холецистэктомия (3 года назад). Лечилась в терапевтическом стационаре по поводу гипертонической болезни, ИБС, стенокардии напряжения. После родов, 25 лет назад, появилось варикозное расширение вен нижних конечностей.

При поступлении в стационар состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледные, периферические лимфоузлы не увеличены. Имеется умеренно выраженное варикозное расширение вен нижних конечностей. Температура тела 37,6°C. Пульс 102 в минуту, ритмичный. АД–150/90 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены, ритмичные. В легких – ослабленное дыхание. Язык суховат, обложен белым налетом. Живот несколько вздут, симметричен, при пальпации отмечается умеренное напряжение мышц и болезненность в правой подвздошной области. Здесь же нечетко пальпируется болезненное, плотное, ограничено подвижное образование. Симптом Щеткина-Блюмберга в этой области слабopоложительный. Печень не увеличена. Стула не было 3 дня, газы отходят. Дизурических расстройств нет. При пальцевом ректальном исследовании патологических образований в прямой кишке не выявлено. Имеются признаки хронического геморроя, на перчатке – следы кала с примесью слизи и темной крови.

На обзорной рентгенограмме брюшной полости – видны единичные горизонтальные уровни (чаши Клойбера), умеренная пневматизация кишечника.

В анализе крови: Эр.–3,2 Т/л, Нв–96 г/л, лейкоциты–14,1×10<sup>9</sup>/л, э.-2, лимф.-20, мон.-2, п/я–12, с/я–64, СОЭ–52 мм/ч. Анализ мочи без особенностей.

Через неделю с момента госпитализации больная оперирована.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз (основной, осложнения, сопутствующий)?
2. С какими заболеваниями Вы должны провести дифференциальную диагностику?
3. Какие основные исследования Вы считаете необходимыми для уточнения диагноза и дифференциальной диагностики?
4. Какие дополнительные исследования Вы должны выполнить для подготовки больной к операции и уточнения распространенности опухолевого процесса?
5. Какие рентгенологические признаки позволят Вам думать об опухолевом поражении толстой кишки?
6. Каковы, по Вашему мнению, основные принципы предоперационной подготовки больной?
7. Во время операции больной установлено, что опухоль занимает более полуокружности слепой кишки, прорастает всю толщу ее стенки. Имеются метастазы в ближайших лимфоузлах. К какой стадии по системе TNM Вы отнесете заболевание?
8. Какую операцию Вы выполните больной с учетом локализации и стадии опухоли?
9. Перечислите типы радикальных и паллиативных оперативных вмешательств при других локализациях опухоли ободочной кишки.
10. Какие возможны осложнения при этом заболевании? Каким операциям отдается предпочтение при осложненных формах заболевания?
11. На 9 сутки после операции у больной внезапно появились сильные боли в груди, удушье. Она беспокойна, дыхание учащено, кожа бледно-цианотичная. О каком осложнении следует думать? Каковы Ваши действия?

#### Задача №8.

Больной П., 45 лет, направлен в хирургическое отделение из поликлиники с направительным диагнозом: “Желудочно-кишечное кровотечение? Панкреатит?” Предъявляет жалобы на боли в области верхней половины живота, общую слабость, похудание. Болен в течение 2-х месяцев, когда появились боли в подложечной области, усиливающиеся после приема пищи, периодически беспокоит изжога. Лечился настоями различных трав, однако улучшения не было. Последние 2 дня отметил появление стула черной окраски, была однократная рвота “кофейной гущей”. Обратился по этому поводу в поликлинику, откуда срочно направлен в хирургический стационар. В анамнезе - резекция желудка по Гофмейстеру-Финстереру (2 года назад) по поводу язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, осложненной пилорородуоденальным стенозом. 5 лет назад перенес инфаркт миокарда.

При поступлении в стационар состояние больного удовлетворительное. Правильного телосложения, несколько пониженного питания (при росте 180 см масса тела 70 кг). Кожные покровы и видимые слизистые умеренно бледны. Температура тела 36,8°C. Пульс 96 в мин. АД - 110/70 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. В легких - дыхание везикулярное. Язык влажный, обложен беловатым налетом. Живот слегка вздут, участвует в акте дыхания. На передней его стенке - срединный послеоперационный рубец. При пальпации живота отмечается

умеренная мышечная защита и болезненность в эпигастрии и правом подреберье. Печень у края реберной дуги, безболезненна. Селезенка не пальпируется. При пальцевом исследовании прямой кишки патологии не выявлено, на перчатке следы оформленного кала черного цвета.

ОАК: Эр. - 3,4 Т/л, Нв. - 110 г/л, Л. - 8,4 Г/л, п. - 10, с. - 62, э. - 1, л. - 21, м. - 6, СОЭ - 32 мм/ч.

ОАМ: уд.вес -1016, белок - 0,07 г/л, л.-3-4, бактерии - ++

ЭКГ: синусовый ритм 88 в мин., горизонтальное положение электрической оси сердца, признаки гипертрофии левого желудочка.

ЭФГДС: Пищевод свободно проходим. Кардия смыкается не полностью. В желудке небольшое количество жидкости цвета "кофейной гущи". На задней губе желудочно-кишечного анастомоза (резекция желудка по Бильрот-2) имеется язвенный дефект 0,8 см в диаметре, глубиной около 0,3 см. Дно язвы покрыто вишнево-черным налетом. Кровотечения в момент осмотра нет.

#### **Вопросы:**

1. Ваш диагноз (основной, осложнения, сопутствующий)?
2. Назовите возможные этиологические факторы диагностированного заболевания.
3. О какой степени кровопотери у больного можно говорить, исходя из приведенных клинико-лабораторных данных?
4. Какие дополнительные исследования целесообразно выполнить при этой патологии для уточнения диагноза и определения лечебной тактики?
5. Какую тактику лечения Вы выберете в данном наблюдении? Обоснуйте ее.
6. При выборе консервативной тактики лечения у больного охарактеризуйте ее конкретно.
7. Назовите показания к операции и виды оперативных вмешательств, применяющихся при данной патологии.
8. Перечислите известные Вам заболевания (синдромы) оперированного желудка (пострезекционные и постваготомические).

## **ПК-6**

### **Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи**

**1) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Знать» (воспроизводить и объяснять учебный материал с требуемой степенью научной точности и полноты):**

#### **Тестирование:**

1. Для уточнения диагноза кровоточащей язвы желудка в первую очередь необходимо сделать:
  - а) Анализ кала на скрытую кровь
  - б) Контрастную рентгеноскопию желудка
  - в) Анализ желудочного сока на скрытую кровь
  - г) Фиброгастроскопию
  - д) Определение гемоглобина и гематокрита
2. При язвенной болезни, осложненной кровотечением, рвота содержимым желудка цвета "кофейной гущи" может наблюдаться при всех следующих локализациях язвы: 1. На малой кривизне желудка 2. В кардиальном отделе желудка 3. В антральном отделе желудка 4. В нижнем отделе пищевода 5. В постбульбарном отделе двенадцатиперстной кишки
  - а) Верно 1,2,3,4,5
  - б) Верно 1,3,4,5
  - в) Верно 2,3,4,5
  - г) Верно 1,2,4,5
  - д) Верно 1,2,3,4

3. При лечении прободной язвы 12-перстной кишки могут быть применены, как правило, все перечисленные методы оперативного вмешательства: 1. Иссечение язвы 2. Ушивание язвы 3. Резекция желудка 4. Пилоропластики с ваготомией 5. Наложение гастроэнтероанастомоза
- Верно 1,2,3,4,5
  - Верно 2,3,4,5
  - Верно 1,3,4,5
  - Верно 1,2,4,5
  - Верно 1,2,3,4
4. Наиболее удобно и безопасно вскрыть абсцедировавший аппендикулярный инфильтрат позволяет
- косой разрез Мак - Бурнея - Волковича - Дьяконова
  - поперечный разрез Колесова
  - параректальный доступ Ланнандера
  - доступ Пирогова
  - нижнесрединную лапаротомию
5. При плотном аппендикулярном инфильтрате, выявленном во время операции
- производится аппендэктомия
  - ставится резиново-марлевый тампон и микроирригатор для антибиотиков
  - рана ушивается до тампона
  - выполняется только б) и в)
  - выполняются все пункты
6. Во время операции по поводу острого аппендицита обнаружен рыхлый инфильтрат с формированием абсцесса. Ваша тактика:
- Удаление червеобразного отростка, дренирование полости абсцесса
  - Отграничение инфильтрата тампонами и ушивании брюшной полости
  - Дренирование полости абсцесса внебрюшинным доступом
  - Новокаиновая блокада по Школьникову
  - Лапаротомия, дренирование полости абсцесса
7. У больного перфорация дуоденальной язвы, осложненная разлитым перитонитом. Следует выполнить:
- Резекцию желудка по первому способу Бильрота
  - Резекцию желудка по Гофмейстеру-Финстереру
  - ушивание язвы, дренирование брюшной полости
  - селективную проксимальную ваготомию и пилоропластику
  - стволовую ваготомию и пилоропластику
8. Срочное хирургическое вмешательство требуется при следующих осложнениях язвенной болезни
- остановившееся желудочное кровотечение
  - перфоративная язва
  - пенетрирующая язва
  - стеноз выходного отдела желудка
9. Экономная резекция желудка, выполненная по поводу язвенной болезни, чаще приводит к возникновению
- демпинг-синдрома
  - гипогликемического синдрома
  - синдрома "малого желудка"
  - пептической язвы анастомоза
10. Показаниями к плановому оперативному лечению язвенной болезни являются
- длительно (до 3 мес) нерубцующаяся язва
  - пенетрирующая язва
  - часто кровоточащая язва желудка
  - хронические каллезные язвы с дисплазией эпителия в периульцерозной зоне
  - правильные ответы б), в) и г)
11. Консервативное лечение перфоративной язвы желудка или двенадцатиперстной кишки по Тейлору заключается:
- В применении щелочей и средств, снижающих перистальтику желудка
  - В периодическом (каждые 4-5 часов) зондировании желудка, внутривенном вливании жидкости и фармакологической блокаде блуждающего нерва
  - В постоянном промывании желудка охлажденным физиологическим раствором
  - В местной гипотермии и внутривенном вливании жидкости
  - В постоянной аспирации содержимого желудка, внутривенном введении жидкостей, назначением антибиотиков
12. У больного перфорация дуоденальной язвы, осложненная разлитым перитонитом. Следует выполнить:
- Резекцию желудка по первому способу Бильрота
  - Резекцию желудка по Гофмейстеру-Финстереру
  - ушивание язвы, дренирование брюшной полости

- г) селективную проксимальную ваготомию и пилоропластику
  - д) стволовую ваготомию и пилоропластику
13. Какой оптимальный объем резекции при перфорации язвы угла желудка?
- 1) Антрузэктомия
  - 2) Гемиррезекция
  - 3) 2/3 желудка
  - 4) 3/4 желудка
  - 5) Гастрэктомия
14. Какой оптимальный объем операции при кровоточащей язве двенадцатиперстной кишки?
- 1) Пилорoduоденотомия, прошивание кровоточащей язвы
  - 2) Стволовая ваготомия с пилоропластикой, прошиванием или иссечением кровоточащей язвы
  - 3) Иссечение кровоточащей язвы
  - 4) Резекция желудка "на выключение"
  - 5) Селективная проксимальная ваготомия
15. Какая лечебная тактика предпочтительна при кровотечении из острых гастродуоденальных язв?
- 1) настойчивая инфузионно-трансфузионная и гемостатическая терапия
  - 2) лечебная эндоскопия
  - 3) лечебная эндоскопия дополненная инфузионно-трансфузионной, гемостатической и симптоматической терапией
  - 4) ранняя операция на высоте кровотечения
  - 5) обязательная (отсроченная или плановая) операция после остановки кровотечения консервативными мероприятиями
16. При выборе вида хирургического пособия при перфоративной язве желудка обычно руководствуются
- 1) сроком с момента прободения
  - 2) степенью воспалительных изменений брюшины
  - 3) величиной перфоративного отверстия
  - 4) локализацией перфоративного отверстия
  - 5) возрастом больного
17. При лечении прободной язвы 12-ти перстной кишки могут быть применены, как правило, все перечисленные методы оперативного вмешательства, кроме
- 1) иссечения язвы
  - 2) ушивания язвы
  - 3) резекции желудка
  - 4) пилоропластики с ваготомией
  - 5) наложения гастроэнтероанастомоза на короткой петле
18. Консервативная терапия при прободной язве допустима лишь при:
- а) отсутствии у больного язвенного анамнеза
  - б) крайне высокой степени операционного риска
  - в) старческом возрасте больного
  - г) категорическом отказе больного от операции
  - д) недостаточной квалификации хирурга
19. Для купирования болевого приступа при остром панкреатите не применяется:
- а) анальгин
  - б) морфин
  - в) промедол
  - г) баралгин
  - д) паранефральная новокаиновая блокада
20. Наиболее физиологичным методом резекции желудка считается:
- а) Бильрот - 2
  - б) Бильрот - 1
  - в) Ру
  - г) Бальфуру
  - д) Райхель-Полиа
21. При угрозе рецидива язвенного кровотечения показано:
- а) интенсивная гемостатическая терапия
  - б) экстренная операция
  - в) систематический эндоскопический контроль
  - г) операция в плановом порядке
  - д) отсроченная операция
22. Консервативное лечение острой кишечной непроходимости применяется только при:

- а) завороте
  - б) узлообразовании
  - в) обтурационной кишечной непроходимости
  - г) динамической непроходимости
  - д) обтурации желчным камнем
23. Перед операцией по поводу кишечной непроходимости следует провести инфузионную терапию с применением:
- а) физиологического раствора
  - б) 5% раствора глюкозы
  - в) препаратов крови
  - г) солевых растворов
  - д) все ответы верны
24. "Корона смерти" находится в области:
- а) внутреннего отверстия пахового канала
  - б) наружного отверстия пахового канала
  - в) наружной стенки бедренного канала
  - г) внутреннего угла бедренного канала
  - д) нижней стенки пахового канала
25. При флегмоне грыжевого мешка операцию начинают с:
- а) вскрытия флегмоны
  - б) срединной лапаротомии
  - в) выделения грыжевого мешка из окружающих тканей
  - г) пункции грыжевого мешка
  - д) одновременной операции из двух доступов
26. Показанием к экстренной операции при самопроизвольном вправлении ущемленной грыжи является:
- а) наличие грыжевого выпячивания
  - б) появление перитонеальных признаков
  - в) повышение температуры
  - г) дизурические явления
  - д) сам факт самопроизвольного вправления
27. При пластике бедренного канала по Бассини накладываются швы между:
- а) паховой связкой и поперечной фасцией
  - б) паховой связкой и надкостницей лонной кости
  - в) паховой связкой и лакунаркой связкой
  - г) паховой связкой и нижним краем внутренней косой и поперечной мышц
  - д) нижним краем мышц и надкостницей лонной кости
28. Правильная последовательность действий на операции по поводу ущемленной грыжи:
- а) вскрывают грыжевой мешок, резецируют ущемленный орган, накладывают анастомоз
  - б) вскрывают грыжевой мешок, рассекают ущемляющее кольцо, оценивают жизнеспособность органа
  - в) иссекают грыжевой мешок вместе с ущемленным органом
  - г) вскрывают мешок, рассекают ущемляющее кольцо, опускают орган в брюшную полость
  - д) вскрывают мешок, удерживают ущемленный орган, рассекают ущемляющее кольцо, выводят орган в рану, оценивают его жизнеспособность
29. Критерии жизнеспособности ущемленной кишки:
- а) не должно быть темных пятен
  - б) должна быть розовой, перистальтировать
  - в) должна быть розовой, перистальтировать, определяться пульсация на сосудах брыжейки
  - г) не должна быть шире 4 см, без странгуляционных борозд
  - д) не должна иметь повреждений серозной оболочки

30. Больной с активным кровотечением из варикозно расширенных вен пищевода: билирубин плазмы - 35-50 ммоль/л, альбумин - 30-35 г/л, без неврологической симптоматики с транзиторным асцитом, хорошего питания. Выберите оптимальный объем операции:

- А. Эндоскопическая склеротерапия
- В. Порто-системный шунт
- С. Эмболизация
- Д. Спленэктомия
- Е. Оментогепатопексия

31. Холедохолитиаз это наличие камней в:

- а) в желчной пузыре
- б) во внутривенечных протоках
- в) в пузырном протоке
- г) в печеночном протоке
- д) в общем желчном протоке

32. Показаниями для наложения холедоходуоденоанастомоза (ХДА) являются:

- а) одиночный камень холедоха
- б) множественный холедохолитиаз
- в) вклиненный камень папиллы
- г) все ответы верны
- д) все ответы неверны

33. Наружный дренаж холедоха по Пиковскому это:

- а) дренаж через культю пузырного протока
- б) дренаж через холедохотомическое отверстие
- в) "скрытый" дренаж
- г) Т-образный дренаж
- д) дренаж с выходом в 12 перстную кишку.

34. Наружный дренаж холедоха удаляется через:

- а) 3 дня
- б) 7 дней после фистулохолангиографии
- в) 10 дней
- г) 15 дней
- д) 20 дней

35. Какие хирургические методы используются для восстановления пассажа желчи по желудочно-кишечному тракту при опухолях гепатопанкреатодуоденальной зоны, за исключением:

- А. Билиодигестивного анастомоза
- В. Экстирпации опухоли
- С. Обходного билиодигестивного анастомоза
- Д. Наружного дренирования совместно с микроанастомозом
- Е. Панкреатоеюноанастомоз

36. Какие из следующих операций представляют собой внутривенечные билиодигестивные анастомозы?

- А. Холецисто-гастроанастомоз
- В. Холедохо-дуоденоанастомоз
- С. Холедохотомия с дренажем Кхер
- Д. Холедохоеюноанастомоз
- Е. Холецистоеюноанастомоз

**2) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Уметь» (решать типичные задачи на основе воспроизведения стандартных алгоритмов решения):**

**Решение ситуационных задач:**

**ЗАДАЧА 1:**

Пациент В., 56 лет, поступил в стационар с проявлениями гастродуоденального кровотечения. При экстренном ФГДС - на малой кривизне желудка - язвенный дефект, на дне рыхлый кровяной сгусток, без просачивания крови из-под него. В просвете желудка – измененная кровь.

1. *Тактика эндоскописта?*
2. *В каких случаях инфильтрационный метод эндогемостаза имеет наименьший успех?*
3. *Показания к проведению эндогемостаза для профилактики кровотечения?*

#### ЗАДАЧА 2:

Пациент Т., 30 лет, поступил с жалобами на общую слабость, головокружение, наличие черного стула. Кожные покровы бледные. Пульс 100 уд./мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД 90/50 мм рт. ст. Нв – 80г/л. При экстренном ФГДС - патологических изменений в желудке, в 12 – перстной кишке не обнаружено. При появлении свежей крови по НГЗ произведена повторная ФГДС зав. отделением эндоскопии – обнаружены изъязвления Дъелафуа, проведен эндогемостаз.

1. *Локализация изъязвлений Дъелафуа на желудке?*
2. *Негативное действие H<sub>2</sub>-блокаторов при язвенном кровотечении?*
3. *Показания для переливания эр. массы при остром кровотечении?*

#### ЗАДАЧА 3:

Пациент К., 50 лет, поступил с жалобами на повторную рвоту с кровью, черного цвета стул. ФГДС – определяются варикозно расширенные вены пищевода. Определяется выраженная бледность кожных покровов, пульс слабого наполнения, тахикардия до 120 ударов в минуту, АД 90/60 мм рт. ст. *Общий анализ крови: гемоглобин 75 г/л. УЗИ органов брюшной полости:* печень незначительно уменьшена в размерах, паренхима гомогенная, эхогенность обычная.

1. *Виды эндогемостаза при портальной гипертензии? Противопоказания к эндоскопическому лигированию вен.*
2. *Какую операцию применяют для остановки кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка?*

#### ЗАДАЧА 4:

Больной 30 лет обратился с жалобами на боли в пр. подвздошной области, тошноту, сухость во рту, ↑ температуры тела до 38,5 С. Болен в течение 17 часов. В первые часы болевой синдром локализовался в эпигастральной области, умеренной интенс-и, без иррадиации. За 1,5 часа до обращения к врачу почувствовал резкое усиление болей, тошноту. При осмотре б-ой находится в вынужденном положении: лежа на спине с подогнутыми ногами, особенно правой. Изменение позиции вызывает боль. Язык не обложен, сухость во рту. Живот не вздут, при пальпации напряжен в правой подвздошной области (точке Мак-Бурнея). Положительны симптомы Ровзинга, Ситковского, Воскресенского, Щеткина. Наблюдается тахикардия до 90 ударов в минуту. Умеренный лейкоцитоз ( $14 \times 10^9/\text{л}$ ). Больной оперирован по поводу о. аппендицита через 17 часов с момента заб-я доступом в пр. подвзд. области. На операции обнаружен гангр-й аппендицит с перфорацией отростка. В правой подвздошной ямке около 50 мл гнойного выпота.

1. *Укажите дальнейшие действия хирурга.*
2. *Проведите дифференциальную диагностику.*
3. *Какие симптомы характерны для острого аппендицита?*
4. *Показания к диагностической лапароскопии при остром аппендиците?*
5. *Назовите способы аппендэктомии.*
6. *Методы дренирования брюшной полости?*
7. *Осложнения острого аппендицита?*

### ЗАДАЧА 5:

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

1. Ваш предварительный диагноз?

2. Какие методы дополнительной диагностики следует использовать для подтверждения диагноза?

При операционной ревизии обнаружено, что опухоль размером 12x10 см прорастает в поджелудочную железу. Имеется большое количество метастатических лимфатических узлов по ходу аорты, в малом и большом сальнике. Желудок растянут, неподвижен. Радикальную операцию осуществить невозможно.

3. Как вы закончите операцию?

### ЗАДАЧА 6:

Больной С., 46 лет, поступил в отделение неотложной хирургии с жалобами на боли в животе, рвоту непереваренной пищей, отрыжку тухлым. Из анамнеза известно, что в течение 12 лет страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки с периодическими обострениями. Последние 6 месяцев беспокоят вышеуказанные симптомы, похудел на 15 кг. Ухудшение около 3 суток назад, когда значительно усилилась жажда, появились судороги мышц предплечий и икр. При осмотре: Общее состояние ближе к тяжелому. Пониженного питания, масса тела 55 кг. Кожные покровы бледные, тургор кожи снижен. Вял, адинамичен. Пульс 90 в мин. АД 100/60 мм рт ст. Язык сухой. Живот увеличен в размерах за счет верхних отделов, мягкий, болезненный в эпигастральной области. Симптомов раздражения брюшины нет. В эпи- и мезогастрии отчетливо определяется «шум плеска». Определяется мелкий тремор пальцев кистей рук. Общий анализ крови: эритроц.  $5,5 \cdot 10^{12}$ , НЬ 180 г/л, лейкоц.  $9,3 \cdot 10^9$ . Электролиты крови: натрий 146 ммоль/л, калий 2,8 ммоль/л, бикарбонаты 33 мэкв/л. Рентгеноскопия желудка: Желудок резко увеличен в размерах, натощак содержит большое количество жидкости, большая кривизна определяется над входом в малый таз, перистальтика отсутствует, выходной отдел желудка сужен до 3 мм.

1. *Сформулируйте развернутый клинический диагноз с указанием степени тяжести осложнения язвенной болезни.*
2. *С чем связано развитие судорожного синдрома?*
3. *Имеются ли у больного признаки нарушения водно-электролитного обмена?*
4. *Патогенез нарушений водно-электролитного обмена.*
5. *Тактика ведения больного?*
6. *Объем и продолжительность предоперационной подготовки.*
7. *Составьте схему коррекции водно-электролитных нарушений.*
8. *Чем определяется выбор объема операции при данной патологии?*
9. *План ведения больного в раннем послеоперационном периоде.*

### ЗАДАЧА 7:

Больной Г., 72 лет, поступил в хирургический стационар с жалобами на боли в животе схваткообразного характера, тошноту, рвоту, задержку стула и газов. Заболел 2 дня назад.

Из анамнеза выяснилось, что больной около 20 лет страдает паховой грыжей (слева), был оперирован по этому поводу 8 лет назад, однако через год после операции наступил рецидив ее.

При осмотре – состояние тяжелое. Вял, адинамичен, дыхание учащено до 26-28 в мин. Температура тела – 37,3°C. Пульс 108 в мин., ритмичный. АД – 120/80 мм рт. ст.



В паховой области слева имеется послеоперационный рубец. Здесь же определяется плотное опухолевидное образование размерами 12×8×7 см, несмещаемое и резко болезненное при пальпации. Кожа над ним не изменена.

Анализ крови: Эр-4,2 Т/л, Нв-148 г/л, лейкоц-15,8 Г/л, п-19, с-64, л-12, м-5. СОЭ-55 мм/ч.

Анализ мочи: уд. вес – 1019, белок – 0,16 г/л, лейкоциты 4-6-8 в п/зр., цилиндры гиалиновые 0-1 в п/зр., бактерии ++. Глюкоза крови: 6,2 ммоль/л. Билирубин: 20 мкмоль/л

Обзорная рентгенография живота и грудной клетки: выраженный пневматоз ободочной кишки, на фоне которого видны единичные чаши Клойбера.

#### **Вопросы:**

1. *Ваш диагноз (основной, осложнения)?*
2. *Какую лечебную тактику Вы выбираете?*
3. *При выборе хирургического метода лечения имеется ли необходимость в предоперационной подготовке? Объем и продолжительность ее?*
4. *Во время операции при вскрытии грыжевого мешка выявлено ущемление сигмовидной кишки. Кишка черного цвета. Каковы Ваши дальнейшие действия? Объем операции?*
5. *К концу 2-й недели после операции состояние больного внезапно ухудшилось: появилась одышка, интенсивные боли в груди слева, кашель, кровохарканье. О каком послеоперационном осложнении следует думать, прежде всего? Какова диагностическая и лечебная тактика в этой ситуации?*

**3) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Владеть»** (решать усложненные задачи на основе приобретенных знаний, умений и навыков, с их применением в нетипичных ситуациях, формируется в процессе практической деятельности; выполнение практических навыков; оформление медицинской документации и т.д.).

#### **Решение усложненных ситуационных задач:**

##### **Задача №1.**

Больная Н., 55 лет, поступила в хирургическое отделение с жалобами на слабость, головокружение. 6 часов назад была рвота темной кровью, стула не было. Из анамнеза известно, что 3 года назад был поставлен диагноз крупно-узловатого цирроза печени. При осмотре: Общее состояние средней тяжести. Кожные покровы субиктеричные, под кожей передней брюшной стенки определяются расширенные извитые вены. На коже бедер, груди – множественные сосудистые звездочки. Пониженное питание. Пульс 90 в мин. АД 110/60 мм рт. ст. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги, уплотнена. Перкуторно селезенка 15х10 см. Rectum: ампула прямой кишки заполнена плотными каловыми массами коричневого цвета. Общ. анализ крови: эритроц.  $2,7 \times 10^{12}$ , Нв 88 г/л, Ht 0,29. Фиброгастроуденоскопия: быстрое накопление темной крови в дистальном отделе пищевода. Ультразвуковое исследование: структура печени перестроена, свободной жидкости в брюшной полости нет. Биохимический анализ крови: билирубин общ. 38 мкмоль/л, прямой 12,2 мкмоль/л, непрямой 25,8 мкмоль/л, общ. белок 62 г/л (альбумин 55%, глобулины 45%).

1. *Сформулируйте развернутый клинический диагноз с указанием степени тяжести кровопотери.*
2. *Назовите наиболее частые причины крупноузловатого цирроза печени.*
3. *К какой клинической группе по Child следует отнести эту больную?*
4. *Нуждается ли больная в экстренном проведении дополнительных методов исследования? Каких?*
5. *Тактика ведения больной?*
6. *Методика постановки зонда Сенгстакена-Блэкмора.*
7. *Насколько целесообразно включение в комплексную консервативную вазопрессина?*

8. *Целесообразно ли проведение методов эндоскопического гемостаза? Каких?*
9. *Если больной показано оперативное лечение, то в каком порядке оно должно быть выполнено (экстренном, срочном, отсроченном, плановом)?*
10. *Определите рациональный объем оперативного пособия.*

### Задача №2

Больной С., 51 года, поступил в хирургическое отделение с жалобами на головокружение и резкую слабость. Из анамнеза: В течение последних 5 дней беспокоили умеренные ноющие боли в эпигастральной области. Рано утром, около 8 часов назад, появилась сильная слабость, однократная рвота темной кровью со сгустками, боли в животе стихли, позже был обильный черный жидкий зловонный стул. На несколько минут потерял сознание, упал, доставлен бригадой скорой помощи. Язвенный анамнез отсутствует. При осмотре: Общее состояние ближе к тяжелому. Удовлетворительное питание. Кожные покровы бледные, влажные. На лбу – свежая ссадина (ударился при падении). Пульс 100 ударов в мин, удовлетворительного наполнения. АД 100/70 мм рт ст. Язык чистый, сухой. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Симптомов раздражения брюшины нет. Rectum: Ампула прямой кишки пуста, на перчатке следы черного жидкого кала. Общ. анализ крови: эритроц.  $2,8 \times 10^{12}$ , Hb 92 г/л, Ht 0,31. Фиброгастродуоденоскопия: на стенках желудка следы темной крови, в антральном отделе обнаружена каллезная язва диаметром около 1,5 см, в дне которой определяется «пенек» сосуда диаметром около 2 мм. Данных за продолжающееся кровотечение нет. Группа крови АВ(IV)Rh+(положительная), в наличии только 1 доза эритроцитной массы этой группы.

1. *Сформулируйте развернутый клинический диагноз с указанием степени тяжести кровопотери.*
2. *Чем можно объяснить купирование болевого синдрома на фоне кровотечения?*
3. *Дайте оценку эндоскопической картины с использованием классиф. Forrest.*
4. *Насколько велика вероятность рецидива кровотечения?*
5. *Нуждается ли б-ой в экстренном провед. доп. методов исследования? Каких?*
6. *Тактика ведения больного?*
7. *Если больному показано оперативное лечение, то в каком порядке оно должно быть выполнено (экстренном, срочном, отсроченном, плановом)?*
8. *Определите рациональный объем оперативного пособия.*
9. *Показана ли больному гемотрансфузия, если показана, то в каком объеме?*
10. *Можно ли этому больному по жизненным показаниям иногруппную кровь, если нет одногруппной*

### . Задача №3

Больной С., 46 лет, поступил в отделение неотложной хирургии с жалобами на боли в животе, рвоту непереваренной пищей, отрыжку тухлым. Из анамнеза известно, что в течение 12 лет страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки с периодическими обострениями. Последние 6 месяцев беспокоят вышеуказанные симптомы, похудел на 15 кг. Ухудшение около 3 суток назад, когда значительно усилилась жажда, появились судороги мышц предплечий и икр. При осмотре: Общее состояние ближе к тяжелому. Пониженного питания, масса тела 55 кг. Кожные покровы бледные, тургор кожи снижен. Вял, адинамичен. Пульс 90 в мин. АД 100/60 мм рт ст. Язык сухой. Живот увеличен в размерах за счет верхних отделов, мягкий, болезненный в эпигастральной области. Симптомов раздражения брюшины нет. В эпи- и мезогастрии отчетливо определяется «шум плеска». Определяется мелкий тремор пальцев кистей рук. Общий анализ крови: эритроц.  $5,5 \times 10^{12}$ , Hb 180 г/л, лейкоц.  $9,3 \times 10^9$ . Электролиты крови: натрий 146 ммоль/л, калий 2,8 ммоль/л, бикарбонаты 33 мэкв/л. Рентгеноскопия желудка: Желудок резко увеличен в размерах, натощак содержит большое количество жидкости, большая кривизна определяется над входом в малый таз, перистальтика отсутствует, выходной отдел желудка сужен до 3 мм.

1. *Сформулируйте развернутый клинический диагноз с указанием степени тяжести осложнения язвенной болезни.*
2. *С чем связано развитие судорожного синдрома?*
3. *Имеются ли у больного признаки нарушения водно-электролитного обмена?*

4. Патогенез нарушений водно-электролитного обмена.
5. Тактика ведения больного?
6. Объем и продолжительность предоперационной подготовки.
7. Составьте схему коррекции водно-электролитных нарушений.
8. Чем определяется выбор объема операции при данной патологии?
9. План ведения больного в раннем послеоперационном периоде.

#### Задача №4

Больной С., 32 лет, поступил в хир. отделение с жалобами на сильные боли в животе. Из анамнеза известно, что на протяжении последних 4 лет неоднократно лечился амбулаторно по поводу гастрита. 3 суток назад вновь появились умеренные боли в верхних отделах живота, тошнота, озноб. 6 часов назад боли резко усилились и распространились на правые отделы живота. Рвоты не было. К моменту поступления боли несколько ↓. При осмотре: Общее состояние средней тяжести. Астенического телосложения, пониженного питания. Лежит неподвижно, на спине. Попытка сесть вызывает усиление болей. Температура тела 37,0<sup>0</sup>С. Пульс 60 в мин. АД 120/70 мм рт ст. Язык сухой. Живот не вздут, в акте дыхания не участвует, напряжен и болезнен по правому флангу и правой подвздошной области. Симптомы раздражения брюшины положительны по правому флангу живота и в правой подвздошной области. Кишечная перистальтика удовлетворительная. Общ. анализ крови: эритроц. 4,8x10<sup>12</sup>, Нб 140 г/л, лейкоц. 12,3x10<sup>9</sup>. Диастаза мочи 64 ЕД.

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз.
2. С какими острыми хир. заб. органов брюшной полости необходимо провести дифференциальный диагноз?
3. Чем можно объяснить уменьшение болевого синдрома к моменту поступления больного в стационар?
4. Что такое «триада Мондора»?
5. Нуждается ли больной в экстренном проведении дополнительных методов исследования? Каких?
6. Тактика ведения больного?
7. Существуют ли показания к консервативному лечению этой патологии? В чем заключается консервативное лечение по методу Тэйлора?
8. Чем определяется выбор объема опер. пособия при этой патологии?
9. План ведения больного в раннем послеоперационном периоде.

#### Задача №5

Больной А., 45 лет, внезапно ощутил острую боль в животе схваткообразного характера, вскоре присоединилась частая рвота. Стула нет, газы не отходят. При осмотре состояние больного средней тяжести, периодически громко кричит, ведет себя беспокойно, часто меняет положение. Температура нормальная, пульс 112 в минуту. Язык влажный. Живот вздут больше в верхней половине, при пальпации мягкий, умеренно болезненный, симптомов раздражения брюшины нет. В брюшной полости определяется свободная жидкость. Выше и слева от пупка определяется овоидной формы плотноэластическое образование, перистальтические шумы над ним не выслушиваются. При ректальном исследовании патологии не выявлено. Рентгенологически имеются множественные чаши Клойбера, тонкий кишечник вздут.

1. Ваш диагноз?
2. Ультразвуковые признаки кишечной непроходимости? Преимущество этого метода исследования?
3. Диагностическая ценность энтерографии? Преимущества водорастворимых контрастных препаратов?
4. Преимущества лапароскопии при ОКН? Противопоказания к лапароскопии при ОКН?
5. Способы декомпрессии желудочно-кишечного тракта после лапароскопических вмешательств по поводу ОКН и контроль полноты адгезиолиза?

- б. Способ декомпрессии тонкой кишки при выраженности спаечного процесса в верхнем этаже брюшной полости?

#### Задача №6

Пациентка Ф., 55 лет, доставлена бригадой СМП в хирургическое отделение с жалобами на тошноту, многократную рвоту. Боли в животе схваткообразного характера. Больна в течение суток.

В анамнезе: периодические боли в правом верхнем этаже живота, за мед.помощью не обращалась. При осмотре состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные. Язык сухой. Пульс 92 уд/мин, ритмичный. АД 90/70 мм рт. ст. Живот вздут, при пальпации болезненный во всех отделах. Шумы кишечной перистальтики усилены. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. На обзорной рентгенограмме брюшной полости тонкокишечные чаши Клойбера.

1. Рентгенологические признаки тонкокишечной непроходимости в отличии толстокишечной?
2. Клиника желчнокаменной непроходимости?
3. Рентгенологические признаки желчнокаменной непроходимости?
4. Какова ваша тактика при установлении желчнокаменной непроходимости?
5. Какая кишечная непроходимость имеет схожую клиническую картину с желчнокаменной кишечной непроходимостью и тактика хирурга.

### ПК-8

#### **Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов с хирургической патологией, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении**

**1) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Знать» (воспроизводить и объяснять учебный материал с требуемой степенью научной точности и полноты):**

#### **Тестирование:**

1. Распознаванию механической желтухи более всего способствует:
  - а) Пероральная холецистография
  - б) Внутривенная холецистохолангиография
  - в) Ретроградная (восходящая) холангиография
  - г) Сцинтиграфия печени
  - д) Прямая спленопортография
2. Возникновение гнойного холангита наиболее часто связано:
  - а) С желчно-каменной болезнью
  - б) Со стенозирующим папиллитом
  - в) С забросом кишечного содержимого через ранее наложенный билиодигестивный анастомоз
  - г) С псевдотуморозным панкреатитом
  - д) С опухолью головки поджелудочной железы
3. Желчный камень, вызвавший обтурационную кишечную непроходимость, попадает в просвет кишки чаще всего через фистулу между желчным пузырем и:
  - а) Слепой кишкой
  - б) Малой кривизной желудка
  - в) Двенадцатиперстной кишкой
  - г) Тощей кишкой
  - д) Ободочной кишкой
4. Обязательно ли брать биопсию перфоративной язвы желудка?
  - 1) Да, всегда
  - 2) Да, за исключением перфорации острых язв
  - 3) Только при каллезных язвах

- 4) Только при подозрении на малигнизацию
5. Какой вид операции при перфоративных дуоденальных язвах дает наилучшие отдаленные результаты?
- 1) Простое ушивание перфорационного отверстия
  - 2) Операция Оппеля-Поликарпова
  - 3) Стволовая ваготомия с иссечением язвы и пилоропластикой
  - 4) Селективная ваготомия с иссечением язвы и пилоропластикой
  - 5) Стволовая ваготомия с антрумрезекцией
6. Радиологическое выявление воздуха в желчных путях свидетельствует об:
- A. Холедохолитиазе
  - B. Калькулезном остаточном холецистите
  - C. Билиодигестивном свище
  - D. Билиобилиарном свище
  - E. Дивертикуле двенадцатиперстной кишки
7. При сочетании аденомы предстательной железы и паховой грыжи показано:
- а) наблюдение
  - б) аденомэктомия, потом грыжесечение
  - в) консервативное лечение
  - г) грыжесечение, потом аденомэктомия
  - д) применение бандажа
8. Пупочную грыжу у детей оперируют в возрасте:
- а) 6-8 месяцев
  - б) 1-2 года
  - в) 3-4 года
  - г) 5-6 лет
  - д) 7-8 лет
9. Последствиями пневмоторакса являются:
- A. Синдром интраплеврального сдавления
  - B. Смещение средостения
  - C. Увеличение грудной клетки с поражённой стороны
  - D. Нарушение вентиляции здорового лёгкого
  - E. **Нарушение перистальтики кишечника**
10. Косвенным признаком повреждения паренхиматозных органов при УЗИ является:
- а) расширение петель кишок
  - б) отсутствие перистальтики кишок
  - в) наличие газа в брюшной полости
  - г) наличие жидкости в брюшной полости
  - д) все ответы верны
11. Как происходит кровотечение вследствие „двухмоментного“ разрыва паренхиматозных органов при торакоабдоминальном травматизме:
- A. Кровотечение под капсулу на первом этапе
  - B. Разрыв капсулы соответствующего органа сразу
  - C. Разрыв капсулы под действием нарастающего давления интрапаренхиматозного кровотечения
  - D. Одномоментный разрыв паренхиматозных органов вследствие травмы
  - E. Кровотечение вследствие разрыва сосудов
12. Продолжительность нахождения тампонов в брюшной полости:
- а) 3 дня
  - б) 5 дней
  - в) 7 дней
  - г) 9 дней
  - д) 12 дней
13. В послеоперационном периоде перитонит является наиболее частой причиной:
- а) эвентрации
  - б) пневмонии
  - в) тромбоэмболии легочной артерии
  - г) пролежней

д) сепсиса

14. К прямым рентгенологическим признакам язвы относится:

- а) дуодено-гастральный рефлюкс
- б) дефект наполнения
- в) симптом "ниши"
- г) нарушение эвакуации из желудка
- д) деформация желудка

15. Гарантией рецидива при операции по поводу язвенной болезни 12 п. кишки является:

- а) селективная проксимальная ваготомия
- б) стволовая ваготомия
- в) антрумэктомия
- г) антрумэктомия с ваготомией
- д) резекция не менее 2/3 желудка

16. После стихания острых явлений и тенденции к уменьшению аппендикулярного инфильтрата показано все, кроме

- а) УВЧ
- б) УФО
- в) солюкса
- г) лидазы
- д) спазмолитических препаратов

**2) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Уметь» (решать типичные задачи на основе воспроизведения стандартных алгоритмов решения):**

**Решение ситуационных задач:**

**ЗАДАЧА 1:**

Больной Н. 38 лет оперирован 3 месяца назад по поводу язвенной болезни 12-перстной кишки. Была выполнена резекция желудка по Б-Ш. По истечении трёх недель после операции у больного через 10-12 минут после приема молока стали проявляться слабость, которая продолжалась в течение 30-40 минут, потливость. Работоспособность снизилась, потери веса нет, общее состояние удовлетворительное.

Ваш предварительный диагноз? Лечение?

**ЗАДАЧА 2:**

Больной 32 лет оперирован два года назад по поводу язвенной болезни желудка по Гофмейстер-Финстереру. Спустя шесть месяцев после операции появилось чувство тяжести в эпигастральной области после еды, затем присоединились тошнота и горькая отрыжка. Позднее стал отмечать рвоту с желчью, сначала 1-2 раза в месяц, а перед поступлением после каждого приема пищи, после рвоты наступает облегчение.

Ваш диагноз? Необходимые исследования? Лечение?

**ЗАДАЧА 3:**

Через два дня после мед. аборта почувствовала боли распирающего характера в правой нижней конечности. При осмотре в дежурной больнице обнаружен резкий отек правой нижней конечности от стопы до паховой складки. Окружность правой конечности в области бедра на 7 см. больше, чем левой. Кожа правой конечности синюшная. При пальпации вдавлений от пальцев не остается. В области паховой складки справа имеется несколько варикозно расширенных вен, начинающихся в области верхней трети бедра и заканчивающихся на коже живота.

1. Сформулируйте диагноз.

2. Какие методы лабораторной и инструментальной диагностики могут быть использованы в данном случае для уточнения диагноза ?

3. Лечение ?

#### ЗАДАЧА4:

Больной 32 лет оперирован два года назад по поводу язвенной болезни желудка по Гофмейстер-Финстереру. Спустя шесть месяцев после операции появилось чувство тяжести в эпигастральной области после еды, затем присоединились тошнота и горькая отрыжка. Позднее стал отмечать рвоту с желчью, сначала 1-2 раза в месяц, а перед поступлением после каждого приема пищи, после рвоты наступает облегчение.

1. Ваш диагноз?
2. Необходимые исследования? Лечение?

**3) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Владеть»** (решать усложненные задачи на основе приобретенных знаний, умений и навыков, с их применением в нетипичных ситуациях, формируется в процессе практической деятельности; выполнение практических навыков; оформление медицинской документации и т.д.).

#### Решение усложненных ситуационных задач:

##### Задача №1.

Девушка 18 лет поступила в приемное отделение с жалобами на боли в правой подвздошной области. Боли начались внезапно 2ч назад, распространились по всему животу, иррадиировали в крестец и задний проход. Затем они локализовались в правой подвздошной области. Больная отмечала головокружение, слабость, тошноту. Последняя менструация закончилась у нее 12 дней назад (была в срок).

При осмотре отмечена бледность кожных покровов, Температура нормальная. Пульс 100 в минуту. Язык чист, влажный. Живот мягкий, в правой подвздошной области небольшое напряжение мышц. Анализ мочи без отклонений от нормы. Лейкоцитов в крови  $10,0 \cdot 10^3$  в 1мкл, эритроцитов—  $3,1 \cdot 10^6$  в 1 мкл. Гемоглобин 100 г/л.

Задание.

1. Ваш диагноз?
2. Тактика лечения?
3. План обследования.
4. Методы хирургического лечения?

##### Задача №2.

У больной 32 лет во время операции, предпринятой по поводу острого аппендицита, никаких макроскопических изменений в отростке не найдено. При ревизии брюшной полости обнаружено большое количество увеличенных от 0,5 до 3 см лимфатических узлов в брыжейке тонкого кишечника.

Задание.

- a. Какое заболевание у больной?
- b. Существуют ли дифференциально-диагностические признаки этого заболевания?
- c. Как следует поступить во время операции?
- d. Тактика ведения в послеоперационном периоде?

##### Задача №3.

Пациентка Д., 18 лет, поступила в стационар с жалобами на обильный дневной жидкий стул с примесью слизи и крови до 4-5 раз в сутки, схваткообразные боли в животе, тошноту, похудание, нарастающую общую слабость. Считает себя больной в течение 3 сут. Состояние при поступлении тяжелое. Температура тела 37,8 °С, ЧСС - 92 в минуту. АД - 100/60 мм рт.ст. Живот умеренно вздут, болезненный при пальпации, патологические симптомы не определяются. В анализах крови: Hb - 90 г/л, эритроциты -  $2,5 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты -  $10 \times 10^9$ /л, СОЭ - 43 мм/ч., общий белок - 58 г/л.

1. Ваш диагноз?
2. Опишите лечение.
3. Эндоскопические признаки данного заболевания?
4. Биопсия материала во время операции для подтверждения диагноза.

#### Задача №4.

У больного 25 лет во время операции по поводу острого аппендицита патологических изменений со стороны червеобразного отростка не выявлено. При осмотре до операции: клиническая картина острого аппендицита не вызывала сомнений.

1. Какие заболевания органов брюшной полости могут симулировать клинику острого аппендицита?
2. Что следует предпринять в данном конкретном случае?
3. Следует ли производить аппендектомию при диагностировании другого заболевания?
4. Следует ли проводить аппендектомию при наличии в червеобразном отростке вторичных изменений?
5. Что следует делать с примененным доступом - разрезом в правой подвздошной области?

#### Задача №5.

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

1. Сформул. развернутой клин. Д-з с указанием степ. тяж. пострезекц-го с-ма.
2. Классификация пострезекционных синдромов.
3. Патогенез демпинг-синдрома.
4. План обследования больного?
5. Рентгенологические признаки демпинг-синдрома.
6. Тактика ведения больного?
7. Схема консервативного лечения больного.
8. Показано ли больному плановое оперативное лечение?
9. Какие типы операций применяются при демпинг-синдроме?
10. Профилактика пострезекционных синдромов.