

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Новосибирский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России)

Кафедра Госпитальной и детской хирургии
(наименование кафедры)


ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

Госпитальная хирургия
(наименование дисциплины)

31.05.01 Лечебное дело
(код и наименование направления подготовки)

31.05.01 Лечебное дело
(наименование профиля подготовки)

врач-лечебник
(квалификация (степень) выпускника)

УТВЕРЖДЕН
на заседании кафедры
« 30 » августа 2021 г.
протокол № 1
Заведующий кафедрой

Ю.В. Чикинев
(подпись)

Авторы/составители ФОС по дисциплине:

| Фамилия И.О. | Должность | Ученая степень, ученое звание | Кафедра |
|----------------|-------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| Чикинев Ю.В. | зав. кафедрой | д.м.н., профессор | госпитальной и детской хирургии |
| Полякевич А.С. | Завуч | д.м.н., доцент | госпитальной и детской хирургии |
| Трушин П.В. | Завуч | к.м.н., доцент | госпитальной и детской хирургии |
| Дробязгин Е.А. | уполномоченный по качеству | д.м.н., доцент | госпитальной и детской хирургии |

Рецензент(ы)

| Фамилия И.О. | Должность | Ученая степень, ученое звание | Кафедра |
|--------------|---------------|----------------------------------|----------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| Штофин С.Г. | зав. кафедрой | д.м.н., профессор | общей хирургии |
| Трутнев В.П. | Завуч | к.м.н., доцент | общей хирургии |

Фонды оценочных средств рассмотрены и одобрены на заседании цикловой методической комиссии по хирургии

Протокол № 5 от « 19 » мая 2021 г.

Председатель ЦМК по хирургии: д.м.н., профессор  Ю.В. Чикинев

**Паспорт фонда оценочных средств
по дисциплине Госпитальная хирургия**

(наименование дисциплины)

| № п/п | Контролируемые дидактические единицы дисциплины | Код контролируемой компетенции (или ее части) | Наименование оценочного средства |
|----------|--|--|--|
| 1.1 | Организация хирургического приема в поликлинике | ОПК-8, ОПК-11, ПК-5, ПК-8, ПК-11 | КВ – 1.1; ТЗ – 1.1 |
| 1.2 | Острая гнойная инфекция в условиях поликлиники. Воспалительные заболевания кожи и подкожной клетчатки. Воспалительные заболевания кисти, стопы и суставов, флегмоны кисти. Вросший ноготь | ОПК-8, ОПК-11, ПК-5, ПК-8, ПК-11 | КВ – 1.2; ТЗ – 1.2 |
| 1.3 | Заболевание прямой кишки и параректальной области, оказание помощи в амбулаторных условиях | ОПК-8, ОПК-11, ПК-5, ПК-8, ПК-11 | КВ – 1.3; ТЗ – 1.3 |
| 1.4 | Острая и хроническая патология периферических сосудов верхних и нижних конечностей, оказание помощи в амбулаторных условиях | ОПК-8, ОПК-11, ПК-5, ПК-8, ПК-11 | КВ – 1.4; ТЗ – 1.4 |
| 1.5 | Трофические язвы нижних конечностей, оказание помощи в амбулаторных условиях | ОПК-8, ОПК-11, ПК-5, ПК-8, ПК-11 | КВ – 1.5; ТЗ – 1.5 |
| 1.6 | Опухоли и опухолевидные образования кожи, подкожной клетчатки и костей диагностика и оказание помощи в амбулаторных условиях. Зачет. | ОПК-8, ОПК-11, ПК-5, ПК-8, ПК-11 | КВ – 1.6; ТЗ – 1.6; билеты для зачета на 4 курсе |
| 1.7 | История амбулаторной хирургии, её роль в хирургической службе. Хирургическое отделение поликлиники: устройство, оснащение, организация работы, документация. Диспансеризация хирургических больных | ОПК-8, ОПК-11, ПК-5, ПК-8, ПК-11 | КВ – 1.7; ТЗ – 1.7 |
| 1.8 | Раны, первичная хирургическая обработка. Современные методы лечения ран. Кровотечения, виды, остановка. | ОПК-8, ОПК-11, ПК-5, ПК-8, ПК-11 | КВ – 1.8; ТЗ – 1.8 |
| 1.9 | Влияние низких и высоких температур на организм человека, лечение в условиях поликлиники. | ОПК-8, ОПК-11, ПК-5, ПК-8, ПК-11 | КВ – 1.9; ТЗ – 1.9 |
| 1.10 | Тактика хирурга при ортопедических заболеваниях стопы в условиях поликлиники. | ОПК-8, ОПК-11, ПК-5, ПК-8, ПК-11 | КВ – 1.10; ТЗ – 1.10 |
| 1.11 | Дигормональные заболевания молочной железы в условиях поликлиники. | ОПК-8, ОПК-11, ПК-5, ПК-8, ПК-11 | КВ – 1.11; ТЗ – 1.11 |
| 2.1 | Наружные кишечные свищи | ОПК-8, ОПК-11, ПК-5, ПК-8, ПК-11 | КВ – 2.1; ТЗ – 2.1 |
| 2.2 | Заболевания пищевода, кардии и диафрагмы | ОПК-8, ОПК-11, ПК-5, ПК-8, ПК-11 | КВ – 2.2; ТЗ – 2.2 |
| 2.3 | Заболевания поджелудочной железы | ОПК-8, ОПК-11, ПК-5, ПК-8, ПК-11 | КВ – 2.3; ТЗ – 2.3 |
| 2.4 | Болезнь Крона, неспецифический язвенный колит | ОПК-8, ОПК-11, ПК-5, ПК-8, ПК-11 | КВ – 2.4; ТЗ – 2.4 |
| 2.5 | Заболевания щитовидной железы | ОПК-8, ОПК-11, ПК-5, ПК-8, ПК-11 | КВ – 2.5; ТЗ – 2.5 |
| 2.6 | Облитерирующие заболевания артерий | ОПК-8, ОПК-11, ПК-5, ПК-8, ПК-11 | КВ – 2.6; ТЗ – 2.6 |
| 2.7 | Врожденная кишечная непроходимость | ОПК-8, ОПК-11, ПК-5, ПК-8, | КВ – 2.7; ТЗ – 2.7 |

| | | | |
|-------|---|----------------------------------|------------------------------|
| | (атрезия пищевода, пилоростеноз, врожденная дуоденальная непроходимость, атрезия кишечника, аноректальные мальформации, пороки фиксации и ротации кишечника (синдром мальротации)) | ПК-11 | |
| 2.8 | Редкие формы грыж у детей (грыжа пупочного канатика, гастрошизис, диафрагмальная грыжа, спинно-мозговая грыжа) | ОПК-8, ОПК-11, ПК-5, ПК-8, ПК-11 | КВ – 2.8; ТЗ – 2.8 |
| 2.9 | Гнойно – септические заболевания новорожденных (язвенно-некротический энтероколит новорожденных, неонатальный сепсис, омфалит, мастит, парапроктит, гематогенный остеомиелит, псевдофурункулез) | ОПК-8, ОПК-11, ПК-5, ПК-8, ПК-11 | КВ – 2.9; ТЗ – 2.9 |
| 2.10 | Пороки развития легких. Гипоплазия, поликистоз, кисты легких. Диагностика. Клиническая картина. Принципы хирургического лечения. | ОПК-8, ОПК-11, ПК-5, ПК-8, ПК-11 | КВ – 2.10; ТЗ – 2.10 |
| 2.11 | Спонтанный пневмоторакс. Причины возникновения. Клиническая картина, диагностика, лечение. | ОПК-8, ОПК-11, ПК-5, ПК-8, ПК-11 | КВ – 2.11; ТЗ – 2.11 |
| 2.12 | Предоперационная подготовка и ведение послеоперационного периода у больных с заболеваниями легких. | ОПК-8, ОПК-11, ПК-5, ПК-8, ПК-11 | КВ – 2.12; ТЗ – 2.12 |
| 2.13 | Варикоцеле. Аномалия развития и опускания яичка | ОПК-8, ОПК-11, ПК-5, ПК-8, ПК-11 | КВ – 2.13; ТЗ – 2.13 |
| 2.14. | Патология влагалищного отростка брюшины. | ОПК-8, ОПК-11, ПК-5, ПК-8, ПК-11 | КВ – 2.14; ТЗ – 2.14 |
| 2.15 | Опухоли забрюшинного пространства у детей | ОПК-8, ОПК-11, ПК-5, ПК-8, ПК-11 | КВ – 2.15; ТЗ – 2.15 |
| 3.1 | Гнойные заболевания легких и плевры | ОПК-8, ОПК-11, ПК-5, ПК-8, ПК-11 | КВ – 3.1; ТЗ – 3.1 |
| 3.2 | Хирургические заболевания печени | ОПК-8, ОПК-11, ПК-5, ПК-8, ПК-11 | КВ – 3.2; ТЗ – 3.2 |
| 3.3 | Болезни оперированного желудка | ОПК-8, ОПК-11, ПК-5, ПК-8, ПК-11 | КВ – 3.3; ТЗ – 3.3 |
| 3.4 | Медиастинит, опухоли и кисты средостения | ОПК-8, ОПК-11, ПК-5, ПК-8, ПК-11 | КВ – 3.4; ТЗ – 3.4 |
| 3.5 | Инфекция мягких тканей | ОПК-8, ОПК-11, ПК-5, ПК-8, ПК-11 | КВ – 3.5; ТЗ – 3.5 |
| 3.6 | Флеботромбозы и тромбфлебиты | ОПК-8, ОПК-11, ПК-5, ПК-8, ПК-11 | КВ – 3.6; ТЗ – 3.6 |
| 3.7 | Трансплантационные технологии в хирургии печени | ОПК-8, ОПК-11, ПК-5, ПК-8, ПК-11 | КВ – 3.7; ТЗ – 3.7 |
| 3.8 | Эндоскопические технологии в хирургии | ОПК-8, ОПК-11, ПК-5, ПК-8, ПК-11 | КВ – 3.8; ТЗ – 3.8 |
| 3.11 | Зачетное занятие | ОПК-8, ОПК-11, ПК-5, ПК-8, ПК-11 | билеты для зачета на 5 курсе |
| 3.12 | Послеоперационные осложнения у больных после операций на легких. Клиническая картина, диагностика и лечение осложнений. | ОПК-8, ОПК-11, ПК-5, ПК-8, ПК-11 | КВ – 3.12; ТЗ – 3.12 |
| 3.13 | Тромбоэмболия легочной артерии. Этиопатогенез, клиническая картина, диагностика, лечение. | ОПК-8, ОПК-11, ПК-5, ПК-8, ПК-11 | КВ – 3.13; ТЗ – 3.13 |
| 3.14 | Аневризмы брюшной и грудной аорты. Классификация, диагностика, лечение. | ОПК-8, ОПК-11, ПК-5, ПК-8, ПК-11 | КВ – 3.14; ТЗ – 3.14 |
| 3.15 | Перикардиты. Клиническая картина, диагностика, лечение. | ОПК-8, ОПК-11, ПК-5, ПК-8, ПК-11 | КВ – 3.15; ТЗ – 3.15 |

| | | | |
|------|---|----------------------------------|-----------------------------------|
| 3.16 | Недостаточность кардии и рефлюкс-эзофагит. Патогенез, клиническая картина, диагностика, показания к хирургическому лечению. | ОПК-8, ОПК-11, ПК-5, ПК-8, ПК-11 | КВ – 3.16; ТЗ – 3.16 |
| 3.17 | Релаксация диафрагмы. Этиология. Клиническая картина. Диагностика, показания к операции. | ОПК-8, ОПК-11, ПК-5, ПК-8, ПК-11 | КВ – 3.17; ТЗ – 3.17 |
| 3.18 | Хирургическая анатомия пищевода. Анатомическая и клиническая длина пищевода. Методы обследования больных с патологией пищевода. Доступы для операций на пищеводе. | ОПК-8, ОПК-11, ПК-5, ПК-8, ПК-11 | КВ – 3.18; ТЗ – 3.18 |
| 4.1 | Артериальные тромбозы и эмболии. | ОПК-8, ОПК-11, ПК-5, ПК-8, ПК-11 | КВ – 4.1; ТЗ – 4.1 |
| 4.2 | Варикозная болезнь, постромбофлебитический синдром, хроническая венозная недостаточность | ОПК-8, ОПК-11, ПК-5, ПК-8, ПК-11 | КВ – 4.2; ТЗ – 4.2 |
| 4.3 | Сахарный диабет | ОПК-8, ОПК-11, ПК-5, ПК-8, ПК-11 | КВ – 4.3; ТЗ – 4.3 |
| 4.4 | Сепсис | ОПК-8, ОПК-11, ПК-5, ПК-8, ПК-11 | КВ – 4.4; ТЗ – 4.4 |
| 4.5 | Постхолецистэктомический синдром | ОПК-8, ОПК-11, ПК-5, ПК-8, ПК-11 | КВ – 4.5; ТЗ – 4.5 |
| 4.6 | Кровотечения из ЖКТ | ОПК-8, ОПК-11, ПК-5, ПК-8, ПК-11 | КВ – 4.6; ТЗ – 4.6 |
| 4.7 | Синдром желтухи | ОПК-8, ОПК-11, ПК-5, ПК-8, ПК-11 | КВ – 4.7; ТЗ – 4.7 |
| 4.8 | Синдром портальной гипертензии | ОПК-8, ОПК-11, ПК-5, ПК-8, ПК-11 | КВ – 4.8; ТЗ – 4.8 |
| 4.9 | ИБС (хирургическое лечение) | ОПК-8, ОПК-11, ПК-5, ПК-8, ПК-11 | КВ – 4.9; ТЗ – 4.9 |
| 4.10 | Пороки сердца | ОПК-8, ОПК-11, ПК-5, ПК-8, ПК-11 | КВ – 4.10; ТЗ – 4.10 |
| 4.11 | Дивертикулы и полипы ЖКТ | ОПК-8, ОПК-11, ПК-5, ПК-8, ПК-11 | КВ – 4.11; ТЗ – 4.11 |
| 4.12 | Эндокринные опухоли | ОПК-8, ОПК-11, ПК-5, ПК-8, ПК-11 | КВ – 4.12; ТЗ – 4.12 |
| 4.13 | Острый живот | ОПК-8, ОПК-11, ПК-5, ПК-8, ПК-11 | КВ – 4.13; ТЗ – 4.13 |
| 4.14 | Неотложные состояния при заболеваниях легких | ОПК-8, ОПК-11, ПК-5, ПК-8, ПК-11 | КВ – 4.14; ТЗ – 4.14 |
| 4.15 | Воспалительные заболевания толстой кишки | ОПК-8, ОПК-11, ПК-5, ПК-8, ПК-11 | КВ – 4.15; ТЗ – 4.15 |
| 4.16 | Актуальные вопросы неотложной хирургии | ОПК-8, ОПК-11, ПК-5, ПК-8, ПК-11 | КВ – 4.16; ТЗ – 4.16 |
| 4.20 | Зачет с оценкой | ОПК-8, ОПК-11, ПК-5, ПК-8, ПК-11 | билеты для диф. зачета на 6 курсе |
| 4.21 | Заболевания селезенки | ОПК-8, ОПК-11, ПК-5, ПК-8, ПК-11 | КВ – 4.21; ТЗ – 4.21 |
| 4.22 | Острый и хронический остеомиелит | ОПК-8, ОПК-11, ПК-5, ПК-8, ПК-11 | КВ – 4.22; ТЗ – 4.22 |
| 4.23 | Искусственный пищевод. Варианты шунтирующих и протезирующих эзофагопластик. | ОПК-8, ОПК-11, ПК-5, ПК-8, ПК-11 | КВ – 4.23; ТЗ – 4.23 |
| 4.24 | Трансплантация печени, показания, виды. | ОПК-8, ОПК-11, ПК-5, ПК-8, ПК-11 | КВ – 4.24; ТЗ – 4.24 |
| 4.25 | Заболевания надпочечников. Диагностика, клиническая картина, лечение. | ОПК-8, ОПК-11, ПК-5, ПК-8, ПК-11 | КВ – 4.25; ТЗ – 4.25 |
| 4.26 | Заболевания паращитовидных желез. Показания к хирургическому лечению. | ОПК-8, ОПК-11, ПК-5, ПК-8, ПК-11 | КВ – 4.26; ТЗ – 4.26 |

Билеты для зачета на 4 курсе

**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Новосибирский государственный медицинский университет
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России)**

Факультет Лечебный
Кафедра Госпитальной и детской хирургии
Учебная дисциплина Госпитальная хирургия

Билет №1.

1. Совершенствование медицинской помощи населению Российской Федерации на современном этапе связано с развитием:

- а) стационарной помощи
- б) медицинской науки
- в) сельского здравоохранения
- г) первичной медико-санитарной помощи

2. Задача:

Мужчина, 39 лет, обратился в поликлинику к хирургу. С жалобами на умеренные боли в области послеоперационного рубца. 10 дней назад ему выполнена операция: «Грыжесечение, пластика местными тканями» по поводу послеоперационной вентральной грыжи». Вчера выписан из хирургического отделения.

Ваш диагноз? Какие документы должны быть на руках у больного после выписки из стационара? Проведите экспертизу трудоспособности данного больного. Развитие каких осложнений, можно ожидать у данного больного в послеоперационном периоде? Реабилитация пациента.

3. Классификация хирургической инфекции (В.И. Стручков)

4. Задача: Больной М., 34 лет, слесарь. За 8 дней до обращения к хирургу поликлиники уколол металлической стружкой I палец правой кисти. Появилась припухлость, болезненность, гнойный свищ в области ногтевой фаланги I пальца правой кисти. Занимался самолечением, без эффекта. Последние две ночи из-за болей в пальце не спал. Объективно: первый палец правой кисти слегка согнут, ногтевая фаланга увеличена в объеме. Мягкие ткани напряжены, кожа фаланги цианотична. У свободного края ногтя на мякоти пальца имеется гнойный свищ 0,2*0,2 см, из просвета выбухают грануляции. При пальпации пуговчатым зондом отмечается болезненность по всей ногтевой фаланге. Движение в межфаланговом суставе резко ограничено. На рентгенограмме незначительный остеопороз ногтевой фаланги, небольшие участки деструкции (просветления), края кости узурированы.

Поставьте диагноз, выработайте план лечения.

Зав. кафедрой _____

Ю.В. Чикинев

**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Новосибирский государственный медицинский университет
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России)**

Факультет Лечебный
Кафедра Госпитальной и детской хирургии
Учебная дисциплина Госпитальная хирургия

Билет №2.

1. Диспансеризация — это метод:

- 1) выявления острых и инфекционных заболеваний
- 2) активного динамического наблюдения за состоянием здоровья определенных контингентов с целью раннего выявления и оздоровления больных
- 3) наблюдения за состоянием окружающей среды
- 4) оказания неотложной помощи

2. Что такое эпителиальный копчиковый ход? Какое может быть осложнение?

3. Задача Вызов на дом к больному 42 лет, работает трактористом. Жалобы на сильные боли в анальной области, вследствие чего не может ни сидеть, ни ходить, стула не было 2-е суток, не мочился в течение примерно 15-16 часов. Болен 2-е сутки, когда после приема алкоголя самопроизвольно появились "шишки" в области заднего прохода, затем отек вокруг них и сильная боль. В анамнезе отмечает страдание геморроем с выпадением узлов и кровотечением около 10 лет, подобные осложнения имели место и ранее, но с менее выраженными болями, лечился нерегулярно, амбулаторно (свечи, ванночки). При осмотре: выраженный перианальный циркулярный отек тканей, кнутри от которого, закрывая анус, находится группа из 5 увеличенных геморроидальных узлов, багрового цвета, плотных, резко болезненных.

Показано ли в плане экстренной хирургической помощи (геморроидэктомия) в данном случае ?

4. Тромбофлебит поверхностных подкожных вен. Понятие, этиология диагностика, лечение.

Зав. кафедрой _____

Ю.В. Чикинев

**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Новосибирский государственный медицинский университет
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России)**

Факультет Лечебный
Кафедра Госпитальной и детской хирургии
Учебная дисциплина Госпитальная хирургия

Билет № 3

Вопрос 1. Поликлиники оказывают населению помощь:

- а) социальную
- б) первичную лечебно-профилактическую
- в) санитарно-противоэпидемическую
- г) стационарную

2. Болезнь Мондора. Этиология, клиника, диагностика, лечение.

3. Задача Вы осматриваете больную 27 лет, у которой около года назад появились умеренно расширенные вены на левой голени. Трофических расстройств кожи нет. Проба Троянова-Тренделенбурга – положительна. При УЗИ вен установлено несостоятельность перфорантных вен в средней и нижней трети голени. Что нужно рекомендовать этой больной?

4. Больной Т., 25 лет, уколол проволочным тросом ладонную поверхность основной фаланги III пальца правой кисти, за медицинской помощью не обратился. Через 2 дня появилась боль в месте травмы, боль усиливалась, стала пульсирующей, затем возникла боль в правой подмышечной области. Последнюю (пятую) ночь не спал из-за боли в пальце. Только на 6-е сутки обратился в поликлинику.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, температура тела 36,5 °C. основная фаланга III пальца резко отечна, кожа гиперемирована. Палец в полусогнутом положении. Ткани ладонной поверхности фаланги напряжены, болезненность при движении и пальпации зондом. Правые подмышечные лимфоузлы увеличены, болезненны.

Поставьте диагноз, выработайте план лечения.

Зав. кафедрой _____

Ю.В. Чикинев

**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Новосибирский государственный медицинский университет
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России)**

Факультет Лечебный
Кафедра Госпитальной и детской хирургии
Учебная дисциплина Госпитальная хирургия

Билет №4

1. Профилактическая направленность является ведущей в деятельности учреждений:

- а) сельского здравоохранения
- б) амбулаторно-поликлинического звена
- в) государственного санитарно-эпидемиологического надзора
- г) скорой и неотложной помощи

2. Клиника лечения острого геморроя.

3. Больной, 43 лет, жалуется на наличие болезненной припухлости в анальной области, появившейся 3 дня назад, боли по интенсивности прогрессируют и особенно усиливаются при дефекации, температура тела по вечерам 37,5-37,8 °С, облегчают состояние теплые ванночки. При осмотре: анальный канал деформирован, щелевидной формы за счет отека его правой полуокружности, при исследовании прямой кишки пальцем определяется болезненная инфильтрация справа до уровня гребешковой линии, флюктуации нет. Ваш предположительный диагноз при приеме больного в поликлинике?

4. Принципы лечения острой гнойной инфекции в зависимости от фазы раневого процесса.

Зав. кафедрой _____

Ю.В. Чикинев

**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Новосибирский государственный медицинский университет
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России)**

Факультет Лечебный

Кафедра Госпитальной и детской хирургии

Учебная дисциплина Госпитальная хирургия

Билет №5.

1. Типовое учреждение по оказанию лечебно-профилактической помощи работникам промышленных предприятий:

- а) городская поликлиника
- б) медико-санитарная часть
- в) диспансер
- г) фельдшерско-акушерский пункт.

2. Этиология, клиника, лечение фурункула, фурункулеза, карбункула, гидраденита,

3. На приеме у хирурга больной, 25 лет, предъявляет жалобы на появившуюся после местной травмы болезненность в области копчика, усиливающуюся в положении сидя, болен 3-й день, ранее подобных симптомов не было. При осмотре: в проекции копчика, в 5 см от ануса полусферической формы припухлость, 3-4 см в диаметре, с гиперемией кожи над ней, болезненная, флюктуирующая. Здесь же, в межъягодичной складке - 3 точечных углубления - воронки со слизисто - гнойным отделяемым, исследование прямой кишки пальцем - без особенностей, t° тела - $37,6^{\circ}\text{C}$.

Ваш предположительный диагноз и лечебная тактика в соответствии с выставленным диагнозом?

4. Что характеризует посттромбофлебитический синдром нижних конечностей:

- А). Пигментация кожи.
- Б). Застойный дерматоз и склероз.
- В). Атрофия кожи.
- Г). Бледная «мраморная» кожа.
- Д). Вторичный варикоз поверхностных вен.

Зав. кафедрой _____

Ю.В. Чикинев

**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Новосибирский государственный медицинский университет
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России)**

Факультет Лечебный

Кафедра Госпитальной и детской хирургии

Учебная дисциплина Госпитальная хирургия

Билет №6

1. Профилактическая направленность является ведущей в деятельности учреждений:

- а) сельского здравоохранения
- б) амбулаторно-поликлинического звена
- в) государственного санитарно-эпидемиологического надзора
- г) скорой и неотложной помощи.

2. Выпускник медицинского института устроился работать врачом хирургом в поликлинику и ведет прием пациентов.

Основные задачи врача хирурга поликлиники? Какую основную документацию заполняет хирург поликлиники? Какова структура хирургического кабинета поликлиники? Что такое диспансеризация населения? Что такое реабилитация больного?

3. Классификация хронического парапроктита.

4. Больная 53 лет поступила в стационар с жалобами на сильные боли в правой голени распирающего характера, отек стопы и голени, судорожные сокращения икроножных мышц, повышение температуры до 38,5°C. Больна в течение 3 дней. Вначале были судорожные сокращения икроножных мышц, боли появились на второй день, а еще через день появился отек. При осмотре кожа правой стопы и голени гиперемирована, напряжена, лоснится. Окружность правой голени больше левой на 5 см. Движения возможны, но крайне болезненны. При ощупывании конечности определяется болезненность по ходу сосудистого пучка, особенно в подколенной ямке. Сдавление рукой икроножных мышц вызывает резкую болезненность.

Какой диагноз вы поставите? Какое назначите лечение?

Зав. кафедрой _____

Ю.В. Чикинев

**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Новосибирский государственный медицинский университет
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России)**

Факультет Лечебный
Кафедра Госпитальной и детской хирургии
Учебная дисциплина Госпитальная хирургия

Билет № 7

1. Задачей первичной профилактики является:

- а) ранняя диагностика заболеваний
- б) предупреждение рецидивов и осложнений заболеваний
- в) оздоровление окружающей среды
- г) гигиеническое воспитание населения

2. Задача Женщина 47 лет, работая на приусадебном участке, поранила лопатой ногу в области тыла правой стопы. К врачу не обращалась, самостоятельно промыв рану раствором перекиси водорода и наложив асептическую повязку. Через 2 суток отметила значительное ухудшение общего состояния. При осмотре состояние больной средней тяжести. Жалобы на сильные боли в области правой нижней конечности. Температура тела 39°C, одышка, тахикардия. АД с тенденцией к снижению. Местно: повреждённая конечность резко отёчная до уровня коленного сустава. Кожные покровы синюшного, местами багрового цвета. Рана на тыле стопы размерами 3х7 см. ткани в дне серого цвета, не кровоточат. Экссудат мутный. При пальпации голени определяется симптом крепитации. На обзорной рентгенограмме голени определяются межмышечные скопления газа. О каком осложнении раны вероятнее всего идет речь? Ваша тактика

3. Наиболее эффективным средством профилактики прогрессирования варикозной болезни является:

- А). Эластическая компрессия конечности.
- Б). Соблюдение рационального режима труда и отдыха.
- В). Ограничение тяжелой физической нагрузки.
- Г). Комплексная терапия вазопротекторами.
- Д). Курсы комплексного физиотерапевтического лечения.

4. Больной, 45 лет, жалуется на периодически возникающие боли и гнойные выделения в околоанальной области, болен около 4-х лет, перенес 3 операции по вскрытию острого парапроктита. Настоящее обострение началось 5 дней назад. При осмотре: в перианальной и промежностной областях имеются 3 послеоперационных линейных рубца слева и сзади от ануса, в одном из них имеется свищевое отверстие диаметром 0,3 см, с перифокальной болезненной инфильтрацией и умеренным гнойным отделяемым, при исследовании прямой кишки пальцем определяется воронкообразное втяжение в области задних крипт, сюда же выходит пугловчатый зонд, введенный в свищевой ход. Последний проходит кнаружи от анального сфинктера, в зеркалах и при ректороманоскопии другой патологии не выявлено.

Ваш предварительный диагноз и его обоснование? Тактика.

Зав. кафедрой _____

Ю.В. Чикинев

**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Новосибирский государственный медицинский университет
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России)**

Факультет Лечебный
Кафедра Госпитальной и детской хирургии
Учебная дисциплина Госпитальная хирургия

Билет №8

1. Укажите правильное определение – функциями поликлиники являются:
 - а) лечебно-диагностическая
 - б) профилактическая
 - в) реабилитационная
 - г) экспертная.
2. Варикозное расширение вен нижних конечностей (понятие первичного и вторичного)
Этиология, патогенез , клиника, диагностика. Лечение. Врачебно-трудовая экспертиза.
3. У мужчины 42 лет, водителя, выполняющего дальние рейсы, 5 дней назад на тыльной поверхности правого предплечья появился небольшой округлой формы болезненный узелок, который постепенно увеличивался в размерах, окружающие ткани стали плотными, болезненными, кожа напряжена.Объективно: состояние удовлетворительное, температура нормальная. В нижней трети правого предплечья на тыльной поверхности конусообразное возвышение 3*5 см, в центре под эпидермисом гной в диаметре до 0,3 см. Кожа вокруг в диаметре до 5 см гиперемирована, пальпаторно плотный болезненный инфильтрат. Увеличены и болезненны лимфоузлы в подмышечной области.
Поставьте диагноз, выработайте план лечения.
4. Для геморроя типичны следующие симптомы:
 - а) частый жидкий стул, тенезмы, слизисто-кровянистые выделения, периодическое повышение температуры тела
 - б) сильная боль после дефекации, выделение капель крови после нее, хронические запоры
 - в) неустойчивый стул, иногда с примесью крови, кал типа "овечьего"
 - г) постоянная боль в области заднего прохода, усиливающаяся после приема алкоголя и острых блюд, зуд анальной области
 - д) выделение алой крови при дефекации, увеличение геморроидальных узлов.

Зав. кафедрой _____

Ю.В. Чикинев

**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Новосибирский государственный медицинский университет
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России)**

Факультет Лечебный
Кафедра Госпитальной и детской хирургии
Учебная дисциплина Госпитальная хирургия

Билет №9

1. На медико-социальную экспертизу при благоприятном прогнозе следует направлять:

- а) через 5 месяцев
- б) через 7 месяцев
- в) через 8 месяцев
- г) через 10 месяцев

2. **Задача** Больному 47 лет 2 дня назад была выполнена первичная хирургическая обработка случайной раны тыла правой кисти, завершившаяся наложением первичных швов. Сегодня пациент отметил усиление болей в области операции, отёк кисти, повышение температуры тела, в связи, с чем повторно обратился к врачу. При осмотре: состояние больного удовлетворительное. По органам без особенностей. Местно: отмечается выраженный отёк тыла правой кисти. Кожа вокруг швов резко напряжена, гиперемирована. Пальпация этой зоны резко болезненная. Функция кисти нарушена. О каком осложнении идет речь? Действия врача?

3. Атеромы, липома, ганглий- этиология клиника, диагностика, лечение.

4. Для оказания врачебной помощи Вас пригласили в соседний дом к больному 56 лет. Со слов жены, много лет страдавший геморроем муж 2 часа назад, возвратившись из туалета, пожаловался на возникшее у него значительное кровотечение в момент дефекации. При осмотре: больной адинамичен, лежит, отмечается бледность кожных покровов, жалуется на общую слабость, головокружение, выявлено продолжающееся кровотечение из заднего прохода непрерывающейся алой струйкой. АД=90 и 40 мм рт.ст. пульс на периферических артериях слабого наполнения, 116 ударов в 1 мин. Ваша оценка состояния больного и дальнейшая тактика?

Зав. кафедрой _____

Ю.В. Чикинев

**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Новосибирский государственный медицинский университет
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России)**

Факультет Лечебный
Кафедра Госпитальной и детской хирургии
Учебная дисциплина Госпитальная хирургия

Билет №10

1. Диспансерному наблюдению подлежат хирургические больные:
 - а) имеющие 1 случай и 20 дней нетрудоспособности
 - б) имеющие 2 случая и 30 дней нетрудоспособности
 - в) имеющие 3 случая и 40 дней нетрудоспособности
 - г) имеющие 4 случая и 40 дней нетрудоспособности.
2. Панариций – это гнойное воспаление, локализующееся в:
 - 1) мягких тканях ладонной поверхности пальцев
 - 2) костях и суставах пальцев
 - 3) мягких тканях тыльной поверхности пальцев
 - 4) в области ногтя
 - 5) все верно
3. Гломангиома (опухоль Барре-Массона). Диагностика, лечение.
4. У молодой женщины на фоне нормально протекающей беременности появились варикозно-расширенные вены на правой ноге. Хирургом установлено, что глубокие вены правой голени проходимы, имеется недостаточность перфорантных вен в нижней ее трети. При пальпации вены мягкие, безболезненные, кожа над ними не изменена. Что необходимо рекомендовать больной исходя из данной клинической ситуации?

Зав. кафедрой _____

Ю.В. Чикинев

**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Новосибирский государственный медицинский университет
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России)**

Факультет Лечебный
Кафедра Госпитальной и детской хирургии
Учебная дисциплина Госпитальная хирургия

Билет №11

1. При проведении диспансерного наблюдения хирургом выполняется:

- а) активное выявление лиц с факторами риска возникновения распространенных заболеваний
- б) взятие на диспансерный учет лиц с факторами риска
- в) активное динамическое наблюдение, проведение лечебно-профилактических и оздоровительных мероприятий
- г) анализ качества и эффективности диспансерного наблюдения
- д) все перечисленные элементы профессионального труда.

2. С какими заболеваниями следует дифференцировать острый парапроктит?

- 1) карбункул ягодицы
- 2) флегмона ягодицы
- 3) абсцесс предстательной железы
- 4) нагноение копчиковых кист
- 5) бартолинит.

3. Пиогенная гранулема, эпителиальные кисты, дермоидные кисты этиология, клиника, диагностика и лечение.

4. Больной 37 лет обратилась к хирургу с жалобами на отек левой ноги, варикозное расширение вен на бедре и в нижней части живота, часто рецидивирующая трофическая язва на внутренней поверхности левой голени. Вышеуказанные жалобы появились 3 года назад после операции аппендэктомии, когда развился отек цианоз левой нижней конечности. При УЗИ и контрастной дистальной восходящей и тазовой флебографии установлено, что глубокие вены голени и бедренная вена реканализированы, имеется окклюзия левой подкожной вены и перфорантный сброс крови из глубоких вен в поверхностные вены нижней трети голени. Ваш диагноз тактика.

Зав. кафедрой _____

Ю.В. Чикинев

**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Новосибирский государственный медицинский университет
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России)**

Факультет Лечебный
Кафедра Госпитальной и детской хирургии
Учебная дисциплина Госпитальная хирургия

Билет №12

1. Уборку операционного блока в течении дня проводят:

- а) один раз
- б) 2 раза
- в) ни разу
- г) по требованию, но не реже двух раз.

2. Больной Х., 31 года, во время работы получил ожог горячим металлом ладонной поверхности средней фаланги III пальца левой кисти. Занимался самолечением. На 14-й день после ожога обратился к хирургу поликлиники.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, температура тела 36,6 С. III палец левой кисти равномерно увеличен в объеме, в положении сгибания. Боль резко усиливается при попытке пассивного разгибания пальца. Определяется болезненность при пальпации зондом по ходу сухожилия сгибателя III пальца, ткани ладонной поверхности III пальца напряжены. Левые подмышечные лимфоузлы увеличены, незначительно болезненны.

Поставьте диагноз, выработайте план лечения.

3. Болезнь Рейно. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение. Врачебно-трудовая экспертиза.

4. Больная, 36 лет, на амбулаторном приеме жалуется на общее недомогание, повышение температуры тела по вечерам до 38-39 °С, тупые боли внизу живота слева и в глубине таза, больна 2-ю неделю, консультировалась у гинеколога - диагностирован левосторонний аднексит, назначено и проводится противовоспалительное лечение в течение 7 дней без заметного эффекта. При осмотре: общее состояние удовлетворительное, язык влажный, обложен, живот правильной конфигурации, при пальпации над лоном слева -

умеренное мышечное напряжение и болезненность, при бимануальном влагалищном исследовании определяется болезненная инфильтрация подлежащих тканей слева, осмотр промежностной области - без особенностей, при исследовании пальцем прямой кишки определяется инфильтрация левой ее стенки, верхняя граница инфильтрата не достигается, нечеткие признаки флюктуации, $t = 39^{\circ}\text{C}$. Пульс 100 ударов в 1 мин.

Ваш предположительный диагноз и лечебная тактика в соответствии с выставленным диагнозом?

Зав. кафедрой _____

Ю.В. Чикинев

Билеты для зачета на 5 курсе

**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Новосибирский государственный медицинский университет
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России)**

Факультет Лечебный
Кафедра Госпитальной и детской хирургии
Учебная дисциплина Госпитальная хирургия

БИЛЕТ № 1

1. Узловой нетоксический зоб. Классификация. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение.
2. Острый абсцесс легкого. Этиология, патогенез. Клиническая картина, диагностика, дифференциальный диагноз. Методы обследования.
3. Разбор клинической задачи.

Зав. кафедрой _____ Ю.В. Чикинев

**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Новосибирский государственный медицинский университет
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России)**

Факультет Лечебный
Кафедра Госпитальной и детской хирургии
Учебная дисциплина Госпитальная хирургия

БИЛЕТ № 2

1. Хронический панкреатит – определение, этиопатогенез, классификация, клиническая картина, диагностика, оперативное лечение.
2. Наружные кишечные свищи. Этиология. Классификация по Б.А. Вицыну.
3. Разбор клинической задачи.

Зав. кафедрой _____ Ю.В. Чикинев

**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Новосибирский государственный медицинский университет
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России)**

Факультет Лечебный
Кафедра Госпитальной и детской хирургии
Учебная дисциплина Госпитальная хирургия

БИЛЕТ № 3

1. Диагностика и методы обследования пациентов с патологией сосудов.
2. Альвеококкоз печени. Пути заражения человека. Клиническая картина, диагностика, лечение.
3. Разбор клинической задачи.

Зав. кафедрой _____

Ю.В. Чикинев

**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Новосибирский государственный медицинский университет
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России)**

Факультет Лечебный
Кафедра Госпитальной и детской хирургии
Учебная дисциплина Госпитальная хирургия

БИЛЕТ № 4

1. Причины образования наружных кишечных свищей и их профилактика.
2. Варианты операций при паразитарных заболеваниях печени.
3. Разбор клинической задачи.

Зав. кафедрой _____

Ю.В. Чикинев

**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Новосибирский государственный медицинский университет
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России)**

Факультет Лечебный
Кафедра Госпитальной и детской хирургии
Учебная дисциплина Госпитальная хирургия

БИЛЕТ № 5

1. Рубцовые стриктуры пищевода. Патогенез. Клиническая картина, локализация, диагностика.
2. Облитерирующий эндартериит артерий нижних конечностей. Этиология, патогенез, клиническая картина, консервативное и оперативное лечение.
3. Разбор клинической задачи.

Зав. кафедрой _____ Ю.В. Чикинев

**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Новосибирский государственный медицинский университет
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России)**

Факультет Лечебный
Кафедра Госпитальной и детской хирургии
Учебная дисциплина Госпитальная хирургия

БИЛЕТ № 6

1. Болезнь Крона. Определение понятия. Клиническая картина, диагностика, лечение.
2. Фурункул и карбункул. Клиническая картина, диагностика, лечение.
3. Разбор клинической задачи.

Зав. кафедрой _____ Ю.В. Чикинев

**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Новосибирский государственный медицинский университет
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России)**

Факультет Лечебный
Кафедра Госпитальной и детской хирургии
Учебная дисциплина Госпитальная хирургия

БИЛЕТ № 7

1. Кисты поджелудочной железы: этиология, клиническая картина, дифференциальная диагностика, лечение.
2. Гидраденит. Клиническая картина, диагностика, лечение.
3. Разбор клинической задачи.

Зав. кафедрой _____ Ю.В. Чикинев

**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Новосибирский государственный медицинский университет
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России)**

Факультет Лечебный
Кафедра Госпитальной и детской хирургии
Учебная дисциплина Госпитальная хирургия

БИЛЕТ № 8

1. Формы рожистого воспаления. Показания к хирургическому лечению.
2. Гидатидный эхинококк печени. Пути заражения человека. Клиническая картина, диагностика, лечение.
3. Разбор клинической задачи.

Зав. кафедрой _____ Ю.В. Чикинев

**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Новосибирский государственный медицинский университет
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России)**

Факультет Лечебный
Кафедра Госпитальной и детской хирургии
Учебная дисциплина Госпитальная хирургия

БИЛЕТ № 9

1. Абсцесс и флегмона мягких тканей. Клиническая картина, диагностика, лечение.
2. Гидатидный эхинококк печени. Пути заражения человека. Клиническая картина, диагностика, лечение.
3. Разбор клинической задачи.

Зав. кафедрой _____ Ю.В. Чикинев

**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Новосибирский государственный медицинский университет
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России)**

Факультет Лечебный
Кафедра Госпитальной и детской хирургии
Учебная дисциплина Госпитальная хирургия

БИЛЕТ № 10

1. Облитерирующий атеросклероз аорты, артерий нижних конечностей. Этиология, патогенез, клиническая картина, классификация хронической артериальной недостаточности, диагностика, принципы консервативной терапии.
2. Виды панарициев. Клиническая картина, диагностика, лечение.
3. Разбор клинической задачи.

Зав. кафедрой _____ Ю.В. Чикинев

**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Новосибирский государственный медицинский университет
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России)**

Факультет Лечебный
Кафедра Госпитальной и детской хирургии
Учебная дисциплина Госпитальная хирургия

БИЛЕТ № 11

1. Синдром приводящей петли, причины, клиническая картина, диагностика, лечение.
2. Альвеококкоз печени. Пути заражения человека. Клиническая картина, диагностика, лечение.
3. Разбор клинической задачи.

Зав. кафедрой _____ Ю.В. Чикинев

**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Новосибирский государственный медицинский университет
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России)**

Факультет Лечебный
Кафедра Госпитальной и детской хирургии
Учебная дисциплина Госпитальная хирургия

БИЛЕТ № 12

1. Демпинг-синдром, причины, классификация, клиническая картина, диагностика, лечение.
2. Острый абсцесс легкого. Осложненное течение. Консервативное лечение. Показания к операции в остром периоде, виды оперативных вмешательств.
3. Разбор клинической задачи.

Зав. кафедрой _____ Ю.В. Чикинев

**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Новосибирский государственный медицинский университет
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России)**

Факультет Лечебный
Кафедра Госпитальной и детской хирургии
Учебная дисциплина Госпитальная хирургия

БИЛЕТ № 13

1. Пептическая язва анастомоза, причины, клиническая картина, диагностика, лечение.
2. Хронический панкреатит: клиническая картина, причины болевого синдрома, осложнения, диагностика.
3. Разбор клинической задачи.

Зав. кафедрой _____ Ю.В. Чикинев

**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Новосибирский государственный медицинский университет
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России)**

Факультет Лечебный
Кафедра Госпитальной и детской хирургии
Учебная дисциплина Госпитальная хирургия

БИЛЕТ № 14

1. Варианты операций при паразитарных заболеваниях печени.
2. Неспецифический язвенный колит. Осложнения. Клиническая картина. Лечение.
3. Разбор клинической задачи.

Зав. кафедрой _____ Ю.В. Чикинев

**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Новосибирский государственный медицинский университет
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России)**

Факультет Лечебный
Кафедра Госпитальной и детской хирургии
Учебная дисциплина Госпитальная хирургия

БИЛЕТ № 15

1. Хронический абсцесс легкого. Причины перехода острого абсцесса в хронический. Медикаментозное и хирургическое лечение.
2. Профилактика болезней оперированного желудка.
3. Разбор клинической задачи.

Зав. кафедрой _____ Ю.В. Чикинев

**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Новосибирский государственный медицинский университет
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России)**

Факультет Лечебный
Кафедра Госпитальной и детской хирургии
Учебная дисциплина Госпитальная хирургия

БИЛЕТ № 16

1. Наружные кишечные свищи. Патологические расстройства, методы их коррекции.
2. Показания к оперативному лечению при рубцовых сужениях пищевода после химического ожога. Варианты пластик пищевода.
3. Разбор клинической задачи.

Зав. кафедрой _____ Ю.В. Чикинев

**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Новосибирский государственный медицинский университет
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России)**

Факультет Лечебный
Кафедра Госпитальной и детской хирургии
Учебная дисциплина Госпитальная хирургия

БИЛЕТ № 17

1. Гангрена легкого. Этиология, патогенез. Клиническая картина. Принципы лечения.
2. Нетоксический (эутиреоидный зоб): этиопатогенез, клиника, диагностика, показания к оперативному лечению, виды операций.
3. Разбор клинической задачи.

Зав. кафедрой _____ Ю.В. Чикинев

**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Новосибирский государственный медицинский университет
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России)**

Факультет Лечебный
Кафедра Госпитальной и детской хирургии
Учебная дисциплина Госпитальная хирургия

БИЛЕТ № 18

1. Дивертикулы пищевода. Этиология, классификация. Клиническая картина, диагностика, лечение.
2. Болезнь Крона. Осложнения. Клиническая картина, диагностика, лечение.
3. Разбор клинической задачи.

Зав. кафедрой _____ Ю.В. Чикинев

**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Новосибирский государственный медицинский университет
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России)**

Факультет Лечебный
Кафедра Госпитальной и детской хирургии
Учебная дисциплина Госпитальная хирургия

БИЛЕТ № 19

1. Острый гнойный плеврит. Определение понятия. Классификация по этиологии, распространенности процесса. Клиническая картина, диагностика. Консервативное и хирургическое лечение.
2. Тиреоидиты. Хронический аутоиммунный тиреоидит (зоб Хашимото). Хронический фибринозный тиреоидит (тиреоидит Риделя). Этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
3. Разбор клинической задачи.

Зав. кафедрой _____ Ю.В. Чикинев

**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Новосибирский государственный медицинский университет
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России)**

Факультет Лечебный
Кафедра Госпитальной и детской хирургии
Учебная дисциплина Госпитальная хирургия

БИЛЕТ № 20

1. Ахалазия кардии. Этиология. Клиническая картина, дифференциальная диагностика. Консервативная терапия. Оперативное лечение.
2. Медиастинит. Этиология, клиническая картина переднего медиастинита. Диагностика и лечение.
3. Разбор клинической задачи.

Зав. кафедрой _____ Ю.В. Чикинев

**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Новосибирский государственный медицинский университет
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России)**

Факультет Лечебный
Кафедра Госпитальной и детской хирургии
Учебная дисциплина Госпитальная хирургия

БИЛЕТ № 21

1. Хронический панкреатит: показания к хирургическому лечению, виды хирургического лечения.
2. Хроническая эмпиема плевры. Бронхиальные свищи. Клиническая картина, диагностика, лечение.
3. Разбор клинической задачи.

Зав. кафедрой _____

Ю.В. Чикинев

**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Новосибирский государственный медицинский университет
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России)**

Факультет Лечебный
Кафедра Госпитальной и детской хирургии
Учебная дисциплина Госпитальная хирургия

БИЛЕТ № 22

1. Медиастинит. Этиология, клиническая картина заднего медиастинита. Диагностика и лечение.
2. Наружные кишечные свищи. Диагностика, лечение, профилактика.
3. Разбор клинической задачи.

Зав. кафедрой _____

Ю.В. Чикинев

**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Новосибирский государственный медицинский университет
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России)**

Факультет Лечебный
Кафедра Госпитальной и детской хирургии
Учебная дисциплина Госпитальная хирургия

БИЛЕТ № 23

1. Токсический зоб: этиопатогенез, клиника, диагностика, показания к оперативному лечению, виды операций.
2. Неспецифический язвенный колит. Определение понятия. Этиопатогенез. Клиническая картина. Лечение.
3. Разбор клинической задачи.

Зав. кафедрой _____

Ю.В. Чикинев

**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Новосибирский государственный медицинский университет
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России)**

Факультет Лечебный
Кафедра Госпитальной и детской хирургии
Учебная дисциплина Госпитальная хирургия

БИЛЕТ № 24

1. Скользящие грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина. Осложнения, показания к хирургическому лечению.
2. Абсцесс и флегмона мягких тканей. Клиническая картина, диагностика, лечение.
3. Разбор клинической задачи.

Зав. кафедрой _____

Ю.В. Чикинев

**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Новосибирский государственный медицинский университет
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России)**

Факультет Лечебный
Кафедра Госпитальной и детской хирургии
Учебная дисциплина Госпитальная хирургия

БИЛЕТ № 25

1. Параэзофагеальные грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Клиническая картина. Показания к хирургическому лечению.
2. Облитерирующий атеросклероз аорты, артерий нижних конечностей. Классификация хронической артериальной недостаточности, принципы консервативной терапии.
3. Разбор клинической задачи.

Зав. кафедрой _____

Ю.В. Чикинев

КЛИНИЧЕСКИЕ ЗАДАЧИ

ЗАДАЧА 1.

Мужчина, 37 лет, обратился к врачу с жалобами на затруднения при глотании твердой, полужидкой и жидкой пищи и жидкости, снижение массы тела на 10 кг в течение 1 месяца.

Из анамнеза известно, что пациент случайно выпил неизвестную прижигающую жидкость около 2 месяцев назад. За медицинской помощью не обращался. Выше указанные жалобы появились около 1,5 месяцев назад.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Рост 178 см. Вес 58 кг. Кожный покров чистый, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 92 уд.в мин., АД – 110/70 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

В анализах: общий белок 62 г/л, альбумин 29 г/л.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Какова дальнейшая тактика в отношении пациента?

ЗАДАЧА 2.

Женщина, 74 лет, обратилась к врачу с жалобами на ощущения «першения» и «царапанья» в горле, затруднения при глотании твердой, полужидкой и жидкой пищи, чувство «бульканья» при глотании жидкости, необходимостью пить только измельченные лекарственные препараты, необходимостью срыгивания пищи из-за ощущения инородного тела, снижение массы тела на 5 кг в течение года.

Из анамнеза известно, что впервые ощущения дискомфорта в глотке появились более 10 лет назад. За медицинской помощью не обращалась. В течение последних 3 лет отметила нарастание указанных выше явлений, приобретение ими постоянного характера.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Рост 158 см. Вес 50 кг. Кожный покров чистый, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 68 уд.в мин., АД – 140/80 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Какова дальнейшая тактика?

ЗАДАЧА 3.

Женщина, 50 лет, обратилась к врачу с жалобами на отрыжку воздухом, изжогу, усиливающуюся при наклоне вперед, чувство тяжести за грудиной, ощущения жжения за грудиной.

Из анамнеза известно, что впервые данные жалобы появились 5 лет назад. За медицинской помощью не обращалась, самостоятельно принимала «Альмагель». В течение последнего года отметила нарастание указанных выше жалоб, приобретение ими постоянного характера.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Рост 160 см. Вес 80 кг. Кожный покров чистый, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 83 уд.в мин., АД – 130/80 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Какова дальнейшая тактика в отношении пациента?

ЗАДАЧА 4.

Мужчина, 45 лет, обратился к врачу с жалобами на кашель с отхождением большого количества гнойной мокроты, возникающий в утренние часы, после пробуждения. Также предъявляет жалобы на частые простудные заболевания, одышку при физической нагрузке, периодические подъемы температуры тела до 37,3-37,5 град. Цельсия.

Из анамнеза известно, что впервые данные жалобы появились около 10 лет назад. За медицинской помощью не обращался. Страдает частыми простудными заболеваниями с детского возраста. Лечится самостоятельно. В течение последнего года отметил нарастание указанных выше жалоб, приобретение ими постоянного характера.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Рост 180 см. Вес 75 кг. Кожный покров чистый, обычной окраски. Обращает на себя внимание наличие деформации ногтевых фаланг пальцев кистей по типу «барабанных палочек» и ногтей по типу «часовых стекол». В легких дыхание везикулярное с жестким оттенком, влажные хрипы с нижних отделов с обеих сторон. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 94 уд.в мин., АД – 120/75 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Какова дальнейшая тактика?

ЗАДАЧА 5.

Мужчина, 45 лет, обратился к врачу с жалобами на жгучую боль в эпигастральной области, отрыжку кислым. Заброс желудочного содержимого в рот при наклоне вперед и в горизонтальном положении. Явления одышки при обильном приеме пищи.

Из анамнеза известно, что жалобы на изжогу на протяжении более 7 лет. На протяжении этого периода за медицинской помощью не обращалась, самостоятельно ситуационно принимал различные антациды, соду, молоко. Последний год ситуация ухудшилась: появилась необходимость спать сидя, изжога присутствует практически постоянно, появился дискомфорт при проглатывании пищи. Постоянно принимает антациды.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожный покров чистый, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона над проекцией аорты. ЧСС – 68 уд.в мин., АД – 120/80 мм рт.ст. Температура тела 36.6 градусов Цельсия. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

В анализах: без патологии.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования.

Составьте план лечения.

ЗАДАЧА 6.

Мужчина, 45 лет, обратился к врачу с жалобами на одышку в покое, слабость, отсутствие аппетита, потливость, лихорадку до 39,0С, малопродуктивный кашель, дискомфорт в правой половине грудной клетки.

Из анамнеза известно, что около 1 месяца назад, после существенного переохлаждения (спал на земле) появились катаральные явления, затем лихорадка до 38-39,0С, кашель с гнойной мокротой. За медицинской помощью не обращался. Лечился самостоятельно: принимал НПВС. Две недели назад появилась и стала нарастать боль в правой половине грудной клетки. Боль усиливалась при движении, дыхании, смене положения тела. Пациент продолжил прием обезболивающих и антипиретиков, спал и лежал только на правом боку.

Через неделю боль уменьшилась, однако появилась и стала нарастать одышка, практически постоянно лихорадит выше 38,0С.

При осмотре: состояние тяжелое. Кожный покров чистый, бледный с землистым оттенком. Грудная клетка ассиметричная, в акте дыхания правая половина не участвует. Перкуторно: слева легочный звук по всем полям, справа притупление по всем полям. Аускультативно: слева дыхание везикулярное, проводится по всем полям, хрипов нет. Справа не выслушивается. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона над проекцией аорты. ЧСС – 100 уд.в мин., АД – 110/70 мм рт.ст. ЧДД 24-26 в минуту. Температура тела 39,1 градусов Цельсия. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

В анализах: в общем анализе крови лейкоцитоз до $28 \times 10^9/\text{л}$, палочко-ядерный сдвиг до юных форм.

По данным рентгенографии органов грудной клетки имеется тотальное затемнение правого легочного поля. Межреберные промежутки справа расширены. Средостение смещено влево.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования.

Составьте план лечения.

ЗАДАЧА 7.

Мужчина, 38 лет, обратился к врачу с жалобами на затруднение проглатывания пищи, рвоту во время еды, снижение веса на 5-7 кг за 3 месяца

Из анамнеза известно, что около 5 месяцев назад, находясь в состоянии алкогольного опьянения, случайно выпил уксус. Находился на лечении в токсикологическом отделении. Спустя месяц после ожога, отметил затруднение при проглатывании твердой пищи. Во время еды приходилось запивать водой. Состояние прогрессивно ухудшалось. Пришлось изменить рацион питания. Проходила только полужидкая и жидкая пища. Последнее время затруднено проглатывание и этой пищи. Похудел.

При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ – 18,72 кг/м². Рост 176 см, вес 58 кг. Кожный покров чистый, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона над проекцией аорты. ЧСС – 70 уд.в мин., АД – 120/70 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования.

Составьте план лечения.

ЗАДАЧА 8.

Женщина, 53 лет, обратилась к врачу с жалобами на затруднение проглатывания пищи, рвоту во время еды, снижение веса на 5-7 кг за 3 месяца

Из анамнеза известно, что около 5 лет назад после серьезного психоэмоционального переживания появилось затруднение при проглатывании пищи. Причем, первое время грубая пища проходила легче, чем жидкая. В последующем, твердая пища стала проходить хуже, требовалось запивать ее водой. Позже присоединилось срыгивание только что съеденной пищей. Год назад выполнила рентгеноскопию пищевода и желудка, по данным которой был постоянный спазм кардиального сфинктера с выраженным расширением просвета пищевода. От предложенного, на тот момент лечения отказалась. Последнее время стала терять вес.

При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ – 18.36 кг/м². Рост 160 см, вес 47 кг. Кожный покров чистый, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона над проекцией аорты. ЧСС – 70 уд. в мин., АД – 120/70 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования.

Составьте план лечения.

ЗАДАЧА 9.

Больной М., 34 лет, слесарь. За 8 дней до обращения к хирургу поликлиники уколол металлической стружкой I палец правой кисти. Появилась припухлость, болезненность, гнойный свищ в области ногтевой фаланги I пальца правой кисти. Занимался самолечением, без эффекта. Последние две ночи из-за болей в пальце не спал. Объективно: первый палец правой кисти слегка согнут, ногтевая фаланга увеличена в объеме. Мягкие ткани напряжены, кожа фаланги цианотична. У свободного края ногтя на мякоти пальца имеется гнойный свищ 0,2 на 0,2 см, из просвета выбухают грануляции. При пальпации пуговчатым зондом отмечается болезненность по всей ногтевой фаланге. Движение в межфаланговом суставе резко ограничено. На рентгенограмме незначительный остеопороз ногтевой фаланги, небольшие участки деструкции (просветления), края кости узурированы. Поставить диагноз выработать план лечения.

ЗАДАЧА 10.

Больной М., 17 лет. 3 недели назад выполнена аппендэктомия по поводу гангренозного перфоративного аппендицита. Послеоперационный период осложнился абсцедирующим инфильтратом брюшной полости, который сутки назад вскрыт, дренирован под наркозом. К вечеру состояние резко ухудшилось, вызван дежурный врач: на фоне высокой температуры 39,1°C потрясающим ознобом зафиксировано снижение АД до 90/50 мм. рт. ст.

Особенность присоединившегося осложнения?

Тактика, лечение?

ЗАДАЧА 11.

Больной 46 лет страдает варикозным расширением вен нижних конечностей. 3 дня назад появилась болезненность по ходу расширенной вены задне-медиальной поверхности голени, температура поднялась до 38°C. При осмотре по ходу вены определяется резкая гиперемия, вена утолщена, пальпируется в виде резко болезненного шнура. Кожа в окружности несколько гиперемирована болезненна. Отека на стопе и голени нет.

Ваш диагноз? Тактика?

ЗАДАЧА 12.

У больной 39 лет, нерожавшей, 2 недели назад появился болезненный инфильтрат левой молочной железы 5 x 3 см. Последние 2 суток – субфебрильная температура, кожа над инфильтратом гиперемирована, подозрение на размягчение в центре, из соска – скудное серозно-гнойное отделяемое.

Какие особенности дифференциальной диагностики, тактики, лечения. Ваш диагноз?

ЗАДАЧА 13.

Больной П., 32 лет, находился в гастроэнтерологическом отделении с диагнозом: "обострение хронического панкреатита" 3 недели. Последние 2 суток стало пальпироваться образование в левом подреберье 15 x 15 см. Дежурным терапевтом на

вечернем обходе констатировано ухудшение: резко усилились боли в животе, по ходу левого бокового канала – выраженное защитное мышечное напряжение, из-за которого пальпировать образование не удаётся, положителен симптом Щёткина во всех отделах, но преимущественно в левой половине живота, неотчётливо притупление в отлогах местах, пульс 102 удара в минуту, удовлетворительного наполнения. АД – 105/70 мм. рт. ст.

Ваш диагноз, тактика?

ЗАДАЧА 14.

Женщина, 47 лет, обратилась с жалобами на ощущение тяжести, полноты в ногах при длительных статических нагрузках, проходящие в горизонтальном положении, наличие расширения вен и изменений кожи голеней. Указанные жалобы в течение 5 лет. При осмотре: нижние конечности правильной формы, симметричные, голени пастозные, имеются множественные ретикулярные варикозные вены с обеих сторон, имеется расширение подкожных вен без гиперемии по внутренней поверхности обеих нижних конечностей с выраженной гиперпигментацией и липодерматосклерозом по внутренним поверхностям голеней, пальпация по ходу стволов больших и малых подкожных вен с обеих сторон безболезненная. Пульсация артерий на обеих нижних конечностях определяется на всех уровнях.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Определите тактику лечения пациентки и назначьте дополнительные методы исследований.

ЗАДАЧА 15.

Мужчина, 49 лет, страдает варикозной болезнью нижних конечностей в течение 10 лет. Не лечился. Обратился с жалобами на боль по внутренней поверхности левых голеней, бедра. При осмотре: нижние конечности симметричные, не отечные, в бассейне большой подкожной вены (БПВ) определяются варикозно расширенные вены с обеих сторон, слева по ходу основного ствола БПВ по внутренней поверхности голени до средней/3 бедра определяется гиперемия, при пальпации – инфильтрат и резкая болезненность. Пульсация артерий на обеих нижних конечностях определяется на всех уровнях.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Определите тактику лечения пациентки и назначьте дополнительные методы исследований.

ЗАДАЧА 16.

Мужчина, 60 лет, обратился с жалобами на боль в правой нижней конечности при ходьбе на дистанцию 20 м, вынуждающую его останавливаться. Курит в течение 40 лет. При осмотре: кожный покров правых голеней, стопы бледный, прохладный на ощупь, активные движения в полном объеме, пульсация правой бедренной артерии отчетливая, на подколенной и артериях стопы не определяется, пульсация артерий левой нижней конечности определяется на всех уровнях. Общий анализ крови без значимых отклонений. Биохимия крови: общий белок 65 г/л, мочевины 6,8 ммоль/л, креатинин 70 мкмоль/л, глюкоза 4,8 ммоль/л, АЛТ 30 ЕД/л, АСТ 35 ЕД/л, общий билирубин 13 мкмоль/л, калий 4,2 ммоль/л, натрий 137 ммоль/л.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Назовите методы исследований, позволяющие определить тактику лечения.

Какова цель лечения и какими хирургическими методами она может быть достигнута?

ЗАДАЧА 17.

Больной 58 лет, предъявляет жалобы на снижение половой потенции и боли, появляющиеся при ходьбе в мышцах бедра и ягодицах. Болен в течение 6 лет. Состояние

больного удовлетворительное. Кожные покровы ног бледные, прохладные на ощупь. Активные движения в суставах в полном объеме. Незначительное снижение чувствительности на стопах. Пульсация артерий не определяется на всем протяжении обеих нижних конечностей.

Укажите заболевание, которым обусловлена данная клиническая картина.

Какие методы обследования позволят решить вопрос о возможности реконструктивной операции у данного больного?

Критерии оценки - дихотомическая шкала:

Оценка «зачтено» выставляется обучающемуся, если студент дал исчерпывающий ответ хотя бы на один вопрос или ответил на все вопросы даже при наличии серьезных ошибок, неполных ответов, нарушенной логики изложения;

Оценка «не зачтено» выставляется обучающемуся, если при ответе студент показал отрывочные, несистематизированные знания, не смог выстроить ответ на поставленные вопросы, ответить на дополнительные вопросы.

Билеты для дифференцированного зачета на 6 курсе

**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Новосибирский государственный медицинский университет
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России)**

Факультет Лечебный
Кафедра Госпитальной и детской хирургии
Учебная дисциплина Госпитальная хирургия

БИЛЕТ № 1

1. Синдром портальной гипертензии. Определение понятия. Формы синдрома портальной гипертензии.
2. Острое нарушение артериального кровотока нижних конечностей. Классификация по В.С. Савельеву. Диагностика. Лечение.
3. Разбор клинической задачи.

Зав. кафедрой _____ Ю.В. Чикинев

**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Новосибирский государственный медицинский университет
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России)**

Факультет Лечебный
Кафедра Госпитальной и детской хирургии
Учебная дисциплина Госпитальная хирургия

БИЛЕТ № 2

1. Принципы диагностики кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода. Лечение больных с кровотечениями из варикозно расширенных вен пищевода.
2. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненная кровотечением. Классификация по Forrest. Клиническая картина, диагностика, лечение.
3. Разбор клинической задачи.

Зав. кафедрой _____ Ю.В. Чикинев

**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Новосибирский государственный медицинский университет
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России)**

Факультет Лечебный
Кафедра Госпитальной и детской хирургии
Учебная дисциплина Госпитальная хирургия

БИЛЕТ № 3

1. Диагностика и методы обследования пациентов с патологией сосудов.
2. Резидуальный холедохолитиаз: причины, клиническая картина, диагностика, лечение.
3. Разбор клинической задачи.

Зав. кафедрой _____ Ю.В. Чикинев

**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Новосибирский государственный медицинский университет
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России)**

Факультет Лечебный
Кафедра Госпитальной и детской хирургии
Учебная дисциплина Госпитальная хирургия

БИЛЕТ № 4

1. Хирургический сепсис, классификация, патогенез, клиническая картина, диагностика, лечение.
2. Диабетическая стопа. Классификация. Диагностика, лечение.
3. Разбор клинической задачи.

Зав. кафедрой _____ Ю.В. Чикинев

**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Новосибирский государственный медицинский университет
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России)**

Факультет Лечебный
Кафедра Госпитальной и детской хирургии
Учебная дисциплина Госпитальная хирургия

БИЛЕТ № 5

1. Особенности течения гнойного процесса у больных сахарным диабетом.
2. Клинические проявления холедохолитиаза. Особенности диагностики. Хирургическое лечение.
3. Разбор клинической задачи.

Зав. кафедрой _____ Ю.В. Чикинев

**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Новосибирский государственный медицинский университет
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России)**

Факультет Лечебный
Кафедра Госпитальной и детской хирургии
Учебная дисциплина Госпитальная хирургия

БИЛЕТ № 6

1. Острая артериальная недостаточность. Этиология, клиническая картина, классификация острой ишемии, лечение.
2. Дифференциальная диагностика желтух.
3. Разбор клинической задачи.

Зав. кафедрой _____ Ю.В. Чикинев

**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Новосибирский государственный медицинский университет
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России)**

Факультет Лечебный
Кафедра Госпитальной и детской хирургии
Учебная дисциплина Госпитальная хирургия

БИЛЕТ № 7

1. Хроническая венозная недостаточность: варикозная и посттромботическая болезни. Этиология, патогенез, клиническая картина, классификация, консервативное и оперативное лечение.
2. Рубцовые стриктуры внепеченочных желчных протоков: причины, клиническая картина, диагностика, лечение.
3. Разбор клинической задачи.

Зав. кафедрой _____

Ю.В. Чикинев

**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Новосибирский государственный медицинский университет
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России)**

Факультет Лечебный
Кафедра Госпитальной и детской хирургии
Учебная дисциплина Госпитальная хирургия

БИЛЕТ № 8

1. Синдром механической желтухи. Причины, дифференциальная диагностика, лечение.
2. Острый тромбоз венозного русла. Классификация, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
3. Разбор клинической задачи.

Зав. кафедрой _____

Ю.В. Чикинев

**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Новосибирский государственный медицинский университет
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России)**

Факультет Лечебный
Кафедра Госпитальной и детской хирургии
Учебная дисциплина Госпитальная хирургия

БИЛЕТ № 9

1. Синдром диабетической стопы, клинические проявления, особенности хирургического лечения.
2. Малоинвазивные методы коррекции проявлений постхолецистэктомического синдрома.
3. Разбор клинической задачи.

Зав. кафедрой _____ Ю.В. Чикинев

**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Новосибирский государственный медицинский университет
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России)**

Факультет Лечебный
Кафедра Госпитальной и детской хирургии
Учебная дисциплина Госпитальная хирургия

БИЛЕТ № 10

1. Кровотечение из верхних отделов ЖКТ: причины, дифференциальная диагностика, тактика.
2. Методики обследования больных с синдромом портальной гипертензии при остановленном кровотечении.
3. Разбор клинической задачи.

Зав. кафедрой _____ Ю.В. Чикинев

**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Новосибирский государственный медицинский университет
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО НГМУ Минздрава России)**

Факультет Лечебный
Кафедра Госпитальной и детской хирургии
Учебная дисциплина Госпитальная хирургия

БИЛЕТ № 11

1. Дивертикулы пищеварительного тракта: клиническая картина, диагностика, лечение.
2. Синдром Мэллори-Вейсса: клиническая картина, диагностика, лечение.
3. Разбор клинической задачи.

Зав. кафедрой _____

Ю.В. Чикинев

КЛИНИЧЕСКИЕ ЗАДАЧИ

ЗАДАЧА 1.

У больного с обострением язвенной болезни желудка за последние 2 дня боли стали менее интенсивными, но появилась нарастающая слабость, головокружение. Перед поступлением в стационар отмечал кратковременную потерю сознания. При осмотре бледен, в эпигастрии небольшая болезненность. Симптомов раздражения брюшины нет.

Какое наступило осложнение?

Какие методы обследования необходимо использовать для уточнения диагноза, их последовательность?

ЗАДАЧА 2.

Больной С., 26 лет, поступил в хирургическое отделение с закрытой травмой живота. Общее состояние тяжёлое. Больной бледен. Жалуется на сильные боли в животе. Пульс ритмичен, слабого наполнения и напряжения, 100 в минуту. АД 100 и 50 мм рт. ст. Язык чистый, влажный. Живот правильной формы, щадит при дыхании, при пальпации резко болезненный. Перкуссия болезненна. Выражен симптом Щёткина-Блюмберга. Больной поднят в операционную, так как нельзя исключить кровотечение. При лапаротомии выявлена забрюшинная гематома, поперечный разрыв тела поджелудочной железы 4х3х1,5 см. В брюшной полости около 500 мл жидкой крови со сгустками.

Сформулируйте диагноз. 2. Объём оперативного вмешательства?

ЗАДАЧА 3.

У больной С., 50 лет, после приема в обильном количестве жирной мясной пищи внезапно появился приступ жестоких опоясывающих болей в эпигастральной области, многократная рвота, температура тела оставалась нормальной.

При осмотре: больная с выраженной подкожной жировой клетчаткой. Цвет кожного покрова обычный. Язык обложен желтоватым налетом, сухой. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения, 70 в минуту, АД 130/85 мм рт. ст. Живот правильной формы, активно участвует в дыхании. При пальпации резкая болезненность в эпигастральной области. Здесь же высокий тимпанический звук. Притупления в отлогих местах нет. Пульсация аорты не определяется. Симптомов раздражения брюшины нет. Ректальное обследование без особенностей.

Анализ крови: Эр $3,9 \times 10^{12}/л$, Л $12,5 \times 10^9/л$. Диастаза мочи 2024 Ед.

Проводимое консервативное лечение в течение суток привело к улучшению состояния, боли стали меньше, прекратилась рвота. Живот стал мягким, легкая болезненность при пальпации еще оставалась. Диастаза мочи 256 Ед., Л $9,5 \times 10^9/л$.

Сформулируйте диагноз. План обследования и лечения.

ЗАДАЧА 4.

78-летний мужчина из ближнего зарубежья обратился с жалобами на лихорадку, жар, распространенную боль в животе, утомляемость, сниженный аппетит и потерю веса за последние 10 дней. Боль в животе была тупая, постоянная и усиливалась после приема пищи. При осмотре: желтуха и средняя болезненность в правом верхнем квадранте живота и эпигастральной области. Параклинически: общий билирубин 8 мг/дл, прямой билирубин 6 мг/дл, АСТ 210 Ед/л, АЛТ 182 Ед/л, щелочная фосфатаза 826 Ед/л, УЗИ органов брюшной полости: камни в желчном пузыре без расширения общего желчного протока. При КТ органов брюшной полости выявлены две точечные кальцинированные гранулемы в печени и камни в желчном пузыре без расширения внутри- и внепеченочных желчных протоков. Эмпирическая антибиотикотерапия назначена с целью купирования приступа острого холангита. Несмотря на проводимое лечение отмечено дальнейшее ухудшение функции печени. Выполнена ЭРХПГ: желчные протоки левой доли печени не

визуализируются, предположено наличие камня в левом печеночном протоке или стриктуры. Выполнена холецистэктомия с биопсией гранулемы. Гистологическое заключение: хронический холецистит, множественные камни желчного пузыря, обнаружены клетки Березовского-Рида-Штернберга. Компьютерная томография органов грудной клетки, брюшной полости и органов малого таза – без патологии. После холецистэктомии функция печени не восстановлена. Ваш предположительный диагноз и дальнейшая тактика лечения пациента.

ЗАДАЧА 5.

Мужчина 45 лет поступил в стационар с желудочно-кишечным кровотечением неясной этиологии. До этого никаких жалоб со стороны желудочно-кишечного тракта не предъявлял. Заболевание связывает с многократной рвотой после приёма алкоголя. Рвота "кофейной гущей" с примесью крови.

Предположительный диагноз?

Какое обследование назначить больному?

Тактика при продолжающемся кровотечении?

ЗАДАЧА 6.

Больной 43 лет страдает язвенной болезнью желудка в течение 10 лет. Неоднократно лечился в терапевтическом стационаре. За последние 3 мес. отмечает появление болей в поясничной области, иногда опоясывающего характера. При рентгенологическом обследовании определяется глубокая ниша по задней стенке желудка на малой кривизне ближе к антральному отделу.

Ваш диагноз, тактика?

ЗАДАЧА 7.

У больного, которому 10 дней назад ушита язва 12-ти перстной кишки, повысилась температура, появились боли в правом подреберье, усиливающиеся при глубоком дыхании. При осмотре мягкие ткани в правом подреберье отёчные, кожа пастозна. Пальпаторно отмечается увеличение печени, болезненность в правом подреберье и здесь же слабо положительный симптом Щёткина-Блюмберга. При рентгенологическом исследовании в правом подреберно-диафрагмальном синусе видна жидкость, правый купол диафрагмы ограниченно подвижен.

Ваш диагноз, лечение данного осложнения?

ЗАДАЧА 8.

Через 6 мес. после резекции желудка по Гофмейстеру-Финстереру больной предъявляет жалобы на общую слабость, возникающую через 20 мин после приёма пищи, потоотделение, головокружение, учащённое сердцебиение, дрожание конечностей. Затем появляется сонливость и жидкий стул. Приступы более выражены после приёма пищи богатой углеводами. Дефицит массы тела 8 кг.

Ваш диагноз, план обследования?

ЗАДАЧА 9.

Больной 42 лет поступил с явлениями желудочно-кишечного кровотечения. В анамнезе – болезнь Боткина. При осмотре: рвота с примесью алой крови, имеется расширенная венозная сеть на передней брюшной стенке. Пальпаторно определяются увеличенная селезёнка и плотный край печени у рёберной дуги.

Ваш диагноз, тактика?

ЗАДАЧА 10.

Больная Б., 60 лет, более 2-х лет страдает коликообразными болями в животе, вздутие живота, нередко запор "сменяется" частым жидким стулом. Прием слабительных эффекта не приносит, последние 3 недели появился кал типа "малинового желе". Ранее не обследована.

Ваш диагноз, тактика?

ЗАДАЧА 11.

Больной К., 53 лет, более 2-х месяцев находится в эндокринном отделении с диагнозом: "Сахарный диабет II тип, декомпенсация. Сопутствующее: рецидивирующие карбункулы спины". За последнюю неделю состояние больного ухудшилось: температура тела 38-39 °С, вечерами потрясающие ознобы, гепатоспленомегалия, в клинико-биохимических анализах - лейкопения, анемия, гипербилирубинемия.

Ваш диагноз присоединившегося осложнения, особенности диагностики, лечения?

ЗАДАЧА 12.

Больной С., 61 года. Оперирован в экстренном порядке по поводу ущемленной паховой грыжи, флегмоны грыжевого мешка. Выполнено грыжесечение, пластика пахового канала по Постемскому. На 2-е сутки после операции: стойкие сильные боли в области послеоперационной раны, повысилась температура до 39°C, инфильтрат четко не пальпируется, гиперемии, гнойного отделяемого нет. Анемия, субиктеричность склер, признаки энцефалопатии.

Какие особенности присоединившегося осложнения, тактика?

ЗАДАЧА 13.

У больного 55 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 Щёткина-Блюмберга в правом подреберье. Проводимые консервативные мероприятия (антибиотики, спазмолитики, новокаиновая блокада) не дают в течение 3 суток положительных результатов. Лейкоцитоз крови колеблется от $15 \times 10^9/\text{л}$ до $18 \times 10^9/\text{л}$.

Ваш диагноз, тактика лечения?

ЗАДАЧА 14.

Больная П., 72 лет, длительное время страдает сахарным диабетом. В течение недели правая стопа и голень отёчны, гиперемированы, значительно снижена чувствительность, в мягких тканях голени – крепитация, на коже геморрагические пузыри, I палец чёрного цвета. За медицинской помощью не обращалась, за последние сутки – 200.0 мл мочи.

Ваш клинический диагноз, особенности присоединившегося осложнения, тактика?

ЗАДАЧА 15.

У больной 72 лет после приступообразных болей в правом подреберье – потемнела моча, к вечеру отметила подъём температуры до 38,8-39 °С с потрясающим ознобом, "проливным потом". Врач, вызванной скорой помощи отметил, что пальпируется болезненный желчный пузырь, симптомов раздражения брюшины нет.

Ваш диагноз, тактика?

ЗАДАЧА 16.

Женщина, 45 лет, доставлена в приемное отделение с клинической жалобами на обильную рвоту темной кровью за 40 минут до поступления. Из анамнеза известно, что пациентка наблюдается терапевтом по поводу цирроза печени в исходе вирусного

гепатита С в течение 3 лет, алкоголь не употребляет. При осмотре: пациентка в сознании, ориентирована в пространстве, месте, собственной личности, заторможена, на вопросы отвечает односложно, общее состояние тяжелое, кожный покров бледный, иктеричный, пульс 100 в мин., ритмичный, АД 100/60 мм рт. ст., живот увеличен в объеме за счет ненапряженного асцита, мягкий, край печени пальпации не доступен, перитонеальных симптомов нет, ректально – образований в ампуле прямой кишки не определяется, кал коричневого цвета. Гемограмма: гемоглобин 85 г/л, эритроциты $2,8 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты $8,9 \times 10^9$ /л, тромбоциты 60×10^9 /л. Биохимия крови: общий белок 59 г/л, альбумин 28 г/л, мочевины 8,9 ммоль/л, креатинин 85 мкмоль/л, глюкоза 4,8 ммоль/л, АЛТ 54 ЕД/л, АСТ 45 ЕД/л, общий билирубин 42 мкмоль/л. МНО 2,0. При эзофагогастродуоденоскопии в пищеводе имеются варикозно расширенные вены III ст. с продолжающимся кровотечением, в желудке – сгустки крови без убедительного источника кровотечения, двенадцатиперстная кишка без патологических изменений.

Сформулируйте клинический диагноз.

Определите объем неотложных мероприятий.

Назовите оптимальные методы гемостаза в данной клинической ситуации.

ЗАДАЧА 17.

Женщина, 62 лет, обратилась к врачу с жалобами на периодические приступообразные боли в правом подреберье, тошноту.

Из анамнеза известно, что пациентка перенесла лапароскопическую холецистэктомию по поводу ЖКБ около 6 месяцев назад. Указанные жалобы появились примерно через неделю после выписки из отделения и были связаны с нарушением диеты. В настоящее время данные приступы повторяются почти ежедневно.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Положение активное. ИМТ – 32 кг/м² Кожные покровы чистые, небольшая иктеричность кожи и склер. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 70 уд. в мин., АД – 140/100 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации слабоболлезненный в правом подреберье. Печень и селезенка не увеличены. Стул и мочеиспускание не нарушены.

В анализах: общий билирубин – 32 ммоль/л, непрямой – 10 ммоль/л., АЛТ 48 ед., АСТ 52 ед., амилаза крови 90 чл, креатинин 75 мкмоль/л, глюкоза – 5,2 ммоль/л.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования.

Составьте план лечения.

ЗАДАЧА 18.

Женщина, 67 лет, обратилась к врачу с жалобами на наличие язвы на левой стопе.

Из анамнеза известно, что пациентка около 3 дней назад заметила у себя небольшую язву на подошвенной поверхности стопы. Болей не было. Страдает сахарным диабетом 2 типа около 8 лет.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Положение активное. ИМТ – 34 кг/м² Кожные покровы чистые. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 70 уд. в мин., АД – 140/100 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Локальный статус: левая стопа теплая, розовая, кожа сухая, пульсация на артериях стопы сохранена. На подошвенной поверхности – поверхностный язвенный дефект без признаков инфицирования около 1 см в диаметре.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования.

Какой метод лечения Вы бы рекомендовали пациенту?

Критерии оценки – пятибалльная система:

«5» - Студент дает исчерпывающие, развернутые ответы на вопросы, показал способность уверенно оперировать конкретными ситуациями, логически выражать мысли, гибко и мобильно осуществлять мыслительные операции. Речь логически обоснована и грамматически правильна;

«4» - Студент развернуто ответил на вопросы преподавателя и дополнительные вопросы, но допустил неточности или нарушил логику ответа; показал прочные знания при малозначительных неточностях, пропусках, ошибках;

«3» - Ответ студента содержит серьезные ошибки, ответы неполные, нарушена логика изложения, на дополнительные вопросы даны неверные или неполные ответы.

ИЛИ: студент дал исчерпывающий ответ на один вопрос, но не смог ответить второй и дополнительные вопросы;

«2» - При ответе студент показал отрывочные, несистематизированные знания, не смог выстроить ответ на поставленные вопросы, ответить на дополнительные вопросы.

1.1. Организация хирургического приема в поликлинике

Контрольные вопросы:

1. Деление поликлиник по мощности
2. Штатные нормативы врачей-хирургов.
3. Состав помещений хирургического отделения
4. Документы хирургического отделения
5. Оснащение хирургического отделения
6. Обязанности врача хирурга
7. Порядок выдачи больничных листов
8. Порядок направление больных на медико-социальную экспертизу
9. Диспансеризация.
10. Устройство и организация работы операционно-перевязочного блока в поликлинике

Тестовый контроль

1. Совершенствование медицинской помощи населению Российской Федерации на современном этапе связано с развитием:

- 1) стационарной помощи
- 2) медицинской науки
- 3) сельского здравоохранения
- 4) первичной медико-санитарной помощи**

2. Профилактическая работа амбулаторно-поликлинических учреждений заключается в организации:

- 1) дневных стационаров
- 2) диспансеризации населения**
- 3) терапевтической помощи в поликлинике и на дому
- 4) реабилитационной работы

3. Диспансеризация — это метод:

- 1) выявления острых и инфекционных заболеваний
- 2) активного динамического наблюдения за состоянием здоровья определенных контингентов с целью раннего выявления и оздоровления больных**
- 3) наблюдения за состоянием окружающей среды
- 4) оказания неотложной помощи

4. Профилактические медицинские осмотры являются основой:

- 1) первичной медико-санитарной помощи
- 2) диспансеризации**
- 3) реабилитационной работы
- 4) экспертизы трудоспособности

5. Поликлиники оказывают населению помощь:

- 1) социальную
- 2) первичную лечебно-профилактическую**
- 3) санитарно-противоэпидемическую
- 4) стационарную

6. Типовое учреждение по оказанию лечебно-профилактической помощи работникам промышленных предприятий:

- 1) городская поликлиника
- 2) медико-санитарная часть**

- 3) диспансер
 - 4) фельдшерско-акушерский пункт
7. Профилактическая направленность является ведущей в деятельности учреждений:
- 1) сельского здравоохранения
 - 2) амбулаторно-поликлинического звена
 - 3) государственного санитарно-эпидемиологического надзора**
 - 4) скорой и неотложной помощи
8. Задачей первичной профилактики является:
- 1) ранняя диагностика заболеваний
 - 2) предупреждение рецидивов и осложнений заболеваний
 - 3) оздоровление окружающей среды**
 - 4) гигиеническое воспитание населения
9. Укажите правильное определение – функциями поликлиники являются:
- 1) лечебно-диагностическая
 - 2) профилактическая
 - 3) реабилитационная
 - 4) экспертная
 - 5) все вышеперечисленное.**
10. При проведении диспансерного наблюдения хирургом выполняется:
- 1) активное выявление лиц с факторами риска возникновения распространенных заболеваний
 - 2) взятие на диспансерный учет лиц с факторами риска
 - 3) активное динамическое наблюдение, проведение лечебно-профилактических и оздоровительных мероприятий
 - 4) анализ качества и эффективности диспансерного наблюдения
 - 5) все перечисленные элементы профессионального труда.**

1.2. Острая гнойная инфекция в условиях поликлиники

Контрольные вопросы:

- 1. Классификация хирургической инфекции (В.И. Стручков)
- 2. Этиология, патогенез гнойной инфекции, местная и общая реакция организма.
- 3. Принципы лечения острой гнойной инфекции в зависимости от фазы раневого процесса.
- 4. Классификация флегмоны, рожи, раневой инфекции, мастита, панариция, флегмон кости.
- 5. Клиническая картина фурункула, фурункулеза, карбункула, гидраденита, абсцесса, флегмоны, рожи, эризипелоида, лимфангита, лимфаденита, мастита, панариция, флегмон кисти.
- 6. Диагностика, дифференциальная диагностика перечисленной патологии.
- 7. Принципы оперативного и консервативного лечения гнойно-воспалительных заболеваний..
- 9. Клиника, диагностика и лечение вросшего ногтя.
- 10. Исходы заболеваний, Экспертиза трудоспособности.

Тестовый контроль

- 1. Укажите, на каких поверхностях средней и основной фаланг II-IV пальцев кисти делают разрезы при тендовагините:
 - 1) на боковых**
 - 2) на ладонной
 - 3) на тыльной

- 4) крестообразный разрез на ладонной поверхности
- 5) возможны все варианты

2. На какой поверхности предплечья делают разрезы при вскрытии флегмоны клетчатого пространства Пирогова?

- 1) на передней
- 2) на задней
- 3) на латеральной
- 4) на медиальной
- 5) на боковых поверхностях предплечья**

3. Повреждением какого образования может осложниться разрез в области запретной зоны кисти?

- 1) повреждение сухожилий сгибателей пальцев
- 2) повреждение сухожилия длинного сгибателя большого пальца кисти
- 3) повреждение двигательной ветви срединного нерва с нарушением противопоставления большого пальца**
- 4) повреждение поверхностной артериальной ладонной дуги
- 5) повреждение мышц возвышения большого пальца

4. Чем объясняется необходимость срочного оперативного вмешательства при гнойном тендовагините сухожилий сгибателей П,Ш, IY пальцев?

- 1) возможностью распространения гноя в клеточное пространство Пирогова
- 2) возможностью перехода процесса на костные ткани
- 3) возможностью омертвления сухожилий вследствие сдавления их брыжейки**
- 4) возможностью развития сепсиса
- 5) возможностью восходящего распространения гноя по клеточным пространствам верхней конечности

5. Панариций в форме запонки – это:

- 1) подкожный панариций с прорывом гноя под эпидермис**
- 2) сухожильный панариций
- 3) паронихий
- 4) костный панариций
- 5) суставной панариций

6. Больной с подкожным панарицием II пальца кисти провел бессонную ночь из-за мучительных болей. Ваша тактика при лечении такого больного:

- 1) спиртовые ванночки и компрессы
- 2) повязки с мазью Вишневского
- 3) УВЧ и кварцевое облучение
- 4) пенициллин внутри
- 5) разрез**

7. Что такое пандактилит?

- 1) гнойное воспаление ногтя
- 2) гнойное воспаление околоногтевого ложа
- 3) гнойное воспаление сухожильного влагалища
- 4) гнойное воспаление кости фаланги пальцев
- 5) гнойное воспаление всех тканей пальца**

8. Что такое паронихия?

- 1) воспаление всех тканей пальца
- 2) воспаление околоногтевого ложа**
- 3) воспаление ногтевого ложа
- 4) воспаление межфалангового сустава
- 5) воспаление сухожильного влагалища пальца

9. С чем сообщается через комиссуральные отверстия ладонного апоневроза подкожная клетчатка ладони?

- 1) с подапоневротическим клетчаточным пространством ладони**
- 2) с подсухожильными клетчаточными пространствами ладони
- 3) с синовиальными влагалищами П-У пальцев
- 4) с клетчаточным пространством Пирогова
- 5) с футлярами червеобразных мышц

10. Панариций – это гнойное воспаление, локализующееся в:

- 1) мягких тканях ладонной поверхности пальцев
- 2) костях и суставах пальцев
- 3) мягких тканях тыльной поверхности пальцев
- 4) в области ногтя
- 5) все верно
- 6) верно 1,2,4**
- 7) верно 1,3,4
- 8) верно 1,3

1.3. Заболевание прямой кишки и параректальной области, оказание помощи в амбулаторных условиях

Контрольные вопросы:

1. Клиническая картина острого геморроя.
2. Лечение острого геморроя.
3. Чем объяснить анемию при геморрое?
4. Показания к оперативному лечению хронического геморроя.
5. Хронический геморрой предрак?
6. Что такое эпителиальный копчиковый ход? Какое может быть осложнение?
7. Классификация хронического парапроктита.
8. Этиология параректальных свищей.
9. Клиника, лечение анальных полипов и полипов прямой кишки.
10. Дифференциальный диагноз анальной трещины и рака прямой кишки.

Тестовый контроль

1. Какие методы лечения следует применять при остром парапроктите?
 - 1) массивная антибактериальная терапия
 - 2) физиотерапевтическое лечение
 - 3) экстренная операция**
 - 4) плановая операция
2. С какими заболеваниями следует дифференцировать острый парапроктит?
 - 1) карбункул ягодицы
 - 2) флегмона ягодицы
 - 3) абсцесс предстательной железы
 - 4) нагноение копчиковых кист

5) бартолинит

6) все ответы правильные

3. При лечении острого парапроктита необходимо придерживаться следующих принципов:

- 1) ранняя операция
- 2) адекватное вскрытие и санация гнойного очага
- 3) иссечение внутреннего отверстия
- 4) адекватное дренирование
- 5) все верно**

4. Какие из перечисленных мероприятий существенны для профилактики острого парапроктита?

- 1) очистительные клизмы
- 2) лекарственные клизмы
- 3) солевые слабительные
- 4) лечение сопутствующих проктологически и желудочно-кишечных заболеваний**
- 5) отказ от пользования после дефекации бумагой в пользу обмывания промежности

5. Для хронического парапроктита наиболее характерным является:

- 1) гематурия
- 2) наличие свищевого отверстия на коже промежности**
- 3) выделение алой крови в конце акта дефекации
- 4) боли внизу живота
- 5) диарея

6. Для исследования свищей прямой кишки применяются:

- 1) наружный осмотр и пальпация
- 2) пальцевое исследование прямой кишки
- 3) прокрашивание свищевого хода и зондирование
- 4) фистулография
- 5) все перечисленное**

7. Для геморроя типичны следующие симптомы:

- 1) частый жидкий стул, тенезмы, слизисто-кровянистые выделения, периодическое повышение температуры тела
- 2) сильная боль после дефекации, выделение капель крови после нее, хронические запоры
- 3) неустойчивый стул, иногда с примесью крови, кал типа "овечьего"
- 4) постоянная боль в области заднего прохода, усиливающаяся после приема алкоголя и острых блюд, зуд анальной области
- 5) выделение алой крови при дефекации, увеличение геморроидальных узлов**

8. Наиболее распространенным методом лечения хронического геморроя является:

- 1) хирургический – геморроидэктомия**
- 2) консервативный – диета, свечи, микроклизмы
- 3) склерозирующая терапия
- 4) лигирование латексом, шелком
- 5) физиотерапия

9. Для трещины прямой кишки характерен следующий симптомокомплекс:

- 1) умеренная боль в анальной области, усиливающаяся в момент дефекации, провоцируемая приемом алкоголя и острых блюд, зуд анальной области, обильное кровотечение после акта дефекации
 - 2) чувство неполного освобождения при акте дефекации, лентовый кал, окрашенный кровью, тенезмы, неустойчивый стул, выделения слизи, нередко однократной порции темной крови
 - 3) неустойчивый стул, чувство тяжести в тазовой области, кал обычной конфигурации, с темной или алой кровью, кал "овечьего" типа, вздут живот, необлегченный скудным стулом
 - 4) частый жидкий стул, тенезмы, слизисто-кровянистые выделения, иногда профузные поносы, возможна температурная реакция
 - 5) сильнейшая боль после акта дефекации, кровотечение в виде 2-3 капель крови после акта дефекации, стул обильный, хронические запоры**
10. Укажите часто встречающуюся клинко-анатомическую форму парапроктита:
- 1) подкожный парапроктит**
 - 2) подслизистый парапроктит
 - 3) седалищно-прямокишечный парапроктит
 - 4) тазово-прямокишечный парапроктит
 - 5) межмышечный парапроктит

1.4. Острая и хроническая патология периферических сосудов верхних и нижних конечностей, оказание помощи в амбулаторных условиях

Контрольные вопросы:

1. Анатомия сосудов верхних и нижних конечностей.
2. Тромбофлебит поверхностных подкожных вен. Понятие, этиология диагностика, лечение.
3. Болезнь Мондора. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
4. Острый тромбофлебит магистральных вен нижних конечностей. Этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение.
5. Эмболии магистральных вен нижних конечностей. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
6. Облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей. Клиника, диагностика, лечение. Врачебно-трудовая экспертиза.
7. Облитерирующий эндартериит сосудов нижних конечностей. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение. Врачебно-трудовая экспертиза.
8. Болезнь Рейно. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение. Врачебно-трудовая экспертиза.
9. Варикозное расширение вен нижних конечностей (понятие первичного и вторичного) Этиология, патогенез, клиника, диагностика. Лечение. Врачебно-трудовая экспертиза.
10. Посттромбофлебитический синдром и хроническая венозная недостаточность. Клиника, диагностика, лечение. Врачебно-трудовая экспертиза.
11. Методы лечения трофических язв голени.
12. Слоновость нижних конечностей, этиология, клиника, диагностика, лечение. Врачебно-трудовая экспертиза.
13. Врожденные артериовенозные свищи конечностей. Этиология, диагностика, лечение.

Тестовый контроль

I. Какой процент населения в среднем страдает варикозной болезнью?

- 1). 5 – 7 %.
- 2). 10 – 15 %.
- 3). 20 – 25 %.**
- 4). 30 – 45 %.
- 5). 50 – 60 %.

2. Какая теория в обосновании патогенеза варикозной болезни получила наибольшее признание?

- 1). Механическая.
- 2). Гормональная.
- 3). Ангиодисплазий.
- 4). Наследственная.**
- 5). Коллагенозов.

3. Основной теорией патогенеза варикозной болезни является:

- 1). Механическая.
- 2). Клапанная недостаточность.**
- 3). Эндокринная.
- 4). Наследственная.
- 5). Артериальных шунтов.

4. Проба Троянова-Тренделенбурга служит для определения:

- 1). Проходимости коммуникантных вен.
- 2). Состоятельности остоального клапана большой подкожной вены.**
- 3). Проходимости глубоких вен.
- 4). Локализации несостоятельных перфорантных вен.
- 5). Проходимости поверхностных вен.

5. Малая подкожная (скрытая) вена обычно располагается:

- 1). В подкожной клетчатке на всем протяжении задней поверхности голени.
- 2). В подкожно-жировой клетчатке в нижней половине голени и между листками глубокой фасции в верхней.**
- 3). Между листками глубокой фасции на всем протяжении.
- 4). Субфасциально.
- 5). Между листками глубокой фасции в нижней половине и субфасциально в верхней.

6. Наиболее эффективным средством профилактики прогрессирования варикозной болезни является:

- 1). Эластическая компрессия конечности.**
- 2). Соблюдение рационального режима труда и отдыха.
- 3). Ограничение тяжелой физической нагрузки.
- 4). Комплексная терапия вазопротекторами.
- 5). Курсы комплексного физиотерапевтического лечения.

7. К осложнениям варикозной болезни не относят:

- 1). Пигментацию кожи.
- 2). Индурацию подкожной клетчатки.
- 3). Трофические язвы.
- 4). Тромбофлебит.

5). Слоновость.

8. Что не показано при первичном варикозном расширении вен нижних конечностей?

- 1). Эластичное бинтование.
- 2) Хирургическое лечение.
- 3). Лечебная физкультура.

4). Массаж.

9. Для варикозной болезни нижних конечностей не характерны следующие клинические признаки:

- 1). Постоянный отек всей конечности.**
- 2). Трофические расстройства кожи у медиальной лодыжки.
- 3) Отек стопы и тупые боли в ноге, появляющиеся к концу рабочего дня.
- 4). Судороги икроножных мышц голени в покое.

10. После флебэктомии рекомендуется:

- 1). Раннее вставание
- 2). Эластичное бинтование конечности
- 3). Физиотерапевтическое лечение
- 4). Лечебная гимнастика

5). Все перечисленное

1.5. Трофические язвы нижних конечностей, оказание помощи в амбулаторных условиях

Контрольные вопросы:

1. Анатомия сосудов верхних и нижних конечностей.
2. Патофизиология течения раневого процесса
3. Классификация, причины трофических язв нижних конечностей.
4. Дифференциальная диагностика трофических язв
5. Методы обследования больных с трофическими язвами
6. Медикаментозная терапия лечения трофических язв
7. Местные методы воздействия на трофическую язву
8. Хирургические методы лечения трофических язв
9. Флебосклерозирующая терапия
10. Физиотерапевтические методы лечения
11. Методы профилактики и социальной реабилитации больных с трофическими язвами нижних конечностей

Тестовый контроль

1. Укажите наиболее опасное осложнение тромбоза глубоких вен нижних конечностей:

- 1). Трофическая язва голени.
- 2). Эмболия легочных артерий.**
- 3). Флебит варикозных узлов.
- 4). Облитерация глубоких вен.
- 5). Слоновость.

2. К основным симптомам подключично-подмышечного венозного тромбоза относят:

1. Усталость в руке при работе.
2. Отек руки.
3. Цианоз кожных покровов предплечья и плеча.

4. Распирающие боли в конечности.

Выберите правильную комбинацию ответов:

А) 1,2.

Б) 1,2,3.

В) 1,4.

Г) 2,3,4.

Д) Все верно.

3. Целью бинтования нижних конечностей эластическими бинтами в послеоперационном периоде является:

1. Необходимость профилактики лимфостаза.

2. Профилактика тромбоэмболии легочных артерий.

3. Ускорение кровотока по глубоким венам.

4. Профилактика трофических расстройств.

5. Необходимость воздействия на артериальный кровоток.

Выберите правильную комбинацию ответов:

А) 1,2.

Б) 3,4.

В) 4,5.

Г) 2,3.

Д) Все верно.

4. Назовите симптомы острого тромбоза подвздошно-бедренного венозного сегмента:

1. Гиперемия кожи бедра в области прохождения вен.

2. Цианоз конечности.

3. Распирающие боли в бедре.

4. Увеличение объема бедра и голени.

5. Бледность кожных покровов бедра.

Выберите правильную комбинацию ответов:

А) 1,2.

Б) 2.

В) 2,3,4.

Г) 3,4.

Д) 3,4,5.

5. Факторы, способствующие улучшению венозного кровотока в нижних конечностях в послеоперационном периоде все, кроме:

1). Раннего вставания.

2). Бинтования голеней эластичными бинтами.

3). Возвышенного положения конечностей.

4). Длительного и строгого постельного режима.

5). Сокращения икроножных мышц.

6. Назовите, чем опасны флеботромбозы нижних конечностей:

1. Инфарктом почки.

2. Инфарктной пневмонией.

3. Тромбоэмболией брыжеечных сосудов.

4. Пилефлебитом.

5. Тромбоэмболией легочных артерий.

Выберите правильную комбинацию ответов:

А) 1,3, 5.

Б) 2,5.

- В) 1,2,4,5.
Г) 3,4,5.
Д) Все верно.

7. Возникновению подвздошно-бедренного флеботромбоза способствует:

1. Повышение адгезии тромбоцитов.
2. Снижение скорости кровотока.
3. Гиперкоагуляционное состояние крови.
4. Повреждение эндотелия сосудов.
5. Повышение способности эритроцитов к агрегации.

Выберите правильную комбинацию ответов:

А) 2,3.

Б) 2,4,5.

В) 1,3,4.

Г) 2,3,5.

Д) Все верно.

8. Выберите симптомы, характерные для острого тромбоза глубоких вен голени:

1. Отек всей нижней конечности.
2. Умеренные боли в икроножных мышцах.
3. Небольшой отек стопы и нижней трети голени.
4. Положительный симптом Хоманса.
5. Положительный симптом “перемежающейся хромоты”.

Выберите правильную комбинацию ответов:

А) 1,2,3.

Б) 2,3,4.

В) 2,4,5.

Г) 2,5.

Д) 3,5.

9. Назовите современный метод, используемый для топической диагностики тромбоза нижней поллой вены:

1). Радиоиндикация с меченым фибриногеном

- 2). Ретроградная илиокавография.
- 3). Дистальная восходящая функциональная флебография.
- 4). Сфигмография.
- 5). Ретроградная бедренная флебография.

10. Выберите наиболее точные методы диагностики тромбоэмболии легочных артерий:

1. Обзорная рентгенография грудной клетки.
2. Электрокардиография.
3. Радиокордиография.
4. Ангиопульмонография.
5. Перфузионное сканирование легких.

Выберите правильную комбинацию ответов:

А) 1,2,4.

Б) 1,5.

В) 2,3,4.

Г) 4,5.

Д) Все верно.

1.6. Опухоли и опухолевидные образования кожи, подкожной клетчатки и костей диагностика и оказание помощи в амбулаторных условиях

Контрольные вопросы:

1. Пиогенная гранулема, этиология, клиническая картина, диагностика и лечение.
2. Эпителиальные кисты, этиология, диагностика, лечение.
3. Дермоидные кисты - диагностика, лечение.
4. Кожный рог - понятие, лечение.
5. Атеромы – этиология, клиническая картина, диагностика, лечение.
6. Липома – этиология, диагностика, лечение.
7. Ганглий – этиология, диагностика, лечение.
8. Гигантома - этиология, диагностика, лечение.
9. Гломангиома (опухоль Барре-Массона). Диагностика, лечение.
10. Фиброма, фиброматоз, клиническая картина, лечение.
11. Папиллома - клиническая картина, лечение.
12. Опухоли костей. Классификация.
13. Остеома, диагностика, лечение.
14. Остеоидная остеома – диагностика, лечение.
15. Остеогенная саркома - диагностика, лечение.
16. Параостальная саркома – диагностика, лечение.
17. Опухоль Юинга – диагностика, лечение.
18. «Адамантиома» длинных костей – диагностика, лечение.
19. Фибросаркома - диагностика, лечение.
20. Хордома – диагностика, лечение.
21. Ангиосаркома - диагностика, лечение.
22. Хондросаркома - диагностика, лечение.

Тестовый контроль

1. У больного рак желудка. Метастазы в какие органы не характерны для 4 стадии рака желудка?
 - 1) яичник
 - 2) в пупок
 - 3) в подмышечную область**
 - 4) в дугласово пространство.
2. Какой метод исследования у больного с подозрением на рак желудка в условиях поликлиники можно считать наиболее достоверным:
 - 1) рентгенография желудка
 - 2) гастроскопия
 - 3) гастроскопия с полифокусной биопсией**
 - 4) цитология промывных вод желудка.
3. Какие осложнения рака желудка 4 стадии могут явиться показанием к оперативному лечению:
 - 1) резкое похудание
 - 2) анемия
 - 3) нарушение проходимости пищи**
 - 4) боли за грудиной.
4. Что является показанием к повторному оперативному вмешательству у пациента перенесшего паллиативную операцию по поводу рака желудка:

- 1) анемия
- 2) резкое похудание
- 3) периодическое кровохарканье
- 4) **спаечная непроходимость**

5. Какие сопутствующие заболевания не являются факторами риска развития рака пищевода:

- 1) **ожирение**
- 2) курение
- 3) алкоголизм
- 4) потребление горячей пищи.

6. Какой из симптомов нельзя считать ранним признаком рака пищевода:

- 1) локальное утолщение стенки пищевода
- 2) ригидность стенки пищевода
- 3) сглаженность складок
- 4) **синдром верхней полой вены**

7. Что относится к атипичной форме рака легкого:

- 1) медиастинальная форма
- 2) милиарный канцероматоз
- 3) пневмониеподобный рак
- 4) **рак Савицкого.**

8. С каким заболеванием хирургу поликлиники не следует дифференцировать периферический рак легкого:

- 1) **киста легких**
- 2) метастатический рак
- 3) межреберная невралгия
- 4) ИБС.

9. Для какой локализации рака желудка характерны явления дисфагии:

- 1) пилорический
- 2) **кардиальный**
- 3) тело желудка
- 4) дна желудка.

10. Для какой стадии рака желудка характерно формирование метастаза Вирхова:

- 1) первая
- 2) вторая
- 3) третья
- 4) **четвертая**

**1.7. История амбулаторной хирургии, её роль в хирургической службе.
Хирургическое отделение поликлиники: устройство, оснащение, организация
работы, документация. Диспансеризация хирургических больных**

Контрольные вопросы:

1. История развития амбулаторной хирургии
2. Правовая основа деятельности амбулаторной хирургической службы
3. Структура амбулаторной хирургической службы в России

4. Предпосылки внедрения стационарозамещающих технологий хирургической помощи
5. Организационная структура центров амбулаторной хирургии
6. Отбор больных для амбулаторной хирургии
7. Приказы минздрава по амбулаторной хирургии
8. Какие хирургические операции можно выполнять в поликлинике
7. Хирургическое отделение поликлиники, хирургический кабинет амбулатории, скорая и неотложная помощь
8. Особенности наблюдения за больным после амбулаторной операции

Тестовый контроль

1. По определению Всемирной организации здравоохранения здоровье — это
 - 1) отсутствие болезней
 - 2) нормальное функционирование систем организма
 - 3) состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или физических дефектов**
 - 4) состояние организма человека, когда функции его органов и систем уравновешены с внешней средой и отсутствуют какие-либо болезненные изменения
2. Ведущий критерий общественного здоровья для практического здравоохранения:
 - 1) демографические показатели
 - 2) заболеваемость населения**
 - 3) физическое развитие
 - 4) инвалидность
3. Ведущие факторы, формирующие здоровье населения:
 - 1) биологические
 - 2) природные
 - 3) социально-экономические**
 - 4) организация медицинской помощи
4. Наибольшее влияние на формирование здоровья населения оказывает:
 - 1) генетический риск
 - 2) окружающая среда
 - 3) образ жизни населения**
 - 4) уровень и качество медицинской помощи
5. Универсальным интегрированным показателем здоровья населения является:
 - 1) средняя продолжительность предстоящей жизни**
 - 2) рождаемость
 - 3) смертность
 - 4) естественный прирост (убыль)
6. Профилактические медицинские осмотры способствуют выявлению заболеваний:
 - 1) острых
 - 2) хронических
 - 3) на ранних стадиях**
 - 4) инфекционных
7. Источником изучения заболеваемости по обращаемости является:
 - 1) контрольная карта диспансерного наблюдения
 - 2) медицинская карта стационарного больного
 - 3) статистический талон уточненных диагнозов**

4) листок нетрудоспособности

8. Основным учетным документом при изучении заболеваемости с временной утратой трудоспособности является:

1) листок нетрудоспособности

2) акт освидетельствования в медико-социальной экспертной комиссии

3) контрольная карта диспансерного наблюдения

4) медицинская карта амбулаторного больного

9. Группа инвалидности устанавливается:

1) заместителем главного врача по экспертизе трудоспособности

2) клинико-экспертной комиссией

3) медико-социальной экспертной комиссией

4) заведующим отделением

10. В настоящее время в Российской Федерации принята модель здравоохранения:

1) государственная

2) бюджетно-страховая

3) частная

4) смешанная

1.8. Раны, первичная хирургическая обработка

Контрольные вопросы:

1. Определение вида раны в зависимости от раневого предмета.
2. Фазы течения раневого процесса.
3. Заживление раны в зависимости от его вида, от степени ее инфицированности.
4. Технические особенности ПХО раны в зависимости от вида раны и сроков ее выполнения.
5. Условия и техники проведения экстренной профилактики столбняка при свежих ранах.
6. Основные принципы лечения гнойных ран.
7. Действие протеолитических ферментов в лечение гнойных ран.
8. Технические особенности ВХО раны в лечении гнойных ран.
9. Методы дренирования гнойной раны.
10. Как определить вид раны в зависимости от раневого предмета.
11. Фазы течения раневого процесса.
12. Заживление раны в зависимости от его вида, от степени ее инфицированности.
13. Технические особенности ПХО раны в зависимости от вида раны и сроков.
14. Условия и техники проведения экстренной профилактики столбняка при свежих ранах.
15. Основные принципы лечения гнойных ран.
16. Действие протеолитических ферментов в лечение гнойных ран.
17. Технические особенности ВХО раны в лечении гнойных ран.
18. Методы дренирования гнойной раны.

Тестовый контроль

1. Укажите, чем определяется степень зияния раны

1. глубиной раны.

2. интенсивностью кровотечения.

3. направлением эластических волокон кожи.

4. повреждением фасций.

5. повреждением мышц.

2. Укажите, что не является ранним осложнением ран:

1. шок.

2. **нагноение ран.**

3. кровотечение.

4. острая кровопотеря.

5. анемия.

3. Укажите, повреждение, какого анатомического слоя передней брюшной стенки служит критерием проникающего характера ранения:

1. кожа.

2. подкожная клетчатка.

3. мышцы.

4. **париетальная брюшина.**

5. висцеральная брюшина.

4. При ранах обязательно повреждение

1. внутренних органов.

2. **кожных покровов и слизистых оболочек.**

3. подкожной клетчатки.

4. сосудисто-нервного пучка.

5. Укажите, что не является способом профилактики нагноения случайных ран:

1. Первичная хирургическая обработка.

2. Обкалывание раны антибиотиками.

3. Использование химических антисептиков во время обработки.

4. Адекватное дренирование.

5. **Наложение первично-отсроченного шва.**

6. Укажите, что является основой профилактики вторичного инфицирования ран

1. **соблюдение основного закона асептики при оказании помощи и лечении.**

2. наличие антибиотиков широкого спектра действия.

3. знание методов стерилизации.

4. знание путей попадания инфекции в рану.

5. костных структур.

7. Первая фаза раневого процесса – это

1. эпителизация

2. **гидратация.**

3. грануляция

4. дегидратация

5. ангиоспазм.

8. Для фазы гидратации характерно

1. образование грануляций.

2. **экссудация.**

3. образование коллагена.

4. метаплазия эпителия.

5. образование рубца.

9. В какой зоне огнестрельной раны возникает вторичный некроз

1. в зоне раневого канала.
2. в зоне ушиба.
- 3. в зоне молекулярного сотрясения.**
4. в зоне входного отверстия.
5. в зоне выходного отверстия

10. Нагноение раны возникает наиболее часто в первые:

1. 6 часов.
2. 12 часов.
3. месяц.
4. две недели.
- 5. 3-5 суток.**

1.9. Влияние низких и высоких температур на организм человека, лечение в условиях поликлиники

Контрольные вопросы:

1. Дать определение понятий «ожог» и «ожоговая болезнь».
2. Расскажите о классификации ожогов и перечислите периоды ожоговой болезни.
3. Какие предрасполагающие факторы способствуют возникновению отморожений?
4. Дайте характеристику четырех степеней отморожения и методов их лечения.
5. От чего зависит тяжесть ожога?
6. Как различают ожоги по степени тяжести?
7. Как определить размер ожоговой поверхности?
8. В чем заключается первая медицинская помощь при ожогах?
5. Что такое ожоговая болезнь?
6. Какова первая помощь при ожоговом шоке?
7. Почему возникают и чем характеризуются отморожения?
8. В чем заключается первая медицинская помощь при отморожении и общее лечение

Тестовый контроль

1. По глубине поражения тканей ожоги делятся на:
 - 1) на 2 степени
 - 2) на 3 степени
 - 3) на 4 степени**
2. Какие существуют виды ожогов?
 - 1) химические и термические ожоги
 - 2) термические и солнечные ожоги
 - 3) химические, термические, электрические и лучевые ожоги**
3. Резкая краснота, боли, отёк и пузыри беспокоят пострадавшего 3- 5 дней. Признаки ожога кожи иногда дополняются признаками общего перегревания тела. К какому виду ожогов относится данный признак?
 - 1) солнечный ожог (лучевой)**
 - 2) химический ожог
 - 3) термический ожог
5. К особым формам ожога относят:
 - 1) химические ожоги

- 2) **лучевые ожоги (солнечные, рентгеновские и др.) и поражение электричеством**
3) термические ожоги
6. Какие факторы поражения при термических ожогах?
1) кислоты, щёлочи, соли тяжёлых металлов
2) **пламя, жидкость, пар**
3) световое и ионизирующее излучение
7. Какие факторы поражения при химических ожогах?
1) **кислоты, щёлочи, соли тяжёлых металлов**
2) пламя, жидкость, пар
3) световое и ионизирующее излучение
8. Первая медицинская помощь?
1) разрезать и снять одежду
2) **устранить источник**
3) обезболить
9. Чаще всего отморожения возникают
1) **в холодное зимнее время при температуре окружающей среды ниже -10... -20 °C**
2) осенью при температуре 0 ... -4 °C
3) весной при температуре +5 ... +10 °C
10. Какие различают степени обморожения
1) лёгкую и тяжёлую
2) **лёгкую, среднюю и тяжёлую**
3) простую и сложную
- 1.10. Тактика хирурга при ортопедических заболеваниях стопы в условиях поликлиники**
- Контрольные вопросы:***
- Что такое:
1. Метатарзалгия
 2. Подошвенный фасцит
 3. hallux rigidus или тугоподвижный большой палец
 4. Плоскостопие
 5. болезнь Севера
 6. Полая стопа
 7. Приведенная стопа
 8. Расходящиеся стопы
 9. Сесамоидит
 10. Стопа Шарко
 11. Hallus valgus
 12. Палец Мортана
 13. Тендинит Ахилова сухожилия
 14. Невринома Мортана

Тестовый контроль

1. У больных при деформации стопы показано лечение аппаратом Илизарова в возрасте:

- 1) 0,5 года
- 2) 1 года
- 3) 1,5 лет
- 4) 2 лет
- 5) 4 лет.**

2. При врождённой косолапости не бывает компонента деформации:

- 1) эквинус**
- 2) приведение
- 3) плоскостопие
- 4) супинация

3. При болезни Шарко-Мари не бывает компонента деформации стопы:

- 1) эквинуса
- 2) плоскостопие**
- 3) полая стопа
- 4) супинация.

4. При коррекции деформации пятки у больных с врождённой косолапостью проводятся спицы с упорной площадкой:

- 1) изнутри
- 2) снаружи**
- 3) с двух сторон.

5. У пациентов с врождённой косолапостью со стороны костей отмечается:

- 1) остеопороз I и V плюсневых костей
- 2) остеопороз пяточной кости
- 3) остеосклероз пяточной кости
- 4) остеосклероз I и V плюсневых костей
- 5) верно 1,2**
- 6) верно 3,4

6. Какая деформация при врожденной косолапости чаще всего подвержена рецидиву:

- 1) эквинус
- 2) супинация**
- 3) свод стопы (инфлексия)
- 4) приведение переднего отдела стопы.

7. Врождённая аномалия развития голени с отсутствием малоберцовой кости сопровождается деформацией стопы:

- 1) эквино-варусной
- 2) эквино-вальгусной
- 3) плоско-вальгусной
- 4) пяточно-варусной
- 5) пяточно-плоско-варусной
- 6) правильно 1) 4)
- 7) правильно 2) 3).**

8. Вальгусная деформация I пальца стопы возникает чаще:

- 1) у женщин**
- 2) у мужчин
- 3) одинаково у мужчин и женщин.

9. Эквино-плоско-вальгусная деформация стопы присутствует при:

- 1) врожденной косолапости
- 2) болезни Фридрейха
- 3) аномалии развития голени**
- 4) болезнь Шарко-Мари.

10. Биомеханическая ось голеностопного сустава проходит через:

- а) верхний отдел таранной кости
- б) голеностопный сустав
- в) центр таранной кости**
- г) таранно-пяточный сустав.

1.11. Дигормональные заболевания молочной железы в условиях поликлиники

Контрольные вопросы:

- 1. Анатомо-физиологические сведения о молочной железе.
- 2. Классификация заболеваний.
- 3. Методы исследования больных с заболеваниями молочной железы.
- 4. Острый гнойный мастит. Клиническая картина, диагностика, лечение.
- 5. Дигормональные заболевания – мастопатия. Причины мастопатии. Классификация, клиническая картина, диагностика, дифференциальный диагноз. Консервативное лечение. Хирургическое лечение. Профилактика.
- 6. Доброкачественные опухоли (фиброаденома, липома). клиническая картина, диагностика, дифференциальный диагноз. Лечение.
- 7. Рак молочной железы. Заболеваемость. Факторы способствующие развитию заболевания. Патологическая анатомия. Пути метастазирования рака. Клинические формы: узловые, диффузные, инфильтрирующие, рак Педжета, маститоподобный и рожеподобный рак. Международная классификация рака молочной железы и классификация по стадиям.
- 8. Непальпируемые опухоли. Методы ранней диагностики заболевания, принципы оперативного лечения. Показания к пред- и послеоперационной лучевой терапии, овариоэктомии, гормональной терапии, химиотерапии. Результаты лечения; профилактика рака молочной железы.

Тестовый контроль

- 1. Назовите самую частую врожденную аномалию молочной железы:
 - 1) инверсия соска;
 - 2) ателия;
 - 3) амастия;
 - 4) полителия и полимастия;**
 - 5) дистопия млечных ходов.
- 2. Для какого доброкачественного заболевания является характерным выделение крови из соска?
 - 1) внутрипротоковая папиллома;**
 - 2) болезнь Педжета;
 - 3) узловая мастопатия;
 - 4) киста;
 - 5) фиброаденома.

3. Какой из перечисленных симптомов не является характерным для рака молочной железы?
- 1) умбиликация;
 - 2) лимонная корка;
 - 3) втяжение соска;
 - 4) гиперпигментация соска и ареолы;**
 - 5) изъязвление.
4. Какой из дополнительных способов лечения рака молочной железы применяется чаще всего?
- 1) овариэктомия;
 - 2) химиотерапия;
 - 3) гормонотерапия;
 - 4) лучевая терапия;**
 - 5) пангистрэктомия.
5. При пальпации в верхне-наружном квадранте правой молочной железы обнаружена болезненная опухоль до 3 см в диаметре, кожа над ней не изменена. Из соска – выделения желтоватого цвета. Подмышечные лимфоузлы слегка увеличены, болезненные. Болезненность и размер опухоли, а также выделения из соска изменяются циклично в течение месяца. Какой предположительный диагноз можно поставить?
- 1) внутрипротоковая папиллома;
 - 2) узловая форма фиброзно-кистозной мастопатии;**
 - 3) фиброаденома;
 - 4) диффузный рак;
 - 5) узловой рак.
6. При осмотре больной 50 лет в области соска правой молочной железы видна язва, покрытая вялыми грануляциями. Язва имеет подрытые края, серовато-гнойное не свертывающееся в корки отделяемое. Вокруг язвы выражен пояс венозной гиперемии кожи. Диагноз?
- 1) экзема соска;
 - 2) первичный шанкр;
 - 3) аденома соска;
 - 4) туберкулез молочной железы в стадии язвы;**
 - 5) рак Педжета.
7. Больная 60 лет жалуется на кровянистые выделения из соска, незначительную болезненность в период, когда выделений нет. Внешне железа не изменена, при пальпации выявить что-либо не удалось, лимфоузлы не пальпируются. Диагноз?
- 1) рак;
 - 2) саркома;
 - 3) внутрипротоковая аденома;**
 - 4) туберкулез;
 - 5) мастопатия.
8. Больная 35 лет жалуется на покраснение соска и его утолщение. При осмотре сосок и часть ареолы покрыты корочкой и струпом, имеется мокнутие в области соска. При сдирании корочки обнаруживается влажная, зернистая поверхность. Сосок утолщен, плотный на ощупь. Диагноз?
- 1) актиномикоз молочной железы;
 - 2) болезнь Педжета;**
 - 3) экзема соска;
 - 4) скирр молочной железы;

5) маститоподобный рак.

9. У больной в верхне-наружном квадранте молочной железы определяется одиночный безболезненный узел диаметром 5 см плотной консистенции, хорошо отграниченный от окружающих тканей. Сосок не изменен, выделений нет. Регионарные лимфоузлы не увеличены. Ваш предварительный диагноз?

- 1) **фиброаденома молочной железы;**
- 2) рак молочной железы;
- 3) мастит;
- 4) узловатая форма мастопатии;
- 5) фиброзно-кистозная форма мастопатии.

10. У больной 28 лет в обеих молочных железах диффузно, нечетко пальпируются мелкие очаги уплотнения, которые в предменструальный период становятся болезненными и более плотными. Кожа молочной железы не изменена. Соски правильной формы, выделений нет. Лимфатические узлы не увеличены. Диагноз?

- 1) **диффузная двусторонняя фибрознокистозная мастопатия;**
- 2) фиброаденома молочной железы;
- 3) инфильтративно-отечная форма рака;
- 4) диффузный двусторонний мастит;
- 5) маститоподобный рак молочной железы.

2.1. Наружные кишечные свищи

Контрольные вопросы:

- 1) Причины образования наружных кишечных свищей и их профилактика.
- 2) Классификация наружных кишечных свищей.
- 3) Значение морфологии наружного кишечного свища в прогнозе течения заболевания.
- 4) Значение уровня кишечного свища и количества кишечных потерь в прогнозе течения заболевания.
- 5) Важнейшие лечебные и диагностические мероприятия при возникновении кишечного свища.
- 6) Обтураторы и их значение в лечении больных с наружными кишечными свищами.
- 7) Методы оперативного лечения.
- 8) Предоперационная подготовка и послеоперационное ведение больных с кишечными свищами.
- 9) Трудоспособность в послеоперационном периоде.

Тестовый контроль

1. К послеоперационным перитонитам относят все, кроме:
 - 1 – развившихся вследствие несостоятельности швов
 - 2 – послеоперационного гемоперитонита
 - 3 – инфицирования брюшной полости во время операции
 - 4 – распада опухоли кишки, не удаленной во время операции
 - 5 – повреждение брюшины во время операции**6 – правильно 4,5**
7 – правильно 2,3
2. Кишечный свищ может образоваться после:
 - 1 – резекции желудка по поводу желудочного кровотечения
 - 2 – резекции кишки по поводу инвагинации кишечной петли
 - 3 – иссечения дивертикула тонкой кишки

- 4 – аппендэктомии
- 5 – овариэктомии
- 6 – правильно 1,2,3,4**
- 7 – правильно 1,3,5

3. По морфологическому признаку и классификации свищи бывают:

- 1 – трубчатыми
- 2 – губовидными
- 3 – мешотчатыми
- 4 – решётчатыми
- 5- несформированными
- 6 – правильно 1,2,4,5**
- 7 – правильно 1,2,5

4. Кишечный свищ может образоваться после операции:

- 1 – до 10 дней
- 2 – до 20 дней
- 3 – до 1 месяца
- 4 – до 2 месяцев
- 5 – позже 2 месяцев
- 6 – правильно 1,2,3**
- 7 – правильно 4,5

5. Основными причинами образования свищей бывают:

- 1 – запущенность заболевания
- 2 – несостоятельность швов анастомоза
- 3 – десерозация кишечной петли во время операции
- 4 – шов, наложенный близко к краям кишки
- 5 – всё правильно**

6. По какому характеру отделяемого по дренажной трубке и вокруг неё можно предположить образование свища:

- 1 – серозное
- 2 – гнойное
- 3 – серозно-гнойное
- 4 – фибринозное
- 5 – гнилостное
- 6 – правильно 4,5**
- 7 – правильно 1,2,3

7. После резекции желудка по Гофмейстеру-Финстереру по поводу язвенной болезни желудка, осложнённое стенозом с третьих суток повысилась температура тела, появились боли в эпигастральной области. При ревизии послеоперационной раны на её дне лежит две кишечные петли, покрытые серовато-грязным содержимым. Что можно заподозрить в этой ситуации:

- 1 – ограниченный перитонит
- 2 – поддиафрагмальный абсцесс
- 3 – несостоятельность швов гастроэнтероанастомоза
- 4 – несостоятельность культи двенадцатиперстной кишки
- 5 – нагноение послеоперационной раны**

8. После резекции желудка по Гофмейстеру-Финстереру по поводу язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, осложнённой кровотечением на 5 сутки повысилась температура тела до 38°C, появились боли в правом подреберье. По дренажной трубке из подпечёчного пространства стала выделяться жидкость желтовато-серого цвета. Каким образом установить вид осложнения?

- 1 – рентгеноскопия желудка
- 2 – фистулография
- 3 – приём окрашенной жидкости
- 4 – УЗИ
- 5 – всё правильно
- 6 – правильно 3,4**

9. При несформированном свище тощей кишки, после иссечения дивертикула, потеря кишечного содержимого в сутки до 2 литров. Каким образом устранить потери через свищ и добиться положительного азотистого баланса?

- 1 – парентеральное питание
- 2 – назоинтестинальное питание
- 3 – наложение еюностомы
- 4 – обтурация кишечного свища
- 5 – ушивание свищевого отверстия
- 6 – правильно 1,2,4**
- 7 – правильно 3,5

10. При несформированном свище гастроеюноанастомоза показано:

- 1 – бесшлаковая диета
- 2 – парентеральное питание
- 3 – приём пищи через рот
- 4 – зондовое питание
- 5 – всё правильно
- 6 – правильно 2,3**

2.2. Заболевания пищевода, кардии и диафрагмы

Контрольные вопросы:

- 1. Охарактеризовать основные симптомы заболеваний пищевода и кардии.
- 2. Дать определение ахалазии (кардиоспазма) и указать патогенез этого заболевания.
- 3. Клинические и рентгенологические проявления кардиоспазма в связи со стадией заболевания.
- 4. Консервативное и оперативное лечение при кардиоспазме.
- 5. Механизм образования дивертикула пищевода. Клинические проявления, диагностика, показания для оперативного лечения.
- 6. Причины и механизм возникновения грыжи пищеводного отверстия диафрагмы.
- 7. Клинические, рентгенологические и эндоскопические проявления грыжи пищеводного отдела диафрагмы, развитие осложнений в зависимости от стадии заболевания.
- 8. Основные клинические признаки при доброкачественных заболеваниях пищевода.
- 9. Виды эзофагопластики.
- 10. Анатомия и функция диафрагмы.
- 11. Чем отличается врождённая грыжа диафрагмы от приобретённой.
- 12. Диагностика диафрагмальных грыж.
- 13. Клиническая картина ущемлённой диафрагмальной грыжи.
- 14. В чём отличие скользящей грыжи пищеводного отверстия диафрагмы от параэзофагеальной?

15. Какие грыжи пищеводного отверстия диафрагмы ущемляются?
16. Объём операции при скользящей грыже пищеводного отверстия диафрагмы.
17. В чём отличие операции при параэзофагеальной грыже от скользящей?
18. Объём оперативного вмешательства при ущемлённой диафрагмальной грыже.

Тестовый контроль

1. Для исследования пищевода не используют:
1 – компьютерную томографию;
2 – рентгеноскопию;
3 – ангиографию;
4 – эзофагоскопию;
5 – рентгенографию.
2. Рубцовые стриктуры пищевода не возникают:
1 – при дивертикулах;
2 – при актиномикозе;
3 – при ожогах;
4 – при туберкулёзе;
5 – при пептической язве.
3. Наиболее эффективным методом лечения при стриктурах пищевода является:
1 – кардиодилатация;
2 – применение гормонов;
3 – приём спазмолитиков;
4 – бужирование;
5 – противовоспалительная терапия.
4. При оперативном лечении по поводу стриктур пищевода не используют:
1 – экстирпацию пищевода;
2 – пластику желудком;
3 – пластику толстой кишкой;
4 – пластику тонкой кишкой;
5 – гастростомию.
5. При кардиоспазме:
1 – нарушается тонус блуждающих нервов;
2 – отсутствует рефлекс расслабления нижнего пищеводного сфинктера;
3 – возникает рефлюкс-эзофагит;
4 – повышается давление в двенадцатиперстной кишке;
5 – происходит демпинг-синдром.
6. При кардиоспазме не наблюдается:
1 – болей после еды;
2 – срыгивания;
3 – рвоты после еды;
4 – сердцебиений;
5 – дисфагии.
7. Для лечения кардиоспазма используют:
1 – бужирование;
2 – кардиодилатацию;
3 – резекцию пищевода;

- 4 – ваготомию;
- 5 – пилоропластику по Финнею.

8. Ценкеровский дивертикул – это дивертикул:

- 1 – эпифренальный;
- 2 – бифуркационный;
- 3 – фарингоэзофагеальный;**
- 4 – пульсионный;
- 5 – тракционный.

9. По механизму образования дивертикулы пищевода подразделяются:

- 1 – на бифуркационные;
- 2 – на тракционные;**
- 3 – на ценкеровские;
- 4 – на эпифренальные;
- 5 – на фарингоэзофагеальные.

10. Дивертикулы пищевода не осложняются:

- 1 – раком;
- 2 – дивертикулитом;
- 3 – перфорацией;
- 4 – кровотечением;
- 5 – ущемлением.**

11. При дивертикулите пищевода не отмечается:

- 1 – аспирационной пневмонии;
- 2 – горечи во рту;**
- 3 – боли за грудиной;
- 4 – дисфагии;
- 5 – гипертермии.

12. Дисфагия не характерна:

- 1 – при ахалазии;
- 2 – при рубцовых стриктурах;
- 3 – при дивертикулах;
- 4 – при опухоли в средостении, спаянной с пищеводом;
- 5 – при варикозном расширении вен пищевода.**

13. Боль за грудиной не наблюдается:

- 1 – при рефлюкс-эзофагите;
- 2 – при недостаточности кардии;**
- 3 – при раке пищевода;
- 4 – при кардиоспазме;
- 5 – при перфорации пищевода.

14. Гиперсаливация наиболее характерна:

- 1 – для рака пищевода;**
- 2 – для дивертикулов;
- 3 – для кардиоспазма;
- 4 – для рефлюкс-эзофагита;
- 5 – для лейомиомы пищевода.

15. При хирургическом лечении больных с дивертикулом пищевода не применяют:

- 1 – дивертикулэктомию;
- 2 – удаление дивертикула с пластикой пищевода диафрагмальным лоскутом;
- 3 – инвагинацию дивертикула;
- 4 – резекцию сегмента пищевода с дивертикулом;**
- 5 – ни один из перечисленных методов.

16. Развитие рефлюкс-эзофагита не связывают с:

- 1 – наличием грыжи пищеводного отверстия диафрагмы;
- 2 – воздействием на пищевод гнойной мокроты при хроническом абсцессе лёгкого;**
- 3 – забросом в пищевод желудочного сока;
- 4 – забросом в пищевод желчи;
- 5 – забросом в пищевод панкреатического сока

17. Развитию рефлюкс-эзофагита не благоприятствуют:

- 1 – нарушение замыкательной функции кардии;
- 2 – хирургические вмешательства в зоне пищеводно-желудочного перехода;
- 3 – кардиоспазм;**
- 4 – грыжи пищеводного отверстия диафрагмы;
- 5 – пилоро-дуоденальный стеноз.

18. По механизму развития различают дивертикулы пищевода:

- 1 – пульсионные;**
- 2 – фарингоэзофагеальные;
- 3 – эпибронхиальные;
- 4 – эпигастральные;
- 5 – бифуркационные.

19. В классификацию дивертикулов по механизму развития не входят:

- 1 – тракционные;
- 2 – ложные;**
- 3 – пульсионные;
- 4 – пульсионно-тракционные;
- 5 – все перечисленное.

20. Ценкеровский дивертикул пищевода локализуется:

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

21. Основным методом диагностики дивертикула пищевода является:

- 1 – эзофагоскопия;
- 2 – контрастно-рентгенологическое исследование;**
- 3 – ультразвуковое исследование;
- 4 – радионуклидное исследование;
- 5 – компьютерная томография.

22. Клиническая картина дивертикулов пищевода не зависит от:

- 1 – локализации;
- 2 – размеров;

- 3 – строения его стенки;
- 4 – механизма развития;
- 5 – характера осложнений.

23. Выберите синдромы, характерные только для параэзофагеальной грыжи:

- 1 – боль в подложечной области
- 2 – усиление болей при наклонах туловища
- 3 – жжение за грудиной
- 4 – отрыжка кислым
- 5 – сердечные расстройства рефлекторного характера, не поддающиеся действию нитроглицерина
- 6 – ущемление грыжи
- 7 – правильно 5,6**
- 8 – правильно 1,2,3,4

24. Укажите возможные варианты скользящей (аксиальной) грыжи пищеводного отверстия диафрагмы:

- 1 – кардиальная
- 2 – кардиофундальная
- 3 – фундальная
- 4 – антральная
- 5 – кишечная
- 6 – субтотальная
- 7 – правильно 1,2,6**
- 8 – правильно 3,4,5

25. У больной 50 лет во время диспансеризации, рентгенолог обнаружил при рентгеноскопии желудка округлое просветление с уровнем жидкости в заднем средостении. После приёма водной взвеси сульфата бария отмечен уровень кардии выше диафрагмы. Какое заболевание можно заподозрить у больной?

- 1 – релаксация диафрагмы;
- 2 – рак кардиального отдела желудка;
- 3 – ретростеральная грыжа Ларрея;
- 4 – фиксированная параэзофагеальная грыжа;
- 5 – скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы.**

26. Скорой помощью доставлен больной С., 23 лет, с жалобами на боли в грудной клетке слева, одышку, тошноту и рвоту, приносящую облегчение. Эти жалобы появились три часа назад и прогрессируют. Год назад в автомобильной катастрофе сломал три ребра слева, после этого перенёс пневмонию. При поступлении общее состояние средней степени тяжести. Выражена одышка до 25 в минуту. Пульс слабого наполнения и напряжения, 90 в минуту. АД 105 и 65 мм рт. ст. Язык влажный, слегка обложен белым налётом. При аускультации грудной клетки слева выслушивается ослабленное дыхание. При перкуссии слева определяется участок притупления. Живот правильной формы, участвует в акте дыхания. При пальпации в левом подреберье лёгкая болезненность. Селезёнка обычных размеров. Симптомов раздражения брюшины нет. При ректальном обследовании без особенностей.

Ваш диагноз:

- 1 – релаксация диафрагмы;
- 2 – травматическая левосторонняя диафрагмальная грыжа**
- 3 – гемоторакс слева
- 4 – левосторонняя абсцедирующая пневмония

5 – стенокардия.

27. Больную Н., 47 лет, беспокоят боли за грудиной с иррадиацией в спину, которые усиливаются при наклоне туловища вперёд и в лежащем положении после обильного приёма пищи. Терапевт заподозрил грыжу пищеводного отверстия диафрагмы и направил больную на консультацию к хирургу. Какими способами диагностики подтвердить данный диагноз?

- 1 – обзорная рентгенография грудной клетки;
- 2 – обзорная рентгеноскопия в латеропозиции;
- 3 – рентгеноскопия желудка и двенадцатиперстной кишки;
- 4 – рентгеноскопия в положении Тренделенбурга;**
- 5 – эзофагогастродуоденоскопия.

28. Осложнением какого заболевания является эрозивно-язвенный эзофагит?

- 1 – хронический гастрит;
- 2 – кардиоспазм;
- 3 – рак желудка;
- 4 – скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы;**
- 5 – язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки.

29. Какие факты служат показанием к хирургическому лечению при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы?

- 1 – неэффективность консервативного лечения
- 2 – частые пищеводные кровотечения
- 3 – скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы без осложнений
- 4 – наличие воспалительных стриктур пищевода
- 5 – эрозивно-язвенный эзофагит
- 6 – правильно 1,2,4,5**
- 7 – правильно 1,3,5

30. При скользящей грыже пищеводного отверстия диафрагмы с наличием мелких эрозий в пищеводе назначают?

- 1 – частое дробное питание
- 2 – возвышенное положение головы во время сна
- 3 – вертикальное положение тела после еды
- 4 – приём антацидов
- 5 – приём препаратов, стимулирующих секрецию желудка
- 6 – правильно 1,2,3,4**
- 7 – правильно 1,3,5

31. У больной 52 лет, страдающей желчнокаменной болезнью в течение 5 лет внезапно появилась дисфагия и резкая боль за грудиной во время физической работы. Какие заболевания могут привести к такой клинической картине?

- 1 – грыжа Ларрея;
- 2 – стенокардия;
- 3 – межрёберная невралгия;
- 4 – ущемлённая параэзофагеальная грыжа;**
- 5 – рефлюкс-эзофагит.

32. Укажите наиболее частые симптомы при скользящих грыжах пищеводного отверстия диафрагмы?

- 1 – изжога
- 2 – боль за грудиной
- 3 – мелена
- 4 – рвота
- 5 – дисфагия
- 6 – правильно 1,2**
- 7 – правильно 3,4,5

33. На протяжении 3 месяцев больную беспокоит изжога, жгучие боли за грудиной и в левом подреберье, иррадиирующие в области сердца. Эти боли усиливаются при наклоне тела после приёма пищи. При рентгеноскопии с бариевой взвесью пищевод не расширен, выпрямлен и укорочен. Бариевая взвесь поступает из него в полушаровидной формы газовый пузырь с тонкими стенками, расположенный над диафрагмой, а затем заполняет вытянутый желудок с грубыми складками. Ваш диагноз:

- 1 – диафрагмальная грыжа Богдалека;
- 2 – рак пищевода с переходом на желудок;
- 3 – ахалазия пищевода;
- 4 – скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы;**
- 5 – параэзофагеальная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы.

34. Больную С., 32 лет, беспокоят боли за грудиной, иррадиирующие в левую половину грудной клетки. Боли иногда сопровождаются затруднением прохождения пищи. Терапевт заподозрил стенокардию и для исключения хирургической патологии направил больную на консультацию к хирургу. При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Пульс ритмичен, удовлетворительного наполнения и напряжения, 60 в минуту, АД 120 и 80 мм рт. ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, участвует в акте дыхания. На ЭКГ снижение зубца Т, незначительные диффузные изменения миокарда, ритм синусовый. При рентгеноскопии с бариевой взвесью пищевод и кардия желудка без особенностей, газовый пузырь желудка в виде «песочных часов», часть его располагается над уровнем диафрагмы. Ваш диагноз?

- 1 – грыжа Ларрея;
- 2 – грыжа Богдалека;
- 3 – параэзофагеальная грыжа;**
- 4 – субтотальная скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы;
- 5 – релаксация левого купола диафрагмы.

35. При каких заболеваниях у больных может быть изжога?

- 1 – гастрит;
- 2 – гастродуоденит;
- 3 – эзофагит;
- 4 – скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы;
- 5 – все правильно.**

36. Больной С., 40 лет, жалуется на боли за грудиной и чувство жжения, которые усиливаются после обильной еды, употребления газированных напитков и в положении лёжа. Ваш предварительный диагноз?

- 1 – рак желудка;
- 2 – язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки;
- 3 – хронический гастрит;
- 4 – скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы;**
- 5 – эпифрениальный дивертикул пищевода.

37. Какие обследования необходимы для дифференциального диагноза между язвенной болезнью желудка и диафрагмальной грыжей?

- 1 – обзорная рентгеноскопия грудной клетки;
- 2 – УЗИ брюшной полости;
- 3 – компьютерная томография брюшной полости;
- 4 – рентгеноскопия желудка в положении Тренделенбурга и гастроскопия;**
- 5 – лапароскопия.

2.3. Заболевания поджелудочной железы

Контрольные вопросы:

1. Этиология и патогенез хронического панкреатита.
2. Классификация хронического панкреатита.
3. Особенности клинических проявлений различных форм хронического панкреатита.
4. Диагностическая программа при хроническом панкреатите:
 - клинико-лабораторная диагностика;
 - ультрасонографическая диагностика;
 - рентгенологическая диагностика;
 - эндоскопическая диагностика.
5. Принципы и тактика лечения при хроническом панкреатите и его осложнениях.
6. Консервативная терапия при хроническом панкреатите.
7. Методы хирургического лечения при хроническом панкреатите и его осложнениях:
 - операции при хроническом панкреатите;
 - операции при кистах поджелудочной железы;
 - операции при свищах поджелудочной железы.
8. Профилактика осложнений хронического панкреатита.
9. Пути улучшения результатов лечения больных с хроническим панкреатитом.

Тестовый контроль

1. Подберите компоненты консервативного лечения хронического панкреатита:
 - 1 – антибиотикотерапия
 - 2 – десенсибилизирующая терапия
 - 3 – соблюдение диеты
 - 4 – средства, стимулирующие образование и выделение панкреатического сока
 - 5 – ферментативная заменяющая терапия
 - 6 – витаминотерапия
 - 7 – санаторно-курортное лечение
 - 8 – правильно 3,4,5,6,7**
 - 9 – правильно 1,2,5,7

2. При какой форме хронического панкреатита показана спланхнэктомия?

- 1 – холецистопанкреатит;
- 2 – индуративный панкреатит;
- 3 – кистозно-фиброзный панкреатит;
- 4 – паренхиматозно-фиброзный панкреатит.**

3. При какой форме хронического панкреатита рекомендуется панкреатоюностомия?

- 1 – холецистохолангиопанкреатит;
- 2 – индуративный панкреатит;**
- 3 – кистозно-фиброзный панкреатит;
- 4 – паренхиматозно-фиброзный панкреатит.

4. При какой форме хронического панкреатита целесообразно выполнение панкреатоцистоеюноанастомоза?

- 1 – холецистохолангиопанкреатит;
- 2 – индуративный панкреатит;
- 3 – кистозно-фиброзный панкреатит;**
- 4 – паренхиматозно-фиброзный панкреатит.

5. Укажите, какие кисты поджелудочной железы (по происхождению) встречаются наиболее часто?

- 1 – врождённые;
- 2 – паразитарные;
- 3 – воспалительные;**
- 4 – неопластические.

6. Какая киста формируется в результате осумкования излившегося за пределы поджелудочной железы панкреатического сока?

- 1 – воспалительная псевдокиста;**
- 2 – воспалительная ретенционная киста.

7. Какая киста формируется вследствие расширения панкреатических протоков дистальнее места нарушения их проходимости?

- 1 – воспалительная псевдокиста;
- 2 – воспалительная ретенционная киста.**

8. Какие кисты поджелудочной железы могут иметь черты злокачественной опухоли?

- 1 – воспалительные;
- 2 – паразитарные;
- 3 – врождённые;
- 4 – неопластические.**

9. Перечислите операции при кистах поджелудочной железы:

- 1 – вскрытие и наружное дренирование кисты;
- 2 – цистогастроанастомоз;
- 3 – цистоеюноанастомоз;
- 4 – резекция поджелудочной железы;
- 5 – все правильно.**

10. Укажите причины свищей поджелудочной железы:

- 1 – травма поджелудочной железы;
- 2 – наружное дренирование кист поджелудочной железы;
- 3 – деструктивный панкреатит;
- 4 – все правильно.**

11. Какую операцию следует выполнить при воспалительной псевдокисте с рыхлой тонкой стенкой и нагноением содержимого?

- 1 – цистогастроанастомоз;
- 2 – цистоеюноанастомоз;
- 3 – вскрытие и наружное дренирование кисты поджелудочной железы.**

12. Какие операции возможны при воспалительных ретенционных кистах поджелудочной железы:

- 1 – цистогастроанастомоз
- 2 – цистоеюноанастомоз
- 3 – вскрытие и наружное дренирование кисты
- 4 – правильно 1,2**
- 5 – правильно 1,3

13. Какое количество экзогенно вводимого инсулина может полностью компенсировать его необходимость после панкреатэктомии?

- 1 – 10 ЕД;
- 2 – 20 ЕД;
- 3 – 30 ЕД;
- 4 – 40-50 ЕД;**
- 5 – 60-70 ЕД;
- 6 – более 70 ЕД.

14. При каких кистах поджелудочной железы её внутреннее или наружное дренирование является грубой ошибкой?

- 1 – врождённых;
- 2 – паразитарных;
- 3 – воспалительных;
- 4 – неопластических.**

15. При каких условиях свищ поджелудочной железы может закрыться самостоятельно:

- 1 – свищ не связан с Вирсунговым протоком
- 2 – свищ связан с Вирсунговым протоком, проходимость которого нарушена в дистальном направлении
- 3 – свищ связан с Вирсунговым протоком, проходимость которого не нарушена в дистальном направлении
- 4 – свищ при полном поперечном пересечении Вирсунгова протока
- 5 – правильно 1,3**
- 6 – правильно 2,4

16. Через сколько месяцев следует ожидать закрытие свища, если нет затруднений к оттоку панкреатического сока естественным путём:

- 1 – 1-2;
- 2 – 3-4;
- 3 – 5-6;**
- 4 – 7-8;
- 5 – 9-10.

17. Какие методы необходимы для диагностики свищей поджелудочной железы:

- 1 – исследование отделяемого из свищевого хода на наличие в нём панкреатических ферментов;
- 2 – фистулография;
- 3 – эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография;
- 4 – все правильно.**

18. Какие лечебные мероприятия не применяют при консервативном лечении панкреатических свищей:

- 1 – создание свободного оттока панкреатического сока;
- 2 – соблюдение диеты с ограниченным содержанием жиров;**

- 3 – диета, содержащая избыточное количество жиров, белков и углеводов;
- 4 – введение в свищевой ход молочной кислоты;
- 5 – введение в свищевой ход хлористо-водородистой кислоты;
- 6 – защита кожи от мацерации;
- 7 – заместительная ферментотерапия;
- 8 – холинолитики;
- 9 – цитостатики.

19. Через какой срок (минимум) в месяцах после образования панкреатического свища следует прибегать к хирургическому лечению?

- 1 – 1-2;
- 2 – 3-4;
- 3 – 5-6;**
- 4 – 7-8;
- 5 – 9-10.

20. Укажите, какую операцию не применяют при свищах поджелудочной железы:

- 1 – панкреатофистулоюноанастомоз;
- 2 – дистальная резекция поджелудочной железы;
- 3 – иссечение свища поджелудочной железы.**

21. Выберите лабораторный метод, который не применяют при патологии поджелудочной железы:

- 1 – дуоденальное зондирование;
- 2 – изучение активности панкреатических ферментов;
- 3 – исследование сахара в крови;
- 4 – определение билирубина в крови и его фракций;
- 5 – определение тироксина и трийодтиронина в сыворотке крови.**

22. На каком расстоянии от пилорического жома Вирсунгов проток впадает в двенадцатиперстную кишку (см):

- 1 – 3-5
- 2 – 5-6
- 3 – 6-8
- 4 – 8-10
- 5 – 10-12
- 6 – 12-14
- 7 – правильно 3,4,5**
- 8 – правильно 1,2

23. Укажите правильный вариант впадения Санториниева протока в двенадцатиперстную кишку:

- 1 – на 2 см дистальнее Вирсунгова протока;
- 2 – на 2 см проксимальнее Вирсунгова протока;**
- 3 – вместе с Вирсунговым протоком.

24. Какие сосуды участвуют в кровоснабжении поджелудочной железы. Дайте наиболее правильный ответ:

- 1 – чревный ствол;
- 2 – чревный ствол и верхняя брыжеечная артерия;**
- 3 – чревный ствол, верхняя и нижняя брыжеечные артерии;
- 4 – чревный ствол и поясничные артерии.

25. В каких отделах поджелудочной железы при перевязке селезёночной артерии следует ожидать ишемического нарушения?

- 1 – в головке;
- 2 – в теле;
- 3 – в хвосте.**

2.4. Болезнь Крона, неспецифический язвенный колит

Контрольные вопросы:

- 1. Современное понимание этиологии и патогенеза болезни Крона и язвенного колита.
- 2. Клинические формы болезни Крона и язвенного колита.
- 3. Клинико-лабораторная диагностика.
- 4. Консервативное лечение при болезни Крона и язвенном колите.
- 5. Показания к хирургическому лечению.
- 6. Объём операций в экстренной хирургии при болезни Крона и язвенном колите.
- 7. Виды оперативных вмешательств в плановой хирургии при болезни Крона и язвенном колите.
- 8. Диетотерапия и её роль при болезни Крона и язвенном колите.

Тестовый контроль

1. При колоноскопии в толстой кишке выявлен воспалительный процесс. Между участками воспаления есть участки неизменённой слизистой. Прямая кишка без поражений. Ваш диагноз?

- 1 – ишемический колит;
- 2 – язвенный колит;
- 3- амёбная дизентерия;
- 4 – болезнь Крона;**
- 5 – болезнь Гиршпрунга.

2. При болезни Крона лечение включает:

- 1 – назначение антибиотиков
- 2 – опорожнение желудка через зонд и парентеральное питание
- 3 – назначение стероидных гормонов и сульфасалазина
- 4 – резекцию поражённого участка кишки
- 5 – назначение специальной диеты
- 6 – правильно 1,3,4**
- 7 – правильно 2,5

3. При подозрении на неспецифический язвенный колит первым шагом в обследовании будет:

- 1 – КТ органов брюшной полости и малого таза;
- 2 – ангиография мезентериальных артерий;
- 3 – ирригоскопия;**
- 4 – биопсия слизистой оболочки тонкой кишки;
- 5 – эндоскопия верхних отделов ЖКТ.

4. Во время лапаротомии, предпринятой по поводу острого аппендицита установлено воспаление слепой кишки с налётом фибрина и резкое сужение терминального отдела подвздошной кишки, не доходя до слепой кишки на 3,0 см. Червеобразный отросток флегмонозно изменён. Какой объём операции выполнить в данной ситуации?

- 1 – аппендэктомия;

- 2 – введение антибиотиков в брыжейку и дренирование брюшной полости;
- 3 – резекция илеоцекального угла с червеобразным отростком;**
- 4 – резекция терминального отдела подвздошной кишки;
- 5 – обходной илеотрансверзоанастомоз.

5. В какой ситуации показана операция при болезни Крона:

- 1 – рубцовый стеноз кишки;
- 2 – инфильтрат брюшной полости;
- 3 – внутренний свищ;
- 4 – проктит с перианальными поражениями;
- 5 – безуспешность консервативной терапии;
- 6 – все правильно.**

6. Болезнь Крона дифференцируют со следующими заболеваниями, кроме:

- 1 – неспецифический язвенный колит;
- 2 – полипоз толстой кишки;**
- 3 – актиномикоз;
- 4 – туберкулёз;
- 5 – лимфогранулематоз.

7. Какие осложнения бывают при болезни Крона?

- 1 – ректальные и периректальные свищи;
- 2 – перфорация язв;
- 3 – жировая и лейкоцитарная инфильтрация печени;
- 4 – периферические флебиты;
- 5 – поражение глаз (ирит, иридоциклит, хориоидит, эписклерит).
- 6 – все правильно.**

8. Укажите наиболее частое место поражённого органа:

- 1 – пищевод;
- 2 – желудок;
- 3 – тонкая кишка;**
- 4 – толстая кишка;
- 5 – правая половина толстой кишки.

9. Укажите характерные рентгенологические признаки при болезни Крона:

- 1 – «булыжная мостовая»;
- 2 – «водопроводный шланг»;
- 3 – нечёткий рельеф слизистой оболочки;
- 4 – «симптом струны»;
- 5 – чаши Клойбера.
- 6 – все правильно.**

10. Зуд кожи, потливость, увеличение периферических лимфоузлов, эозинофилия, моноцитоз, лимфопения характерны для:

- 1 – болезни Крона;
- 2 – лимфогранулематоза;**
- 3 – неспецифического язвенного колита;
- 4 – туберкулёза кишечника;
- 5 – мезентериального лимфаденита.

11. Для какого заболевания характерно раннее образование спаек с соседними петлями, лимфоцитоз, эозинофилия, обызвествление лимфатических узлов:

- 1 – болезнь Крона;
- 2 – туберкулёз кишечника;**
- 3 – неспецифический язвенный колит;
- 4 – мезентериальный лимфаденит;
- 5 – лимфогранулематоз.

12. Рентгенологически выявленный стеноз тонкой кишки характерен для:

- 1 – туберкулёз кишечника;
- 2 – болезнь Крона;
- 3 – доброкачественной опухоли;
- 4 – злокачественной опухоли;
- 5 – лимфогранулематоза.
- 6 – все правильно.**

13. Какой рентгенологический признак характерен для начальной стадии болезни Крона:

- 1 – чаши Клойбера;
- 2 – стеноз участка кишки;
- 3 – сужение просвета кишки;
- 4 – «булыжной мостовой»
- 5 – сглаженный рельеф слизистой оболочки с утолщением складок. Участок кишки в виде ригидной трубки.**

14. Стул сероватой окраски, мазеподобной консистенции, прогорклый запах характерны для:

- 1 – лимфогранулематоза;
- 2 – болезни Крона;**
- 3 – неспецифического язвенного колита;
- 4 – туберкулёза кишечника;
- 5 – спаечной болезни брюшной полости.

15. Вздутие и урчание в животе характерно для:

- 1 – болезни Крона
- 2 – спаечной болезни брюшной полости
- 3 – туберкулёза кишечника
- 4 – лимогранулематоза
- 5 – мезентериального лимфаденита
- 6 – правильно 1,2,3**
- 7 – правильно 4,5

16. Верхняя брыжеечная артерия кровоснабжает:

- 1 – всю толстую кишку;
- 2 – левую половину толстой кишки;
- 3 – правую половину толстой кишки;**
- 4 – толстую кишку не кровоснабжает.

17. Нижняя брыжеечная артерия кровоснабжает:

- 1 – всю толстую кишку;
- 2 – левую половину толстой кишки;
- 3 – правую половину толстой кишки;

4 – левую половину толстой кишки, исключая бассейн средней и нижней прямокишечных артерий.

5 – толстую кишку не кровоснабжает.

18. Венозный отток от толстой кишки осуществляется:

1 – в воротную вену;

2 – в нижнюю полую вену;

3 – в воротную вену от правой половины, в нижнюю полую вену от левой половины толстой кишки;

4 – в нижнюю полую вену от правой половины, в воротную вену от левой половины толстой кишки.

5 – в воротную вену, а от нижней трети прямой кишки – в нижнюю полую вену.

19. Основные методы обследования проктологических больных:

1 – пальцевое обследование, аноскопия, ректороманоскопия, фиброколоноскопия;

2 – ирригография, проктография, КТ, МРТ, УЗИ.

3 – сфинктероманометрия, биопсия, цитологическое и гистологическое исследования;

4 – все вышеперечисленное.

20. Неспецифический язвенный колит по этиологии:

1 – аутоиммунное заболевание;

2 – инфекционное заболевание;

3 – генетическая патология;

4 – этиология неизвестна.

21. Неспецифический язвенный колит имеет следующие формы:

1 – острая, хроническая;

2 – острая, подострая, хроническая;

3 – молниеносная, острая, непрерывно рецидивирующая, хроническая рецидивирующая;

4 – не имеет делений на формы.

22. Основная триада клинических признаков неспецифического язвенного колита:

1 – боль в животе, диарея, выделение крови с калом;

2 – боль в животе, тенезмы, метеоризм;

3 – диарея, мелена, недержание стула и газов;

4 – боль в животе, запоры, мелена.

23. В анамнезе у больных с неспецифическим язвенным колитом всегда есть:

1 – семейная предрасположенность;

2 – дисбактериоз;

3 – лекарственные или пищевые аллергические реакции;

4 – предшествующая кишечная колика;

5 – всё вышеперечисленное.

24. При молниеносной форме неспецифического язвенного колита в каловых массах не бывает:

1 – гноя;

2 – участков слизистой;

3 – слизи;

4 – прожилок крови;

5 – тёмной крови, смешанной с калом.

25. Неспецифический язвенный колит любой локализации в толстой кишке сопровождается:
- 1 – рефлюкс-илеитом;
 - 2 – проктитом и криптитом;**
 - 3 – токсической дилатацией толстой кишки;
 - 4 – исчезновением гаустр, спазмом кишки.
26. Рентгенологические признаки неспецифического язвенного колита (5):
- 1 – равномерное сужение просвета кишки, усиление продольной складчатости;
 - 2 – смещение медиально и вниз обоих изгибов, исчезновение гаустр;
 - 3 – дефекты наполнения при двойном контрастировании;
 - 4 – нечёткость контуров кишки из-за наличия язв и псевдополипов;
 - 5 – все вышеперечисленные признаки.**
27. Осложнения острой и молниеносной форм неспецифического язвенного колита:
- 1 – перфорация кишки с развитием перитонита, профузное кровотечение;
 - 2 – рубцовое сужение кишки, токсическая дилатация кишки;
 - 3 – перфорация кишки с развитием перитонита или с развитием флегмоны забрюшинной клетчатки, токсическая дилатация кишки, профузное кровотечение;**
 - 4 – токсическая дилатация кишки, профузное кровотечение.
28. Осложнения хронических форм неспецифического язвенного колита:
- 1 – токсическая дилатация кишки, малигнизация;
 - 2 – малигнизация, рубцовое сужение, профузное кровотечение;**
 - 3 – малигнизация, перфорация кишки с развитием перитонита, динамическая непроходимость;
 - 4 – профузное кровотечение, токсическая дилатация кишки, малигнизация.
29. Второй этап операции Гартмана – это:
- 1 – ушивание одноствольного искусственного заднего прохода;
 - 2 – анастомоз между приводящей петлёй толстой кишки и культей прямой кишки;**
 - 3 – внутрибрюшинное закрытие двуствольного искусственного заднего прохода;
 - 4 – внебрюшинное закрытие двуствольного искусственного заднего прохода.
30. Рекомендации больным неспецифическим язвенным колитом в период ремиссии:
- 1 – постоянное диспансерное наблюдение;
 - 2 – периодическое эндоскопическое обследование;
 - 3 – соблюдение строгой диеты;
 - 4 – санаторно-курортное лечение;
 - 5 – все перечисленное.**

2.5. Заболевания щитовидной железы

Контрольные вопросы:

1. Хирургическая анатомия щитовидной железы.
2. Этиология и патогенез заболеваний щитовидной железы.
3. Классификация заболеваний щитовидной железы.
4. Клиническая картина заболеваний щитовидной железы.
5. Диагностическая программа при заболеваниях щитовидной железы. Методы и алгоритмы диагностики.

6. Принципы и тактика лечения при заболеваниях щитовидной железы.
7. Консервативная терапия и предоперационная подготовка.
8. Хирургическое лечение: показания, виды и способы операций, профилактика осложнений.
9. Пути улучшения результатов лечения больных с заболеваниями щитовидной железы.

Тестовый контроль

1. Укажите возможное функциональное состояние щитовидной железы при раке:

- 1 – эутиреоз;
- 2 – гипотиреоз;
- 3 – гипертиреоз;
- 4 – все правильно.**

2. Целесообразно ли при раке щитовидной железы выполнение операции Крайля:

- 1 – да;
- 2 – нет.**

3. Назовите признаки рака щитовидной железы:

- 1 – плотная бугристая железа
- 2 – подвижная железа
- 3 – малоподвижная железа
- 4 – регионарные лимфоузлы увеличены
- 5 – лимфоузлы не увеличены
- 6 – общее состояние удовлетворительное
- 7 – общее состояние тяжёлое изначально
- 8 – изменение голоса
- 9 – нарушение глотания
- 10 – правильно 1,3,4,6,8,9**
- 11 – правильно 2,5,7

4. Какой метод исследования является ведущим в диагностике рака щитовидной железы:

- 1 – пневмотиреоидография;
- 2 – медиастинография;
- 3 – рентгенография;
- 4 – радиоизотопное исследование;
- 5 – эзофагография;
- 6 – ангиография;
- 7 – пункционная биопсия.**

5. Какая операция показана при IIIб и IV стадии рака щитовидной железы:

- 1 – субтотальная резекция;
- 2 – гемитиреоидэктомия с перешейком;
- 3 – гемитиреоидэктомия без перешейка;
- 4 – тиреоидэктомия.**

6. Целесообразно ли после операции по поводу рака щитовидной железы назначение тиреоидина или трийодтиронина:

- 1 – да;**
- 2 – нет.

7. При какой стадии рака щитовидной железы показано назначение тиреоидина или трийодтиронина:

- 1 – I;
- 2 – II;
- 3 – III;
- 4 – IV;

5. Всем больным вне зависимости от стадии.

8. Назовите возможные формы злокачественных опухолей щитовидной железы:

- 1 – папиллярный рак;
- 2 – фолликулярный рак;
- 3 – плоскоклеточный рак;
- 4 – саркомы;

5 – все правильно.

9. Какие факторы способствуют развитию рака щитовидной железы:

- 1 – радиация;
- 2 – гормональные нарушения;
- 3 – наследственная предрасположенность;
- 4 – йодная недостаточность.

5 – все правильно.

10. Что не относится к аутоиммунным заболеваниям щитовидной железы?

- 1 – Базедова болезнь;
- 2 – зоб Хашимото;
- 3 – аденома щитовидной железы.

2.6. Облитерирующие заболевания артерий

Контрольные вопросы:

- 1. Этиология и патогенез окклюзионных заболеваний артерий.
- 2. Клинические проявления окклюзионных поражений артерий, фазы течения заболевания.
- 3. Синдром перемежающей хромоты, его клиническая ценность.
- 4. Окклюзирующие заболевания брюшной аорты, классификация, особенности клинического течения, диагностика, лечение.
- 5. Облитерирующий эндартериит, этиология, патогенез, клиническая картина.
- 6. Облитерирующий атеросклероз, этиология, патогенез, клиническая картина.
- 7. Облитерирующий тромбангиит, этиология, патогенез, клиническая картина.
- 8. Клиническое обследование больных с облитерирующими заболеваниями.
- 9. Ценность дополнительных методов обследования – реовазография, ультразвуковое обследование, аортоартериография. Метод Сельдингера, метод Дос-Сантоса.
- 10. Определения показаний к оперативному лечению.
- 11. Оперативное лечение, варианты – эндартерэктомия, протезирование, шунтирование, ампутация.
- 12. Особенности хирургической тактики при эндартериите – операция симпатэктомия.

Тестовый контроль

1. Аускультация сосудов важна:

- 1 – при болезни Рейно;
- 2 – при артериальном стенозе;**
- 3 – при варикозном расширении вен;

- 4 – при посттромбофлебитическом синдроме;
- 5 – при акроцианозе.

2. К характерным изменениям сосудов при сахарном диабете относится:

- 1 – склероз артериол;**
- 2 – петлистый артериальный тромбоз;
- 3 – развитие синдрома Лериша;
- 4 – тромбоз бедренной артерии;
- 5 – акроцианоз.

3. При врожденной артериовенозной фистуле характерно:

- 1 – ветвистая аневризма;
- 2 – гипертрофия конечности вследствие аневризмы (гемангиомы);
- 3 – варикоз подкожных вен;
- 4 – всё перечисленное;
- 5 – ничего из перечисленного.**

4. Пальцы рук и ног наиболее чувствительны к гипотермии, так как в них:

- 1 – отсутствует развитая коллатеральная сеть;
- 2 – сосуды сильнее спазмируются в результате охлаждения;**
- 3 – имеется особый тип иннервации;
- 4 – затруднён лимфооток;
- 5 – имеется особое строение кожи.

5. После ушиба артерии может наступить её тромбоз, так как:

- 1 – выделяются токсические вещества;
- 2 – повреждаются симпатические волокна;
- 3 – нарушается межтканевой обмен;
- 4 – все утверждения верны;
- 5 – все утверждения неверны.**

6. Возраст больных, наиболее характерный для облитерирующего эндартериита:

- 1 – 15-20 лет;
- 2 – 21-30 лет;**
- 3 – 31-40 лет;
- 4 – 41-50 лет;
- 5 – старше 50 лет.

7. Возраст больных, наиболее характерный для облитерирующего атеросклероза нижних конечностей:

- 1 – 15-20 лет;
- 2 – 21-30 лет;
- 3 – 31-40 лет;
- 4 – 41-50 лет;
- 5 – старше 50 лет.**

8. Препараты, необходимые для комплексного лечения больных с облитерирующим эндартериитом в фазе обострения без некротических проявлений:

- 1 – бисептол, антибиотики широкого спектра действия, реополиглюкин;
- 2 – нестероидные противовоспалительные препараты, белковые препараты, антибиотики, поливитамины;

3 – нестероидные противовоспалительные препараты, реополиглюкин, гепарин, антиагреганты, солкосерил;

4 – антагонисты кальция, нитраты, фенилин, поливитамины.

9. Какие артерии отходят от экстракраниального отдела внутренней сонной артерии?

1 – верхняя щитовидная артерия;

2 – подъязычная артерия;

3 – височная артерия;

4 – все перечисленные артерии;

5 – никаких артерий от экстракраниального отдела внутренней сонной артерии не отходит.

10. Позвоночная артерия отходит от:

1 – общей сонной артерии;

2 – подключичной артерии;

3 – щитовидного ствола.

2.7. Врожденная кишечная непроходимость

Контрольные вопросы:

1. Классификация при острой непроходимости кишечника.
2. Клиническая картина.
3. Дополнительные методы диагностики.
4. Дифференциальный диагноз с другими острыми заболеваниями органов брюшной полости.
5. Основные принципы лечения.

Тестовый контроль

1. Достоверным признаком полной врожденной дуоденальной непроходимости при рентгенологическом исследовании являются:

- 1) множественные уровни жидкости в кишечнике
- 2) наличие двух уровней в эпигастральной области**
- 3) равномерно газированные петли тонкого кишечника
- 4) задержка бария в пищеводе

2. Для врожденного пилоростеноза характерно все, кроме:

- 1) видимая перистальтика
- 2) дефицит веса
- 3) появление симптомов заболевания в первые сутки после рождения**
- 4) рвота "фонтаном"
- 5) рвота створоженным молоком

3. Достоверными признаками атрезии пищевода являются все, кроме

- 1) пенистые выделения изо рта
- 2) цианоз
- 3) срыгивание содержимым с примесью желчи**
- 4) приступы асфиксии
- 5) наличие аспирационной пневмонии

4. К клиническим симптомам атрезии пищевода с нижним трахеопищеводным свищем относятся все перечисленные, кроме:

- 1) цианоза
 - 2) одышки
 - 3) запавшего живота**
 - 4) пенистых выделений изо рта
 - 5) крепитирующих хрипов при аускультации легких.
5. Все перечисленные диагностические мероприятия целесообразны для выявления атрезии пищевода кроме:
- 1) рентгенограмм пищевода с водорастворимым контрастом
 - 2) эзофагоскопии
 - 3) рентгенограммы пищевода с введением резинового катетера
 - 4) трахеобронхоскопии**
 - 5) введение в пищевод воздуха по катетеру
6. При анализе рентгенограммы больного с атрезией пищевода с контрастированным верхним сегментом можно узнать все кроме:
- 1) уровня атрезии
 - 2) формы атрезии
 - 3) степени воспалительных изменений в легких
 - 4) величины трахео-пищеводного свища**
 - 5) выявить сопутствующую атрезию кишечника
7. Перед отправкой в специализированный стационар ребенку с атрезией пищевода необходимо выполнить следующие мероприятия, кроме:
- 1) назначить викасол
 - 2) ввести антибиотики
 - 3) поместить ребенка в транспортировочный кювез
 - 4) очистительная клизма**
 - 5) ввести катетер для аспирации слюны.
8. Предельное расстояние между сегментами пищевода для наложения прямого анастомоза должно составлять не более:
- 1) 0,5см
 - 2) 1,0см
 - 3) 1,5см
 - 4) 2,0см**
9. Наиболее часто применяемым методом наложения анастомоза при атрезии пищевода является:
- 1) наложение швов по Хайяту
 - 2) методика Баирова
 - 3) анастомоз "конец в конец" узловым однорядным швом**
 - 4) циркулярная эзофагомиотомия по Левадитису
 - 5) метод "конец в бок".
10. Из перечисленных поздних осложнений прямого анастомоза пищевода наиболее часто встречается:
- 1) длительный ГЭР
 - 2) стеноз пищевода
 - 3) реканализация трахеопищеводного свища
 - 4) рецидивирующая аспирационная пневмония**
 - 5) дисфагия за счет функциональных нарушений.

2.8. Редкие формы грыж у детей

Контрольные вопросы:

1. Причины и механизм возникновения грыжи пищеводного отверстия диафрагмы.
2. Клинические, рентгенологические и эндоскопические проявления грыжи пищеводного отдела диафрагмы, развитие осложнений в зависимости от стадии заболевания.
3. Консервативное лечение и показания к оперативному вмешательству.
4. Особенности клинического течения свободных и ущемленных грыж передней стенки живота.
5. Особенности пластики грыжевых ворот при различных видах грыж.

Тестовый контроль

1. Для истинной диафрагмальной грыжи характерно все, кроме:
1) отсутствие грыжевого мешка
2) наличие грыжевого мешка
3) левосторонняя локализация
4) правосторонняя локализация
5) выходение через щель Лоррея
2. Из грыж диафрагмы у детей чаще всего встречаются:
1) френоперикардальные;
2) передние;
3) пищеводного отверстия;
4) задние ложные;
5) истинные
3. При грыжах пищеводного отверстия диафрагмы наиболее информативны:
1) жесткая эзофагоскопия;
2) рентгено-контрастное исследование пищевода и желудка;
3) фиброэзофагоскопия;
4) обзорная рентгеноскопия;
5) компьютерная томография.
4. Дифференцировать грыжу пищеводного отверстия надо с:
1) приобретенным стенозом пищевода;
2) ахалазией пищевода;
3) врожденным стенозом;
4) врожденным коротким пищеводом;
5. Дисфагия может иметь место:
1. при ахалазии пищевода
2. при раке пищевода
3. при грыже пищеводного отверстия диафрагмы
4. при склеродермии
5. при всех перечисленных заболеваниях
6. Грыжа Ларрея диагностируется при:
1. обзорная рентгеноскопия брюшной полости
2. обзорная рентгенография брюшной полости
3. рентгеноконтрастном исследовании желудка
4. УЗИ

5. контрастном исследовании пищевода

7. Осложнениями грыжи пищеводного отверстия диафрагмы могут быть:

1. рефлюкс-эзофагит
2. ущемление
3. пептическая стриктура пищевода
4. пептический эзофагит

5. все перечисленное

8. Скользящие грыжи пищеводного отверстия диафрагмы отличаются от параэзофагеальных тем, что:

1. чаще ущемляются
- 2. никогда не ущемляются**
3. сочетаются с парастеральной грыжей в 70 - 75% случаев
4. сочетается с релаксацией диафрагмы в 50% случаев
5. всегда сопровождаются эзофагитом

9. Наиболее часто встречается следующая форма хиатальной грыжи:

- 1. аксиальная**
2. параэзофагеальная
3. короткий пищевод
4. смешанная
- № 5. гигантская

10. Образование хиатального сужения при аксиальной хиатальной грыже обусловлено:

1. грыжевым гастритом
- 2. сдавлением желудка в пищеводном отверстии диафрагмы**
3. деформацией части желудка, лежащей над диафрагмой
4. деформацией части желудка, лежащей под диафрагмой
- № 5. укорочением пищевода

2.9. Гнойно – септические заболевания новорожденных

Контрольные вопросы:

1. Тактика хирурга при нагноительных заболеваниях мягких тканей.
2. Микробиологические аспекты генерализованной инфекции.
3. Иммунологические аспекты генерализованной инфекции.
4. Клинические аспекты генерализованной инфекции.
5. Синдром эндогенной интоксикации и полиорганной недостаточности при сепсисе.
6. Системы оценки тяжести состояния больных, прогнозирование течения заболевания.
7. Принципы лечебной программы и методы лечения: хирургическое лечение, антибактериальная терапия, иммунокорригирующая терапия, комплексная детоксикация.

Тестовый контроль

1. Понятие хирургический сепсис у детей определяет:
 - 1) общее тяжелое инфекционное заболевание;
 - 2) наличие местного очага инфекции;
 - 3) изменение реактивности организма;
 - 4) необходимость местной и общей терапии;

5) все перечисленное.

2. Причиной увеличения больных с хирургическим сепсисом является:

- 1) изменение микрофлоры;
- 2) резистентность микрофлоры к антибиотикам
- 3) увеличение хирургической активности;
- 4) распространенность внутригоспитальной инфекции;

5) все перечисленное.

3. Основание для использования глюкокортикостероидов:

- 1) септический шок и токсико-аллергическая реакция;**
- 2) септикопиемия;
- 3) септицемия;
- 4) пресепсис (начальная стадия сепсиса);
- 5) все перечисленное.

4. Покраснение и припухлость околоногтевого валика. По краю ногтя гной под кожей.
Диагноз:

- 1) паронихий**
- 2) кожный панариций;
- 3) флегмона;
- 4) абсцесс;
- 5) подкожный панариций.

5. Основной возбудитель гнойно-воспалительных процессов:

- 1) стафилококк;**
- 2) стрептококк;
- 3) кишечная палочка;
- 4) протей;
- 5) микст-инфекция.

6. На голени воспаление ярко красного цвета с резко очерченными границами. Кожа отечна, болезненность по периферии, тенденция к распространению процесса
Диагноз:

- 1) фурункул;
- 2) карбункул;
- 3) флегмона;
- 4) рожистое воспаление;**
- 5) абсцесс подкожной клетчатки.

7. Из перечисленных методов диагностики острого остеомиелита в ранние сроки наиболее достоверным является:

- 1) диагностическая пункция мягких тканей;
- 2) остефлебография;
- 3) электрорентгенография;
- 4) измерение внутрикостного давления;
- 5) бактериоскопия мазка внутрикостного содержимого.**

8. О развитии септического шока свидетельствует:

- 1) внезапное ухудшение состояния больного;
- 2) резкое уменьшение диуреза;
- 3) резкое нарушение микроциркуляции;
- 4) появление одышки, дыхательный алкалоз, гипоксемия;

5) все перечисленное.

9. Ранним рентгенологическим симптомом при остром гематогенном остеомиелите считается:

- 1) формирование секвестров
- 2) остеосклероз
- 3) **периостит**
- 4) секвестральная капсула
- 5) линия патологического перелома

10. При тяжелом течении гнойно-воспалительного процесса в общем анализе крови можно видеть изменения:

- 1) цветного показателя
- 2) снижение количества эритроцитов
- 3) повышение количества тромбоцитов
- 4) **«сдвиг формулы влево»**
- 5) эозинофилия

**2.10. Пороки развития легких. Гипоплазия, поликистоз, кисты легких.
Диагностика. Клиническая картина. Принципы хирургического лечения.**

Контрольные вопросы:

1. Патоморфология пороков развития легких.
2. Клиническая картина пороков развития легких.
3. Методы применяемые при обследовании больных с пороками развития легких (лабораторные, рентгенологические, бронхологические).
4. Наиболее типичные осложнения пороков развития легких.
5. Рациональная медикаментозная терапия.
6. Показания для консервативного и оперативного лечения.

Тестовый контроль

1. Для наличия добавочных формирований легких характерны следующие клинические варианты кроме:
1 - трахеальное легкое
2 - внутридолевая секвестрация легкого
3 - гамартома
4 - внедолевая секвестрация легкого
5 - киста легкого
2. К порокам с наличием добавочных формирований в легких относятся все, кроме:
1 - внутридолевая секвестрация легкого
2 - гамартома
3 - трахеальное легкое
4 - внедолевая секвестрация легкого
5 - киста легкого
3. Отличие аплазии от агенезии легкого заключается в:
1 - отсутствии главного бронха
2 - наличии рудиментарного главного бронха
3 - наличии главного бронха без деления его на долевые
4 - наличии главного и долевых бронхов без деления их на сегментарные

5 - недоразвитии всех элементов легкого (bronхов, сосудов, паренхимы)

4. Наиболее информативным методом исследования при дифференциальной диагностике простой и кистозной гипоплазии является:

- 1 - рентгенотомография
- 2 - ангиопульмонография
- 3 - бронхоскопия

4 - бронхография

5 - перфузионное сканирование легких

5. Показанием к хирургическому лечению при врожденной кисте легкого служит:

1 - факт наличия кисты

- 2 - только осложнения кисты (кровохарканье, напряженная киста)
- 3 - только присоединение неспецифического воспаления
- 4 - только присоединение специфического воспаления (туберкулез)
- 5 - неэффективность консервативного лечения (дренирования, склеротерапии)

6. При диагностированной вне- или внутрилегочной секвестрации легкого показано:

- 1 - динамическое наблюдение, профилактика воспалительных осложнений
- 2 - хирургическое лечение**
- 3 - консервативная терапия при развитии воспалительных осложнений
- 4 - рентгенотерапия
- 5 - никакого специального лечения при данной патологии не показано

7. «Зеркальное легкое» - это:

1 - порок развития легких, заключающийся в точно зеркальном строении легкого по отношению к контрлатеральному

- 2 - порок развития, заключающийся в точно обратном строении легких
- 3 - аномалия развития, при которой лингулярные бронхи отходят самостоятельно от левого главного бронха
- 4 - аномалия развития, при которой Б4 и Б5 справа отходят от верхнедолевого бронха
- 5 - порок развития, при котором в правом и левом легких 6-й сегмент представляет самостоятельную долю

8. Общим для клиники односторонней агенезии, аплазии и гипоплазии легкого является (наиболее полный вариант ответа):

- 1 - относительно длительный период полного клинического благополучия и быстрое развитие дыхательной недостаточности при присоединении воспалительного процесса, необычно тяжелое течение банальных респираторных инфекций, гриппа с быстрым распространением инфекции на нижние дыхательные пути
- 2 - необычно тяжелое течение банальных респираторных инфекций, гриппа с быстрым распространением инфекции на нижние дыхательные пути, большой процент летальных исходов в раннем детском возрасте
- 3 - большой процент летальных исходов в раннем детском возрасте
- 4 - относительно длительный период полного клинического благополучия и быстрое развитие дыхательной недостаточности при присоединении воспалительного процесса, необычно тяжелое течение банальных респираторных инфекций, гриппа с быстрым распространением инфекции на нижние дыхательные пути, частое сочетание с другими пороками развития легких**
- 5 - большой процент летальных исходов в раннем детском возрасте, методом лечения является только консервативная терапия

9. Отличие секвестрации от добавочного легкого в:

- 1 - кровоснабжении от аорты или ее ветвей, отсутствие сообщения с бронхиальным деревом**
- 2 - кровоснабжении из малого круга, отсутствие сообщения с бронхиальным деревом
- 3 - кровоснабжении из малого круга, наличия сообщения с бронхиальным деревом
- 4 - наличия сообщения с трахеей, отсутствие сообщения с бронхиальным деревом
- 5 - кровоснабжении из малого круга, наличия сообщения с трахеей

10. Показанием к хирургическому лечению при пороках развития сосудов легкого является:

- 1 - артерио-венозный свищ
- 2 - признаки малигнизации артерио-венозного свища (ангиомы)
- 3 - признаки малигнизации артерио-венозного свища (ангиомы), рецидивирующие кровохарканья и легочные кровотечения**
- 4 - признаки малигнизации артерио-венозного свища (ангиомы), варикозное расширение вен легкого
- 5 - артерио-венозный свищ, аневризма легочной артерии

2.11. Спонтанный пневмоторакс. Причины возникновения. Клиническая картина, диагностика, лечение.

Контрольные вопросы:

1. Этиология и патогенез спонтанного пневмоторакса.
2. Клиническая картина спонтанного пневмоторакса.
3. Методы применяемые при обследовании больных со спонтанным пневмотораксом (лабораторные, рентгенологические, бронхологические).
4. Наиболее типичные осложнения спонтанного пневмоторакса.
5. Консервативное и оперативное лечение.

Тестовый контроль

1. Наиболее частой причиной неспецифического спонтанного пневмоторакса является:
 - 1 - разрыв плевральных сращений
 - 2 - прорыв абсцесса легкого
 - 3 - разрыв врожденных воздушных кист легкого
 - 4 - разрыв эмфизематозных пузырей легких, как проявление эмфиземы легких**
 - 5 - все верно
2. Лечение спонтанного неспецифического пневмоторакса должно начинаться:
 - 1 - с плевральной пункции с аспирацией воздуха**
 - 2 - с широкой торакотомии
 - 3 - с динамического наблюдения
 - 4 - с дренирования плевральной полости с активной аспирацией
 - 5 - с R графии грудной клетки
3. При спонтанном пневмотораксе и полном коллапсе легкого дренирование плевральной полости целесообразно:
 - 1 - по средне-аксиллярной линии в 6 межреберье
 - 2 - во 2 межреберье по средне-ключичной линии
 - 3 - в 7 межреберье по задне-аксиллярной линии
 - 4 - в 8 межреберье по задне-аксиллярной линии

5 - 2 дренажа во 2 межреберье средне-ключичной линии и 7 межреберье по задне-аксилярной линии

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

1 - торакоскопия

2 - рентгеноскопия и рентгенография легких

3 - плевральная пункция

4 - сканирование легких

5 - бронхоскопия

#Ответ 2

5. Основными методами лечения неспецифического спонтанного пневмоторакса являются:

1 - торакотомия

2 - плевральная пункция и аспирация воздуха

3 - торакоскопия с последующим дренированием плевральной полости

4 - дренирование плевральной полости с активной аспирацией

5 - наблюдение

6. Спонтанный пневмоторакс чаще всего возникает:

1 - при абсцессе легкого

2 - при эхинококке легкого

3 - при центральном раке с ателектазом и распаде в зоне ателектаза

4 - при кавернозном туберкулезе легкого

5 - при буллезной эмфиземе легкого

7. Наиболее частой причиной неспецифического спонтанного пневмоторакса является:

№ 1. острая бактериальная деструкция легких

№ 2. абсцесс легкого

№ 3. буллезная дистрофия легких

№ 4. выполнение пункции подключичной вены

№ 5. закрытая травма груди

8. При напряженном рецидивном спонтанном пневмотораксе показано:

1 - плевральная пункция

2 - дренирование плевральной полости по Бюлау

3 - дренирование плевральной полости с активной аспирацией

4 - торакоскопия

5 - торакотомия

9. Томография коллабированного легкого при спонтанном пневмотораксе наиболее целесообразна при:

1 - подозрении на буллезную эмфизему

2 - «фигурном» пневмотораксе

3 - ограниченном пневмотораксе

4 - рецидивирующем пневмотораксе

5 - подозрении на активный туберкулез

10. Операция плеврэктомии при спонтанном пневмотораксе наиболее целесообразна и оправдана при:

1 - диффузной буллезной эмфиземе с субплевральным расположением булл

2 - многократно рецидивирующем пневмотораксе, обусловленном диффузной буллезной эмфиземой

3 - спонтанном пневмотораксе, осложненном эмпиемой плевры

4 - рецидиве спонтанного пневмоторакса после ранее перенесенной операции;

5 - рецидиве пневмоторакса после ранее выполненного плевротомии

2.12. Предоперационная подготовка и ведение послеоперационного периода у больных с заболеваниями легких.

Контрольные вопросы:

1. Особенности предоперационной подготовки у больных с заболеваниями легких.
2. Особенности течения послеоперационного периода у больных с заболеваниями легких.
3. Принципы ранней диагностики осложнений послеоперационного периода у больных с заболеваниями легких.
4. Консервативное и оперативное лечение.

Тестовый контроль

1. Абсолютными показаниями для реторакотомии являются:
 - 1 - коллапс легкого в следствии множественных легочных свищей
 - 2 - первичная несостоятельность культи бронха
 - 3 - внутриплевральное кровотечение**
 - 4 - ателектаз легкого
 - 5 - напряженный пневмоторакс
2. Способствует развитию эмпиемы плевры после пульмонэктомии:
 - 1 - бронхиальный свищ
 - 2 - инородные тела в плевральной полости (дренаж, салфетка)
 - 3 - нагноение послеоперационной раны
 - 4 - остеомиелит ребер и хондрит
 - 5 - все перечисленное**
3. При трансторакальной пункции легкого не может возникнуть:
 - 1 - гемоторакс
 - 2 - пневмоторакс
 - 3 - медиастинит**
 - 4 - прививочное метастазирование по плевре
 - 5 - гемопневмоторакс
4. Наиболее характерным клиническим симптомом послеоперационной травмы левого возвратного нерва является:
 - 1 - симптом К. Бернара – Горнера
 - 2 - осиплость голоса**
 - 3 - ларингоспазм
 - 4 - бронхоспазм
 - 5 - анизокория
5. У больного во время операции развился симптом К. Бернара-Горнера. Это свидетельствует о травме:
 - 1 - возвратного нерва
 - 2 - блуждающего нерва
 - 3 - звездчатого нервного узла**

- 4 - диафрагмального нерва
- 5 - I межреберного нерва

6. Нагноение послеоперационной раны после межреберной торакотомии наиболее опасно развитием:

- 1 - гнойного медиастинита
- 2 - эмпиемы плевры
- 3 - плевроторакального свища**
- 4 - остеомиелита ребер
- 5 - развитием сепсиса

7. Показанием к немедленной реторакотомии при интраплевральном послеоперационном кровотечении является продолжающееся кровотечение при темпе:

- 1 - 0,2 - 0,3 л/час
- 2 - 0,2 - 0,3 л/час, отсутствии положительной динамики и эффекта от проводимой консервативной терапии на протяжении 2-3 часов**
- 3 - 0,3 - 0,4 л/час
- 4 - 0,5 л/час и более
- 5 - 0,5 л/час и отсутствии данных за нарушение свертывания крови

8. Наиболее сложен для ранней диагностики свернувшийся гемоторакс при:

- 1 - атипичной резекции легкого
- 2 - лобэктомии, билобэктомии
- 3 - торакопластики
- 4 - пульмонэктомии**
- 5 - торакоскопии

9. Основной причиной внезапных летальных исходов после резекций легких является:

- 1 - инфаркт миокарда
- 2 - гипертензия малого круга кровообращения
- 3 - нарушение венозного оттока от легкого
- 4 - тромбоз легочной артерии
- 5 - тромбоэмболия легочной артерии**

10. Основной и наиболее частой причиной послеоперационной эмпиемы плевры может быть:

- 1 - негерметичность швов культи бронха, нагноение послеоперационной раны, инородное тело**
- 2 - нагноение послеоперационной раны, интраоперационное вскрытие абсцесса, каверны
- 3 - интраоперационное вскрытие абсцесса, каверны, инородное тело
- 4 - инородное тело, длительная (более 3-х часов) операция
- 5 - длительная (более 3-х часов) операция

2.13. Варикоцеле. Аномалия развития и опускания яичка

Контрольные вопросы:

- 1. Этиология и патогенез варикоцеле.
- 2. Клиническая картина варикоцеле.
- 3. Методы применяемые при обследовании больных с варикоцеле.
- 4. Лечение варикоцеле.
- 5. Клиническая картина крипторхизма.
- 6. Методы применяемые при обследовании больных с крипторхизмом.

7. Лечение крипторхизма.

Тестовый контроль

1. В подавляющем большинстве случаев варикоцеле встречается:
 - 1) справа
 - 2) слева**
 - 3) с двух сторон
2. Сколько степеней бывает у варикоцеле:
 - 1) 1
 - 2) 2
 - 3) 3**
 - 4) 4
3. Операцией выбора на современном этапе при варикоцеле является:
 - 1) Операция Иванисевича
 - 2) Операция Паломо
 - 3) Лапароскопическая перевязка вены яичка**
4. При наличии варикоцеле справа, какое заболевание следует исключить:
 - 1) Варикоз забрюшинных сосудов
 - 2) Опухоль почки справа**
 - 3) Порок развития правой почки
5. Какой метод исследования обязателен перед оперативным лечением варикоцеле:
 - 1) Рентген забрюшинного пространства
 - 2) МСКТ забрюшинного пространства
 - 3) МРТ забрюшинного пространства
 - 4) УЗИ забрюшинного пространства**
6. При варикоцеле какой степени показано оперативное лечение:
 - 1) 1
 - 2) 2
 - 3) 3
 - 4) 2 и 3**
7. В каком возрасте оптимально делать операцию при крипторхизме:
 - 1) До 3 лет**
 - 2) От 3 до 6 лет
 - 3) Старше 6 лет
8. Видами ретенции яичка являются все, кроме:
 - 1) Паховая ретенция
 - 2) Брюшная ретенция
 - 3) Почечная ретенция**
9. Операцией выбора при крипторхизме является орхиопекия по:
 - 1) Тореку-Герцену
 - 2) Петривальскому**
 - 3) Соколову
 - 4) Гроссу

10. Если не выполнить операцию орхиопексии при крипторхизме, могут развиваться осложнения, кроме:
- 1) Озлокачествление яичка
 - 2) Гипоплазия яичка
 - 3) Бесплодие
 - 4) **Гипергонадизм**

2.14. Патология влагалищного отростка брюшины

Контрольные вопросы:

1. Этиология и патогенез врожденной паховой грыжи.
2. Клиническая картина врожденной паховой грыжи.
3. Лечение при врожденной паховой грыже.
4. Этиология и патогенез водянки оболочек яичка и кисты семенного канатика.
5. Клиническая картина водянки оболочек яичка и кисты семенного канатика.
6. Лечение при водянке оболочек яичка и кисте семенного канатика.

Тестовый контроль

1. Наиболее характерным симптомом для паховой грыжи является:
 - 1) тошнота и рвота;
 - 2) подъем температуры;
 - 3) **эластичное выпячивание в паховой области;**
 - 4) боли в животе;
 - 5) плохой аппетит.
2. Дифференцируют пахово-мошоночную грыжу чаще всего с:
 - 1) орхитом;
 - 2) **водянкой оболочек яичка;**
 - 3) варикоцеле;
 - 4) перекрутом гидатиды;
 - 5) орхидэпидидимитом.
3. Показания к операции по поводу пахово-мошоночной грыжи:
 - 1) частое ущемление;
 - 2) возраст после 2-х лет;
 - 3) **установление диагноза;**
 - 4) возраст после 5-ти лет;
 - 5) диаметр выпячивания свыше 3 см.
4. Выделяют все варианты водянки оболочек яичка, кроме:
 - 1) сообщающейся;
 - 2) несообщающейся;
 - 3) **посттравматической;**
 - 4) физиологической;
 - 5) островозникшей.
5. Дифференциальная диагностика водянки оболочек яичка проводится со всеми перечисленными заболеваниями, кроме:
 - 1) паховой грыжи;
 - 2) крипторхизма;
 - 3) **перекрута и некроза яичка;**
 - 4) пахового лимфаденита;

- 5) киста элементов семенного канатика
6. Полная облитерация вагинального отростка заканчивается к:
- 1) 28-32 недели внутриутробной жизни;
 - 2) рождению;
 - 3) 1 году;**
 - 4) 2-3 годам;
 - 5) сразу после рождения.
7. Наиболее вероятной причиной возникновения кисты элементов семенного канатика является:
- 1) гормональный дисбаланс;
 - 2) диспропорция кровеносных и лимфатических сосудов;**
 - 3) незаращение вагинального отростка;
 - 4) специфический процесс;
 - 5) патология мочевыделительной системы.
8. Наиболее характерный признак кисты элементов семенного канатика:
- 1) отечность в паховой области;
 - 2) гиперемия в паховой области;
 - 3) эластичная припухлость в паховой области, смещающаяся при потягивании за яичко;**
 - 4) резкая болезненность;
 - 5) расширение наружного пахового кольца
9. Дифференциальная диагностика кисты элементов семенного канатика включает все перечисленное, кроме:
- 1) пахового лимфаденита;
 - 2) водянки оболочек яичка;
 - 3) крипторхизма;
 - 4) ущемленной паховой грыжи;
 - 5) перекрута гидатиды.**
10. Причинами возникновения синдрома отечной и гиперемизированной мошонки являются все, кроме:
- 1. Водянка яичка**
 2. Травма мошонки
 3. Перекрут яичка или придатка
 4. Опухоль яичка
 5. Ущемленная паховая грыжа

2.15. Опухоли забрюшинного пространства у детей

Контрольные вопросы:

1. Частота опухолей забрюшинного пространства у детей.
2. Основные клинические проявления опухолей забрюшинного пространства у детей.
3. Роль обзорной рентгенографии печени, ультразвукового исследования, сканирования, компьютерной и магнитно-резонансной томографии в диагностике опухолей забрюшинного пространства у детей.
4. Оперативное лечение при опухолях забрюшинного пространства у детей.

Тестовый контроль

1. Опухоли забрюшинного пространства и брюшной полости имеют общий синдром ...
 - 1) более в животе
 - 2) **пальпируемой опухоли в животе**
 - 3) диспепсии
 - 4) запор
2. Врожденную опухоль почки в 1899 году описал ...
 - 1) Волкович
 - 2) Пирогов
 - 3) **Вильмс**
 - 4) Ледд
3. Нефробластома преимущественно встречается в возрасте ...
 - 1) **до 3 лет**
 - 2) в 3-5 лет
 - 3) в 5-8 лет
 - 4) после 8 лет
4. В классификации нефробластомы выделяют ... стадий.
 - 1) 1
 - 2) 2
 - 3) 3
 - 4) 4
 - 5) **5**
5. Для нефробластомы характерна триада признаков ...
 - 1) **опухоль в животе, боли в животе, гематурия**
 - 2) опухоль в животе, боли в животе, отеки
 - 3) боли в животе, отеки, гематурия
6. Метаболитами дофамина, определяемыми при нейробластоме являются ...
 - 1) **гомованилиновая и ванилинминдальная кислоты**
 - 2) уробилин и уробилиноген
 - 3) АЛТ и АСТ
 - 4) мочевины и креатинин
7. Нейробластома растет из ...
 - 1) нервов
 - 2) **ганглиев парасимпатического ствола**
 - 3) оболочек нервов
 - 4) хвоста спинного мозга
8. К спонтанной регрессии и «созреванию» предрасположена ...
 - 1) нефробластома
 - 2) гепатобластома
 - 3) **нейробластома**
9. При нейробластоме в крови появляется маркер ...
 - 1) альфа-фетопrotein
 - 2) раковый эмбриональный антиген
 - 3) **нейрон-специфическая енолаза**

10. Предоперационную химиотерапию при больших забрюшинных опухолях используют для ...
- 1) снижения интоксикации
 - 2) **уменьшения объема опухоли**
 - 3) разрушения метастазов
 - 4) предотвращения метастазирования

3.1. Гнойные заболевания легких и плевры

Контрольные вопросы:

1. Определение понятия абсцесс и гангрена легкого. Классификация гнойных заболеваний легких.
2. Этиопатогенез абсцесса и гангрены легкого.
3. Фазность течения абсцесса легкого.
4. Выявить основные симптомы, описать клиническую картину острого и хронического абсцесса легкого.
5. Методы применяемые при обследовании больных с абсцессом легкого (лабораторные, рентгенологические, бронхологические).
6. Наиболее типичные осложнения острого абсцесса легкого.
7. Рациональная медикаментозная терапия.
8. Показания для консервативного и оперативного лечения, в том числе в экстренных случаях.
9. Бронхоэктатическая болезнь – определение понятия. Первичные и вторичные бронхоэктазы.
10. Основные симптомы при бронхоэктазах. Методы обследования.
11. Консервативное лечение. Показания к оперативному лечению. Виды операций.
12. Определение понятия эмпиемы плевры. Первичные и вторичные эмпиемы плевры.
13. Методы диагностики эмпиемы плевры.
14. Рациональная консервативная терапия при эмпиеме плевры.
15. Показания к оперативному лечению. Виды операций.

Тестовый контроль

1. Реактивный экссудативный плеврит может наблюдаться при:
 - 1 – пневмонии;
 - 2 – поддиафрагмальном абсцессе;
 - 3 – септической пневмонии;
 - 4 – остром холецистите и панкреатите;
 - 5 – **всех перечисленных заболеваний.**
2. Эмпиема плевры после пневмонэктомии может развиваться вследствие:
 - 1 – инородного тела плевральной полости;
 - 2 – нагноения послеоперационной раны;
 - 3 – остеомиелита ребра;
 - 4 – бронхиального свища;
 - 5 – **всего перечисленного выше.**
3. Методом лечения при эмпиеме плевры с формированием многокамерной полости является:
 - 1 – только системная и внутриплевральная антибактериальная терапия;
 - 2 – плевральные пункции с аспирацией содержимого плевральной полости;
 - 3 – длительное закрытое дренирование плевральной полости;

4 – торакотомия или торакоскопия с санацией плевральной полости и декортикация лёгкого;

5 – пневмонэктомия.

4. К нагноительным заболеваниям лёгких относят:

1 – абсцесс лёгкого;

2 – нагноившуюся кисту лёгкого;

3 – бронхоэктатическую болезнь;

4 – эмпиему плевры;

5 – гангрену лёгкого;

6 – все вышеперечисленное.

5. Чаще всего наблюдаются абсцессы лёгких:

1 – посттравматические;

2 – обтурационные;

3 – постпневмонические;

4 – аспирационные;

5 – гематогенно-эмболические.

6. Инфекция, вызывающая абсцесс лёгкого, чаще всего проникает в лёгкое:

1 – бронхогенным путем;

2 – гематогенным;

3 – лимфогенным;

4 – контактным;

5 – постманипуляционным.

7. Выявляемый рентгенологически горизонтальный уровень в области абсцесса свидетельствует о (3,4):

1 – деструкции

2 – секвестрации

3 – дренировании в просвет бронха

4 – скоплении значительного количества гноя

5 – переходе в хроническую стадию заболевания

6 – верно 3,4

7 – верно 1,2,5

8. При гангрене лёгкого наиболее информативна:

1 – рентгенография;

2 – радиоизотопное сканирование с ксеноном;

3 – спирометрия;

4 – бронхография;

5 – бронхоскопия.

9. Гангрена лёгкого характеризуется всем перечисленным, кроме:

1 – крайне тяжёлого состояния больного;

2 – кашля со зловонной, бурого цвета мокротой;

3 – резчайшей интоксикации;

4 – амилоидоза паренхиматозных органов;

5 – выраженной дыхательной недостаточности.

10. Наиболее характерными для бронхоэктатической болезни симптомами являются:

- 1 – кашель с гнойной мокротой в периоды обострения воспалительного процесса в бронхиальном дереве;
- 2 – кровохарканье;
- 3 – пальцы в виде «барабанных палочек»;
- 4 – только 1 и 3;
- 5 – все перечисленные симптомы.**

3.2. Хирургические заболевания печени

Контрольные вопросы:

5. Хирургическая анатомия и физиология печени.
6. Этиология и патогенез заболеваний печени.
7. Частота паразитарных заболеваний, рака и абсцесса печени в ряду очаговых заболеваний печени.
8. Особенности роста и распространения паразитарных заболеваний печени.
9. Основные клинические проявления паразитарных заболеваний печени.
10. Роль серологических исследований в диагностике паразитарных заболеваний печени.
11. Доброкачественные опухоли печени.
12. Основные клинические проявления рака печени.
13. Роль обзорной рентгенографии печени, ультразвукового исследования, сканирования, компьютерной и магнитно-резонансной томографии, чрескожной биопсии печени, лапароскопии, ангиографии в диагностике очаговых заболеваний печени.
14. Показания к консервативным и оперативным методам лечения при очаговых заболеваниях печени.

Тестовый контроль

1. Укажите, какое место занимает поражение печени при эхинококкозе?
1 – 1;
2 – 2;
3 – 3.
2. Выберите животных, в организме которых созревает половозрелая стадия эхинококка:
1 – корова
2 – овцы
3 – собака
4 – лисицы
5 – козы
6 – кошки
7 – олень
8 – верно 3,4,6
9 – верно 1,2,5,7
3. Киста эхинококкового паразита состоит:
1 – из герментативной, хитиновой и фиброзной оболочек;
2 – из герментативной и хитиновой оболочек.
4. Укажите возможные осложнения эхинококка печени:
1 – нагноение;
2 – обызвествление;
3 – прорыв кисты в желчный пузырь;
4 – прорыв эхинококка во внутripечёночные протоки;
5 – прорыв в брюшную полость;
6 – желчно-пульмональный свищ;

7 – образование желчно-плеврального свища;

8 – все верно.

5. Перечислите методы диагностики эхинококкоза печени:

1 – УЗИ;

2 – МРТ;

3 – селективная ангиография сосудов печени;

4 – все вышеперечисленное.

6. Различия эхинококка от альвеококка определяются личиночной стадией – ларвоцистой. Укажите, что из себя представляет ларвоциста при альвеококкозе:

1 – опухоль;

2 – киста.

7. Укажите основной путь заражения человека альвеококком:

1 – воздушно-капельный путь;

2 – через ЖКТ;

3 – через повреждённый кожный покров.

8. Какие операции применяются при альвеококкозе печени:

1 – резекция печени;

2 – кавернотомия и дренирование полости распада;

3 – криодеструкция паразита;

4 – все вышеперечисленное.

9. Какие злокачественные опухоли встречаются в печени:

1 – гепатоцеллюлярный рак;

2 – холангиоцеллюлярный рак;

3 – саркомы печени;

4 – метастатические опухоли;

5 – все верно.

10. Какие доброкачественные опухоли встречаются в печени?

1 – аденомы (гепатомы);

2 – гемангиомы;

3 – лимфангиомы;

4 – все верно.

11. Укажите возможные объёмы операций при доброкачественных опухолях печени:

1 – резекция печени;

2 – гемигепатэктомия;

3 – иссечение опухоли;

4 – все верно.

12. Альвеококкозом можно заразиться от:

1 – грызунов при дератизации;

2 – разделки туши лося;

3 – человека;

4 – крупного рогатого скота при разделке туши;

5 – собаки.

13. Источником заражения эхинококкозом является (3,4,5):

- 1 – верблюды
- 2 – лошади
- 3 – помидоры, выращенные на дачном участке
- 4 – брусника
- 5 – волки
- 6 – верно 3,4,5**
- 7 – верно 1,2

14. Наиболее достоверным способом диагностики альвеококкоза считают:

- 1 – клинические данные;
- 2 – функциональные пробы печени;
- 3 – обзорная рентгенография;
- 4 – УЗИ;
- 5 – МРТ.**

15. Наиболее грозным осложнением альвеококкоза является:

- 1 – наличие полости распада;
- 2 – механическая желтуха;
- 3 – нагноение полости распада;
- 4 – прорыв в брюшную полость нагноившейся полости распада;**
- 5 – сдавление нижней полой вены.

3.3. Болезни оперированного желудка

Контрольные вопросы:

- 1. Классификация болезней оперированного желудка.
- 2. Этиология и патогенез развития демпинг-синдрома.
- 3. Клиническая картина и диагностика демпинг-синдрома.
- 4. Консервативная терапия при демпинг-синдроме
- 5. Показания к хирургическому лечению при демпинг-синдроме.
- 6. Этиология и патогенез щелочного рефлюкс-гастрита.
- 7. Клиническая картина, диагностика и лечение при щелочном рефлюкс-гастрите. Показания к хирургическому вмешательству и его методы.
- 8. Этиология и патогенез рефлюкс-эзофагита.
- 9. Клиническая картина, диагностика и лечение при рефлюкс-эзофагите. Показания к хирургическому лечению и его методы.
- 10. Этиология и патогенез пострезекционной и постваготомической диареи.
- 11. Лечение при диарее. Показания к хирургическому лечению. Профилактика.
- 12. Этиология и патогенез синдрома приводящей петли.
- 13. Клиническая картина и диагностика синдрома приводящей петли.
- 14. Показания к хирургическому лечению при синдроме приводящей петли и его методы.
- 15. Этиология и патогенез пептической язвы анастомоза.
- 16. Клиническая картина и диагностика пептической язвы анастомоза.
- 17. Показания к хирургическому лечению. Выбор метода операции.
- 18. Профилактика болезней оперированного желудка.
- 19. Причины рецидива язвы после резекции желудка.
- 20. Клиническая картина и диагностика рецидива язвы оперированного желудка.

Тестовый контроль

- 1. После резекции желудка возможны нарушения, которые получили название «Болезнь оперированного желудка». При каких патологических состояниях требуется реконструктивная операция?
- 1 – демпинг-синдром

- 2 – синдром приводящей петли
- 3 – рефлюкс-гастрит
- 4 – хронический панкреатит
- 5 – рецидив язвы
- 6 – рак культи желудка
- 7 – метаболические нарушения (потеря массы тела, нарушения обмена)
- 8 – верно 1,2,5,6**
- 9 – верно 3,4,7

2. Назовите возможные причины пострезекционных синдромов:

- 1 – большой объём резекции желудка;
- 2 – малый объём резекции желудка;
- 3 – неадекватный способ восстановления непрерывности желудочно-кишечного тракта;
- 4 – некорригированная причина хронического нарушения дуоденальной непроходимости;
- 5 – погрешность в технике выполнения операции;
- 6 – все верно.**

3. Назовите возможные причины возникновения постваготомических синдромов:

- 1 – неполная ваготомия;
- 2 – невыполнение дренирующей операции;
- 3 – погрешности в выполнении дренирующей операции;
- 4 – неадекватно выбранный способ дренирующей операции.
- 5 – все верно.**

4. Назовите патологический синдром, не характерный после ваготомии:

- 1 – дисфагия;
- 2 – гастрит;
- 3 – пептическая язва;
- 4 – демпинг-синдром;
- 5 – синдром приводящей петли;**
- 6 – диарея;
- 7 – дискомфорт в брюшной полости.

5. Укажите симптомы, характерные для синдрома приводящей петли:

- 1 – боль в эпигастрии и правом подреберье
- 2 – рвота слизью
- 3 – рвота пищей с желчью
- 4 – асимметрия живота за счёт выбухания в левом подреберье
- 5 – асимметрия живота за счёт выбухания в правом подреберье
- 6 – верно 1,3,5**
- 7 – верно 2,4

6. Какой способ хирургического лечения при синдроме приводящей петли наиболее эффективен?

- 1 – реконструктивная резекция желудка по типу Бильрот II;
- 2 – реконструктивная резекция желудка по типу Бильрот I;
- 3 – реконструктивная операция с анастомозом на У-образно выключенной петле.**

7. Назовите триаду симптомов для рефлюкс-гастрита культи желудка:

- 1 – кровотечение
- 2 – гиперсаливация
- 3 – боль в эпигастрии

- 4 – срыгивание и рвота желчью
- 5 – потеря массы тела
- 6 – гипогликемия
- 7 – верно 3,4,5**
- 8 – верно 1,2,6

8. Какие из перечисленных патологических состояний после ваготомии с дренированием желудка и без него подлежат повторной операции?

- 1 – демпинг-синдром
- 2 – гипогликемический синдром
- 3 – дисфагия
- 4 – желудочный стаз
- 5 – рефлюкс-гастрит
- 6 – гиперацидный гастродуоденит
- 7 – диарея
- 8 – рецидив язвы
- 9 – рак оперированного желудка
- 10 – верно 1,4,8,9**
- 11 – верно 2,3,5,6,7

9. Причины образования пептической язвы анастомоза?

- 1 – экономная резекция
- 2 – повышенный тонус блуждающего нерва
- 3 – щелочной рефлюкс-гастрит
- 4 – недостаточность кардии
- 5 – неудалённая часть гастрин-продуцирующей зоны
- 6 – синдром Золлингера-Эллисона
- 7 – анастомозит
- 8 – верно 1,2,5,6**
- 9 – верно 3,4,7

10. Укажите возможные варианты радикального излечения при синдроме Золлингера-Эллисона:

- 1 – стволовая ваготомия с пилоропластикой;
- 2 – стволовая ваготомия с антрумэктомией;
- 3 – гастрэктомия;
- 4 – резекция желудка;
- 5 – удаление гастриномы из поджелудочной железы или из органа при другой её локализации.**

11. Назовите функциональные расстройства оперированного желудка. Какие из них наиболее часто встречаются?

- 1 – демпинг-синдром
- 2 – агастральная астения
- 3 – пептическая язва анастомоза
- 4 – гастрит культи желудка
- 5 – рубцовые сужения и деформации анастомоза
- 6 – гипогликемический синдром
- 7 – диарея
- 8 – анастомозит
- 8 – верно 1,2,4,6,7**
- 9 – верно 3,5,8

12. Назовите одну, наиболее частую болезнь оперированного желудка:

- 1 – демпинг-синдром;
- 2 – агастральная астения;
- 3 – пептическая язва анастомоза;
- 4 – гастрит культи желудка;**
- 5 – рубцовые сужения и деформации анастомоза;
- 6 – гипогликемический синдром;
- 7 – диарея;
- 8 – анастомозит.

13. Тип желудочного пищеварения определяется:

- 1 – по данным базальной кислотопродукции;
- 2 – по времени опорожнения желудка;**
- 3 – по наличию дуоденогастрального рефлюкса и его тяжести;
- 4 – по показаниям электрогастрографии;
- 5 – по уровню продукции пепсина.

14. Диагностика демпинг-синдрома в основном базируется на:

- 1 – клинических проявлениях заболевания;**
- 2 – анамнезе;
- 3 – данных рентгенконтрастного исследования желудочно-кишечного тракта;
- 4 – исследовании кислотопродуцирующей функции желудка;
- 5 – результатах провокационного теста с 50% раствором глюкозы.

15. Операцией выбора при язвенной болезни желудка у больного с выраженной предрасположенностью к демпинг-синдрому является:

- 1 – резекция желудка по Бильрот–I;**
- 2 – резекция желудка по Гофмейстеру-Финстереру;
- 3 – резекция желудка по Мошковичу;
- 4 – резекция желудка по Бальфуру;
- 5 – стволовая ваготомия с гастроэнтероанастомозом.

16. Для 1 типа гипогликемического синдрома характерно всё кроме:

- 1 – возникновение приступа после большого перерыва после еды;
- 2 – возможного развития при тяжёлой физической нагрузке;
- 3 – проявления чувства голода перед приступом;
- 4 – резкой тахикардии;**
- 5 – быстрого купирования приёмом пищи.

17. Согласно данным отечественной литературы пептическая это:

- 1 – язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки и желудка;
- 2 – острые язвы гастродуоденальной зоны различной природы;
- 3 – незажившие или рецидивировавшие язвы после ваготомии;
- 4 – язвы тощей кишки (реже двенадцатиперстной и пищевода), возникающие после резекции желудка или дренирующих его операций вследствие прямого воздействия на ее слизистую непрерывно продуцируемого кислого желудочного сока;**
- 5 – все названные выше язвенные поражения.

18. Основным патогенным фактором, вызывающим образование пептической язвы, является:

- 1 – операционная травма;

- 2 – нарушение кровообращения в кишечной стенке;
- 3 – повреждение нервной системы кишки;
- 4 – свободная соляная кислота желудочного сока;**
- 5 – сочетание всех этих факторов.

19. Факторами, благоприятствующими развитию пептической язвы после резекции желудка являются все кроме:

- 1 – экономной резекции желудка;
- 2 – широкого гастроэнтероанастомоза;
- 3 – непрерывной эвакуации желудочного содержимого;
- 4 – гиперплазии париетальных клеток;
- 5 – рефлюкс-гастрита.**

20. Основными клиническими проявлениями постгастрорезекционных пептических язв являются:

- 1 – изжога;
- 2 – боли в эпигастральной области;**
- 3 – тошнота и рвота;
- 4 – плохой аппетит и похудание;
- 5 – склонность к запорам.

21. Постгастрорезекционные язвы образуются везде кроме:

- 1 – культи желудка;**
- 2 – двенадцатиперстной кишки;
- 3 – тонкокишечной вставки при реконструктивных операциях;
- 4 – приводящей петли тонкой кишки;
- 5 – отводящей петли.

22. Излюбленной локализацией пептических язв в анастомотической камере является:

- 1 – передняя стенка камеры;
- 2 – задняя стенка;
- 3 – устье приводящей петли;
- 4 – дно анастомотической камеры;**
- 5 – отводящая петля тощей кишки.

23. Основным в диагностике пострезекционной язвы является:

- 1 – изучение клинической картины;
- 2 – сбор анамнеза;
- 3 – рентгенологическое исследование верхних отделов желудочно-кишечного тракта;
- 4 – эндоскопическое исследование;**
- 5 – изучение желудочной секреции.

24. Методом выбора в лечении синдрома приводящей петли является:

- 1 – консервативная терапия;
- 2 – хирургическое лечение;**
- 3 – рефлексотерапия;
- 4 – только 1 и 3;
- 5 – только 1 и 2.

25. Резекция культи желудка должна быть изъята из арсенала методов хирургического лечения пептической язвы тонкой кишки в силу ее:

- 1 – теоретической необоснованности;

- 2 – большой травматичности;
- 3 – малой эффективности;
- 4 – всех этих трех причин;**
- 5 – только 1 и 3.

26. Предупредить развитие пептической язвы после резекции желудка позволяет:

- 1 – точная предоперационная диагностика заболевания;
- 2 – технически правильно выполненная операция;
- 3 – дополнение резекции желудка стволовой или селективной ваготомией;
- 4 – реализация 1 и 2;
- 5 – выполнение всех трех условий.**

27. При синдроме приводящей петли функциональной и органической природы в процесс вовлечены:

- 1 – двенадцатиперстная кишка и приводящая петля тощей кишки;**
- 2 – только приводящая петля;
- 3 – лишь анастомотическая камера;
- 4 – все названные отделы тонкой кишки;
- 5 – лишь 2 и 3.

28. Развитие функционального синдрома приводящей петли обусловлено:

- 1 – перидуодентом;
- 2 – спаечным процессом в зоне двенадцатиперстной кишки;
- 3 – эссенциальным дуоденостазом, не выявленным до операции;**
- 4 – перидуоденальным лимфаденитом;
- 5 – всеми названными патологическими процессами.

29. Развитие синдрома приводящей петли органической природы может быть вызвано:

- 1 – артериомезентериальной компрессией;
- 2 – высокой фиксацией дуоденоюнального перехода;
- 3 – перегибом приводящей петли при высокой фиксации её к ушитой культе желудка;
- 4 – сужением устья приводящей петли;
- 5 – всеми названными причинами.**

30. Из названной патологии наиболее вероятной причиной развития механического синдрома приводящей петли является:

- 1 – перидуоденит;
- 2 – высокая фиксация приводящей петли к культе желудка;**
- 3 – перидуоденальный лимфаденит;
- 4 – спаечный процесс вокруг двенадцатиперстной кишки;
- 5 – дивертикул двенадцатиперстной кишки.

3.4. Медиастинит, опухоли и кисты средостения

Контрольные вопросы:

- 1. Топографическая анатомия средостения.
- 2. Этиология и патогенез медиастинитов.
- 3. Классификация медиастинитов.
- 4. Микробиологические аспекты медиастинитов.
- 5. Особенности клинических проявлений медиастинитов.
- 6. Диагностическая программа при медиастинитах.

7. Принципы лечения и тактика при медиастинитах.
8. Хирургические методы лечения медиастинитов.
9. Методы дренирования при медиастинитах.
10. Комплексная детоксикация при медиастинитах.
11. Выбор антибактериальных препаратов и способов их введения.
12. Пути улучшения результатов лечения больных с медиастинитами.
13. Клиническая картина опухолей и кист средостения.
14. Методы диагностики при опухолях и кистах средостения.
15. Принципы лечения при опухолях и кистах средостения.

Тестовый контроль

1. Для лечения при остром медиастините используются:
 - 1 – противовоспалительная терапия;
 - 2 – спазмолитическая терапия;
 - 3 – дренирование средостения;**
 - 4 – стероидные гормоны;
 - 5 – инфузионная терапия.
2. Наиболее эффективным способом лечения при остром медиастините является:
 - 1 – антибиотикотерапия;
 - 2 – приём спазмолитиков;
 - 3 – применение гормонов;
 - 4 – дренирование средостения;**
 - 5 – дезинтоксикационная терапия.
3. По характеру экссудата и виду возбудителя острый медиастинит бывает:
 - 1 – серозный;
 - 2 – гнойный;
 - 3 – гнилостный;
 - 4 – анаэробный;
 - 5 – гангренозный;
 - 6 – все верно.**
4. По клиническому течению острого медиастинита не бывает:
 - 1 – молниеносная форма;
 - 2 – острая форма;
 - 3 – подострая форма;
 - 4 – переходная форма;**
 - 5 – хроническая форма.
5. Рентгенологические признаки абсцесса средостения:
 - 1 – выпуклая округлая тень, выступающая в левую плевральную полость
 - 2 – выпуклая округлая тень, выступающая в правую плевральную полость
 - 3 – затекание бариевой взвеси за контур пищевода
 - 4 – наличие эмфиземы средостения
 - 5 – незначительное расширение тени средостения в поперечнике
 - 6 – верно 1,2**
 - 7 – верно 3,4,5
6. Основными клиническими признаками послеоперационного гнойного медиастинита являются:

1. клиника инфекционно-токсического шока, высокая лихорадка, нарушение деятельности сердца, реактивный перикардит
- 2. общее септическое состояние, нарушение деятельности сердца, расширение границ средостения, дисфагия, реактивный плеврит**
3. острая сердечно-легочная недостаточность, высокая лихорадка, образование забрюшинных натечников
4. общее тяжелое состояние, нарушение деятельности сердца: флотация средостения, дисфагия, афония
5. общее тяжелое состояние, лихорадка, перикардит, плеврит, прогрессирующая полиорганная недостаточность

7. Оптимальным сочетанием методов диагностики послеоперационного медиастинита следует считать:

- 1. рентгенография + УЗИ + КТ**
2. рентгеноскопия + эзофагография + УЗИ
3. рентгеноскопия + эзофагоскопия + бронхоскопия
4. КТ + эзофагоскопия + медиастиноскопия
5. рентгенография + медиастиноскопия + торакоскопия

8. Основным методом лечения послеоперационного медиастинита является:

1. медиастиноскопия с дренированием средостения, лаваж средостения с активной аспирацией
2. регулярные пункции средостения с введением антибактериальных препаратов
3. интенсивная консервативная терапия (антибактериальная полихимиотерапия, иммунотерапия, методы дезинтоксикации)
4. срочная операция - вскрытие средостения, санация гнойной полости, ушивание раны
- 5. срочная операция - вскрытие, тампонада, дренирование средостения**

9. Медиастинит - это:

1. любой патологический процесс в средостении опухолевой или воспалительной этиологии
2. острый воспалительный процесс в средостении, вызываемый специфической или неспецифической флорой
3. туберкулезное воспаление перикарда и клетчатки средостения
- 4. острое или хроническое воспаление средостения, вызванное микробной флорой, а также механической травмой, химическими веществами и физическими факторами**
5. гнойное воспаление клетчатки средостения

10. При остром гнойном медиастините преимущественно показано:

1. консервативная терапия
2. закрытое дренирование средостения и консервативная терапия
3. вскрытие и тампонада средостения
4. вскрытие, тампонада и дренирование средостения
- 5. вскрытие, санация, дренирование и последующий лаваж средостения**

3.5. Инфекция мягких тканей

Контрольные вопросы:

1. Абсцесс. Флегмона. Фурункул. Карбункул. Определение, особенности течения, диагностики и лечения.
2. Начальные проявления воспалительных заболеваний мягких тканей.

3. Этиология, патогенез, клиническая картина и лечение больных гидраденитом, панарицием, рожистым воспалением, лимфангиитом, эризипелоидом, флегмонами кисти.
4. Этиология, патогенез, особенности клинического проявления и лечения больных столбняком, бешенством, сибирской язвой.
5. Тактика врача при выявлении гнойно-воспалительных заболеваний мягких тканей, консервативное лечение.
6. Экспертиза нетрудоспособности.
7. Виды анаэробной инфекции.
8. Организационные аспекты лечения больных с анаэробной инфекцией
9. Клинические признаки анаэробной инфекции.
10. Принципы лечения при анаэробной инфекции.

Тестовый контроль

1. Что нужно учитывать при госпитализации, лечении больных с анаэробной инфекцией в первую очередь?
 - 1 – диагноз больного
 - 2 – возраст больного
 - 3 – сопутствующую патологию
 - 4 – высокую контагиозность клостридиальной инфекции
 - 5 – верно 1,4**
 - 6 – верно 2,3
2. Где оперировать больного с анаэробной инфекцией?
 - 1 – в «гнойной» операционной;
 - 2 – в «гнойной» перевязочной;
 - 3 – в переоборудованной палате, в которой у больного выявлена анаэробная инфекция;**
 - 4 – в экстренной операционной.
3. Какое мероприятие по предотвращению распространения анаэробной инфекции не применяют:
 - 1 – изоляция больных с анаэробной инфекцией в палате;
 - 2 – изоляция больных с анаэробной инфекцией в специализированных боксах;**
 - 3 – строгий противоэпидемический режим;
 - 4 – санитарная обработка инструментов, перевязочных материалов по инструкции.
4. При фурункуле в первой фазе воспаления применяют все перечисленное, кроме:
 - 1 – обкалывание фурункула антибиотиком в растворе новокаина;
 - 2 – физиолечение токами УВЧ;
 - 3 – вскрытие очага воспаления;**
 - 4 – высококалорийное питание;
 - 5 – иммунокорригирующая терапия.
5. При фурункуле лица с высокой температурой применяются:
 - 1 – строгий постельный режим
 - 2 – широкое раскрытие гнойного очага
 - 3 - приём пищи в жидком состоянии
 - 4 – инфузионная и дезинтоксикационная терапия
 - 5 – верно 1,2**
 - 6 – верно 3,4

6. Сетчатый лимфангиит отличается от рожи:

- 1 – поражением всех слоёв кожи;
- 2 – поражением в основном слизистой оболочки;
- 3 – локализацией инфекции в сетчатом слое кожи;**
- 4 – отсутствием гиперемии кожи;
- 5 – отсутствием повышения температуры тела.

7. Для карбункула верхней губы характерным осложнением является:

- 1 – сепсис;
- 2 – некроз кожи;
- 3 – тромбоз мозговых синусов;**
- 4 – остеомиелит верхней челюсти;
- 5 – тромбоз сонной артерии.

8. Надапоневротическая флегмона ладони характеризуется всем перечисленным кроме:

- 1 – небольшого отёка тыла кисти;
- 2 – болезненности при пальпации ладонной поверхности;
- 3 – флюктуации;**
- 4 – резкого ограничения подвижности средних пальцев.

9. Наиболее опасными осложнениями глубокой флегмоны шеи являются все перечисленные, кроме:

- 1 – гнойного медиастинита;
- 2 – гнойного менингита;
- 3 – сдавления дыхательных путей;
- 4 – прорыва гноя в пищевод;
- 5 – сепсиса.

10. Профилактическое введение противостолбнячной сыворотки необходимо во всех случаях кроме:

- 1 – ушибленной раны головы
- 2 – термического ожога бедра 2 степени
- 3 – острого (гангренозного) аппендицита
- 4 – открытого перелома плеча
- 5 – закрытого перелома плеча
- 6 – верно 3,5**
- 7 – верно 1,2,4

11. Основные клинические признаки острой фазы столбняка, верно всё, кроме одного:

- 1 – тяжелое общее состояние больного, связанное с интоксикацией;
- 2 – наличие у больного сардонической улыбки;
- 3 – резкая возбудимость поперечно-полосатой мускулатуры;
- 4 – вялые параличи мышц ниже места поражения в связи с избирательным воздействием столбнячного токсина на нервную ткань;**
- 5 – задержка мочи.

12. Ярko выраженная картина столбняка обычно протекает со всеми следующими характерными симптомами кроме:

- 1 – распространённые судороги мышц конечностей и туловища;
- 2 – повышение температуры тела до 42°C.
- 3 – отсутствие сознания;**
- 4 – резко выраженная тахикардия;

5 – задержка мочеиспускания.

13. Оптимальными сроками диагностики анаэробной инфекции являются:

1 – 48-72 часа;

2 – 5-6 суток;

3 – 7-10 суток;

4 – после 10 суток.

14. Отделяемое ран при анаэробной инфекции:

1 – гнойное;

2 – серозно-геморрагическое;

3 – отсутствует.

15. Характерными признаками анаэробной инфекции не является:

1 – стойкие боли и отёк мягких тканей, окружающих рану;

2 – высокая температура;

3 – увеличение гнойного отделяемого из ран;

4 – раннее появление желтухи, олигоанурия.

16. Дополнительными методами, подтверждающими наличие анаэробной инфекции являются:

1 – рентгенография конечностей;

2 – бактериоскопия;

3 – биохимическое исследование крови;

4 – анализ мочи на свободный гемоглобин.

5 – верно 1,2

6 – верно 3,4

17. В лечении анаэробной инфекции преимущественно применяются:

1 – аминогликозиды;

2 – барокамера;

3 – препараты метронидазолового ряда;

4 – ампутация конечности;

5 – гемосорбция, плазмоферез.

6 – верно 2,3,4

7 – верно 1,5

18. Классическими возбудителями клостридиальной инфекции считаются:

1 – *C. perfringens*, *C. oedematis*, *C. hystolyticum*, *C. septicum*;

2 – *C. oedematis*, *C. hystolyticum*, *C. septicum*;

3 – *C. perfringens*, *C. tetani*;

4 – *C. perfringens*, *C. hystolyticum*, *C. septicum*, *C. difficile*;

5 – *C. septicum*.

19. Первые признаки клостридиальной раневой инфекции чаще всего прослеживаются:

1 – на 5-7 сутки;

2 – на 3-4 сутки;

3 – на 1-2 сутки;

4 – на 7-10 сутки;

5 – на 2-3 неделе.

20. При клостридиальной инфекции рана покрыта:

- 1 – фибрином, отделяемое серозное;
- 2 – фибрином, отделяемое гнойное, ткани с участками некроза;
- 3 – налётом грязно-серого цвета, отделяемое серого, коричневого характера, из раны выбухают мышцы тусклого цвета;**
- 4 – тусклыми грануляциями, отделяемое серозно-гнойное;
- 5 – гнойным отделяемым, перифокальная гиперемия кожных покровов, незначительный отёк тканей.

3.6. Флеботромбозы и тромбофлебиты

Контрольные вопросы:

1. Анатомия вен нижних конечностей.
2. Клинические проявления острого тромбофлебита подкожных вен нижних конечностей.
3. Принципы лечения при восходящем тромбофлебите подкожных вен нижних конечностей, операция Троянова-Тренделенбурга.
4. Причины возникновения тромбоза глубоких вен нижних конечностей. Триада Вирхова.
5. Клиническая картина тромбоза глубоких вен нижних конечностей.
6. Принципы лечения при тромбозе глубоких вен нижних конечностей.
7. Осложнения тромбоза глубоких вен нижних конечностей (тромбоэмболия легочной артерии, восходящий тромбоз почечных и печеночных вен).
8. Исходы острого тромбоза глубоких вен нижних конечностей.
9. Принципы диагностики хронической венозной недостаточности. Дополнительные методы обследования (УЗИ-диагностика, рентгеноинструментальное обследование).

Тестовый контроль

1. Антикоагулянтная терапия в лечении тромбоза вен применяется для:
 - 1 – растворения фибрина;
 - 2 – приостановления роста тромба;**
 - 3 – увеличения количества сгустков;
 - 4 – изменения внутренней оболочки сосудов;
 - 5 – снижения активности ДНК.
2. Причиной тромбоэмболии лёгочной артерии наиболее часто является тромбоз:
 - 1 – лицевых вен;
 - 2 – глубоких вен нижних конечностей и малого таза;**
 - 3 – глубоких вен верхних конечностей;
 - 4 – поверхностных вен нижних конечностей;
 - 5 – поверхностных вен верхних конечностей.
3. Пилефлебит – это тромбофлебит:
 - 1 – селезёночной вены;
 - 2 – нижней брыжеечной вены;
 - 3 – вен брыжейки червеобразного отростка;
 - 4 – воротной вены;**
 - 5 – печёночной вены.
4. К основным предрасполагающим к тромбозу факторам относятся все перечисленные кроме:
 - 1 – замедления тока крови в венах;

- 2 – нарушения целостности внутренней стенки вен;
- 3 – варикозного расширения вен;
- 4 – повышения фибринолитической активности крови;
- 5 – мерцательной аритмии.**

5. Маршевая проба проводится с целью выявления:

- 1 – несостоятельности коммуникантных вен;
- 2 – проходимости глубоких вен нижних конечностей;**
- 3 – недостаточности артериального кровообращения в нижних конечностях;
- 4 – тромбоза подколенной артерии;
- 5 – острого тромбофлебита.

6. Операция Маделунга заключается:

- 1 – в удалении подкожных вен из лампасных разрезов на бедре и голени;**
- 2 – в удалении подкожных вен методом тоннелирования;
- 3 – в удалении подкожных вен с помощью зонда;
- 4 – в чрескожном прошивании варикозных вен кетгутом;
- 5 – в надфасциальной перевязке коммуникантных вен.

7. Операция Клаппа заключается:

- 1 – в удалении подкожных вен из лампасных разрезов на бедре и голени;
- 2 – в удалении подкожных вен методом тоннелирования;
- 3 – в удалении подкожных вен с помощью зонда;
- 4 – в чрескожном прошивании варикозных вен кетгутом;**
- 5 – в надфасциальной перевязке коммуникантных вен.

8. Операция Кокета заключается:

- 1 – в удалении подкожных вен методом тоннелирования;
- 2 – в удалении подкожных вен с помощью зонда;
- 3 – в чрескожном прошивании варикозных вен кетгутом;
- 4 – в надфасциальной перевязке коммуникантных вен;**
- 5 – в субфасциальной перевязке коммуникантных вен.

9. Операция Линтона заключается:

- 1 – в удалении подкожных вен методом тоннелирования;
- 2 – в удалении подкожных вен с помощью зонда;
- 3 – в чрескожном прошивании варикозных вен кетгутом;
- 4 – в нафасциальной перевязке коммуникантных вен;
- 5 – в субфасциальной перевязке коммуникантных вен.**

10. Антикоагулянты применяют наиболее часто:

- 1 – при начинающейся гангрене;
- 2 – при тромбофлебите;**
- 3 – при лимфангите;
- 4 – при эндартериите;
- 5 – при облитерирующем атеросклерозе.

11. Основные лечебные мероприятия при тромбозе включают в себя:

- 1 – антибиотики;
- 2 – спазмолитики;
- 3 – антикоагулянты;**
- 4 – активные движения;

5 – парентеральное введение больших объёмов жидкостей.

12. Послеоперационные ТЭЛА обычно бывают следствием:

1 – абсцессов;

2 – флегмон;

3 – флеботромбозов;

4 – лимфаденитов;

5 – эндартериита.

3.7. Трансплантационные технологии в хирургии печени

Контрольные вопросы:

1. Хирургическая анатомия и физиология печени.
2. Этиология и патогенез заболеваний печени.
3. Клинические проявления заболеваний печени.
4. Роль обзорной рентгенографии печени, ультразвукового исследования, сканирования, компьютерной и магнитно-резонансной томографии, чрескожной биопсии печени, лапароскопии, ангиографии в диагностике заболеваний печени.
5. Совместимость донора и реципиента.
6. Трансплантация печени, показания.
7. Виды трансплантации печени.
8. Трансплантационные технологии в хирургии печени.
9. Особенности послеоперационного периода после трансплантации печени.
10. Трудоспособность после лечения.

Тестовый контроль

1. Какой из нижеперечисленных методов относится к методам стимуляции гипертрофии предполагаемого остатка печени:
 - 1) эмболизация воротной вены**
 - 2) химиоэмболизация печеночной артерии
 - 3) радиочастотная абляция
 - 4) неанатомическая резекция печени
 - 5) микроволновая абляция
2. Какой из нижеперечисленных сосудов не участвует в формировании гепатикокавального конfluence:
 - 1) правая печеночная вена
 - 2) срединная печеночная вена
 - 3) левая печеночная вена
 - 4) нижняя полая вена
 - 5) общая печеночная артерия**
3. Что из нижеперечисленного не является примером трансплантационных технологий в хирургии печени:
 - 1) расширенная правосторонняя гемигепатэктомия с резекцией и протезированием нижней полой вены
 - 2) правосторонняя гемигепатэктомия с реконструкцией левой печеночной вены в условиях гипотермической консервации *in vivo*
 - 3) расширенная правосторонняя гемигепатэктомия с резекцией билиарного конfluence и билиарной реконструкцией в варианте холангиоеюностомии**
 - 4) гипотермическая резекция печени *ex vivo*

- 5) правосторонняя гемигепатэктомия с резекцией и протезированием воротной вены, резекцией и протезированием левой печеночной артерии
4. Какое из нижеперечисленных заболеваний является идеальной моделью для аппликации трансплантационных технологий в хирургии печени (т.е. имеет лучшие результаты 5-летней выживаемости):
- 1) гепатоцеллюлярная карцинома в цирротической печени
 - 2) гемангиома
 - 3) периферическая холангиоцеллюлярная карцинома
 - 4) альвеококк**
 - 5) метастазы колоректального рака
5. Что из нижеперечисленного не является проявлением пострезекционной печеночной недостаточности:
- 1) гипокоагуляция
 - 2) гипогликемия
 - 3) гиперлактаемия
 - 4) гиперпилаземия**
 - 5) значительное увеличение уровней ферментов цитолиза
6. Показанием к трансплантации печени не является:
- 1) цирроз печени в исходе вирусного гепатита С
 - 2) первичный билиарный цирроз печени
 - 3) первичный склерозирующий холангит
 - 4) билиарная атрезия
 - 5) внепеченочная окклюзия воротной вены**
7. Какой показатель из нижеперечисленных не учитывается при определении класса печеночной недостаточности по Child-Pugh:
- 1) альбумин
 - 2) креатинин**
 - 3) МНО
 - 4) билирубин
 - 5) асцит
8. Возможна ли трансплантация печени от АВ0-несовместимого донора:
- 1) да**
 - 2) нет
9. Что из нижеперечисленного не является этапом операции трансплантации печени:
- 1) гепатэктомия
 - 2) нефрэктомия**
 - 3) кавальная реконструкция
 - 4) портальная реконструкция
 - 5) артериальная реконструкция
 - 6) билиарная реконструкция
10. Что из нижеперечисленного является абсолютным противопоказанием для использования печени от посмертного донора:
- 1) уровень натрия у донора 190 ммоль/л**
 - 2) макровезикулярный стеатоз 20%
 - 3) вазопрессорная поддержка норадреналином 5 мкг/кг/мин у донора

- 4) уровень креатинина у донора 250 мкмоль/л
- 5) возраст донора более 70 лет

3.8. Эндоскопические технологии в хирургии

Контрольные вопросы:

1. Показания к эндоскопическому исследованию.
2. Противопоказания к эндоскопическому исследованию.
3. Осложнения эндоскопии.
4. Лечебные аспекты эндоскопических технологий.

Тестовый контроль

1. Показаниями к экстренной эзофаго-гастродуоденоскопии являются все перечисленные, кроме:
 - 1) Желудочно-кишечное кровотечение
 - 2) Инородное тело
 - 3) Перфоративная язва**
 - 4) На операционном столе
 - 5) Анастомозит
2. Абсолютными противопоказаниями к плановой эзофаго-гастродуоденоскопии являются все перечисленные, кроме:
 - 1) Инфаркта миокарда
 - 2) Гемофилии
 - 3) Сердечно-сосудистой недостаточности III степени
 - 4) Инсульта в острой стадии
 - 5) Психических заболеваний**
3. Относительными противопоказаниями к плановой эзофаго-гастродуоденоскопии являются все перечисленные, исключая:
 - 1) Острые воспалительные заболевания миндалин, глотки, гортани, средостения
 - 2) Психические заболевания**
 - 3) Гипертермию
 - 4) Эпилепсию
 - 5) Кифоз, лордоз, сколиоз
4. Абсолютные противопоказания к экстренной гастроскопии:
 - 1) Варикозное расширение вен
 - 2) Инфаркт миокарда
 - 3) Психические заболевания
 - 4) Агональное состояние больного**
 - 5) Желудочно-кишечное кровотечение
5. Показаниями к интраоперационной колоноскопии является:
 - 1) Дивертикулез толстой кишки, осложненный дивертикулитом
 - 2) Кишечное кровотечение с неустановленным источником**
 - 3) Неспецифический язвенный колит, осложненный кровотечением
 - 4) Болезнь Крона в фазе стриктурирования
6. Осложнениями бронхоскопии могут быть:
 - 1) Бронхо-пищеводный свищ
 - 2) Желудочное кровотечение

3) Ларингоспазм

4) Пневмоторакс

5) Ателектаз легкого

7. Методику торакоскопии впервые в мировой практике предложил:

1) Куссмауль в 1868 г

2) Якобеус в 1910 г

3) Тейлор в 1914 г

4) Фридель в 1956 г

5) Карленс в 1959 г

8. Экстренная диагностическая лапароскопия показана при всех перечисленных состояниях, за исключением:

1) Болей в животе неясного генеза

2) Подозрения на острый аппендицит

3) Подозрения на перфорацию полового органа

4) Подозрения на трофические нарушения в жировых подвесках толстой кишки

5) Желтухи неясного генеза

9. Современный уровень развития торакоскопии позволяет отнести ее к:

1. диагностическим вмешательствам, имеющим ограниченное применение при патологии легких и плевры

2. лечебным вмешательствам, применяемым только при патологии плевры

3. лечебно-диагностическим вмешательствам с широкими показаниями к применению (патология плевры, легких, средостения, диафрагмы)

4. лечебно-диагностическим вмешательствам, применяемым только при патологии легких и плевры

5. лечебным вмешательствам, применяемым только при патологии плевры и редко – легких

10. При травмах груди торакоскопия может быть высоко информативной при:

#Варианты к вопросу 341

1. инородных телах плевральной полости

2. подозрении на разрыв бронха и трахеи

3. инородных телах плевральной полости, подозрении на разрыв бронха или трахеи

4. подозрении на ранение или травму сердца

5. подозрение на травму или ранением пищевода

3.12. Послеоперационные осложнения у больных после операций на легких.

Клиническая картина, диагностика и лечение осложнений.

Контрольные вопросы:

1. Особенности течения послеоперационного периода у больных с заболеваниями легких.
2. Клиническая картина послеоперационных осложнений у больных после операций на легких.
3. Принципы ранней диагностики осложнений послеоперационного периода у больных с заболеваниями легких.
4. Консервативное и оперативное лечение.

Тестовый контроль

1. Показанием к немедленной реторакотомии при интраплевральном послеоперационном кровотечении является продолжающееся кровотечение при темпе:

1 - 0,2 - 0,3 л/час

2 - 0,2 - 0,3 л/час, отсутствии положительной динамики и эффекта от проводимой консервативной терапии на протяжении 2-3 часов

3 - 0,3 - 0,4 л/час

4 - 0,5 л/час и более

5 - 0,5 л/час и отсутствии данных за нарушение свертывания крови

2. Абсолютными показаниями для реторакотомии являются:

1 - коллапс легкого в следствии множественных легочных свищей

2 - первичная несостоятельность культи бронха

3 - внутриплевральное кровотечение

4 - ателектаз легкого

5 - напряженный пневмоторакс

3. Способствует развитию эмпиемы плевры после пульмонэктомии:

1 - бронхиальный свищ

2 - инородные тела в плевральной полости (дренаж, салфетка)

3 - нагноение послеоперационной раны

4 - остеомиелит ребер и хондрит

5 - все перечисленное

4. При трансторакальной пункции легкого не может возникнуть:

1 - гемоторакс

2 - пневмоторакс

3 - медиастинит

4 - прививочное метастазирование по плевре

5 - гемопневмоторакс

5. Наиболее характерным клиническим симптомом послеоперационной травмы левого возвратного нерва является:

1 - симптом К. Бернара – Горнера

2 - осиплость голоса

3 - ларингоспазм

4 - бронхоспазм

5 - анизокория

6. У больного во время операции развился симптом К. Бернара-Горнера. Это свидетельствует о травме:

1 - возвратного нерва

2 - блуждающего нерва

3 - звездчатого нервного узла

4 - диафрагмального нерва

5 - I межреберного нерва

7. Нагноение послеоперационной раны после межреберной торакотомии наиболее опасно развитием:

1 - гнойного медиастинита

2 - эмпиемы плевры

3 - плевроторакального свища

- 4 - остеомиелита ребер
- 5 - развитием сепсиса

9. Наиболее сложен для ранней диагностики свернувшийся гемоторакс при:

- 1 - атипичной резекции легкого
- 2 - лобэктомии, билобэктомии
- 3 - торакопластики

4 - пульмонэктомии

- 5 - торакоскопии

10. Основной причиной внезапных летальных исходов после резекций легких является:

- 1 - инфаркт миокарда
- 2 - гипертензия малого круга кровообращения
- 3 - нарушение венозного опока от легкого
- 4 - тромбоз легочной артерии

5 - тромбоэмболия легочной артерии

11. Основной и наиболее частой причиной послеоперационной эмпиемы плевры может быть:

1 - негерметичность швов культи бронха, нагноение послеоперационной раны, инородное тело

- 2 - нагноение послеоперационной раны, интраоперационное вскрытие абсцесса, каверны
- 3 - интраоперационное вскрытие абсцесса, каверны, инородное тело
- 4 - инородное тело, длительная (более 3-х часов) операция
- 5 - длительная (более 3-х часов) операция

3.13. Тромбоэмболия легочной артерии. Этиопатогенез, клиническая картина, диагностика, лечение.

Контрольные вопросы:

- 1. Хирургическая анатомия сосудов сердца.
- 2. Хирургическая анатомия грудной аорты.
- 3. Искусственное кровообращения: техника, показания, профилактика осложнений.
- 4. Анатомофизиологические предпосылки заболеваний вен нижних конечностей.
- 5. Варикозное расширение вен нижних конечностей. Распространенность. Предрасполагающие факторы. Патогенез. Классификация варикозной болезни и хронической венозной недостаточности.
- 6. Варикозное расширение вен нижних конечностей. Клиника, методы диагностики, профилактика.
- 7. Варикозное расширение вен нижних конечностей. Консервативное лечение: компрессионная терапия, группы лекарственных препаратов, показания.
- 8. Тромбоэмболия легочной артерии. Распространенность, этиология, факторы риска. Гемодинамические и вентиляционные нарушения.
- 9. Тромбоэмболия легочной артерии. Диагностика: основные диагностические задачи, скрининговые (обязательные) методы исследования, исследования по показаниям. Дифференциальная диагностика.
- 10. Тромбоэмболия легочной артерии. Консервативные методы лечения: антикоагулянтная и тромболитическая терапия. Показания и противопоказания, препараты, дозы, способы введения.
- 11. Тромбоэмболия легочной артерии. Методы профилактики. Факторы и группы риска.
- 12. Тромбоэмболия легочной артерии. Хирургические методы профилактики. Показания и противопоказания к имплантации кава-фильтра.

13. Вспомогательное кровообращение. Показания к применению. Эффективность и методика проведения. Защита миокарда. Методы защиты. Кардиоплегия и ее виды.

Тестовый контроль

1. Метод ультразвуковой лазер-доплерографлоуметрии используется для:
 - 1 - диагностики стенотического поражения артерий голени и стопы;
 - 2 - исследования проходимости сосудистого шунта после артериальной реконструкции;
 - 3 – оценки состояния флебогемодинамики конечности;
 - 4 – оценки состояния регионарной микроциркуляции.**
2. Противопоказаниями к выполнению эндартерэктомии при стено-окклюзионных поражениях магистральных артерий нижних конечностей являются:
 - 1 – стеноз магистральной артерии более 60%;
 - 2 - выраженный кальциноз сосудистой стенки;**
 - 3 – протяженный стеноз или окклюзия артерии;
 - 4 – выраженный перипроцесс;
 - 5 – критическая ишемия нижней конечности.
3. Условиями радикальной эмболэктомии являются:
 - 1 - восстановление хорошего центрального кровотока
 - 2 - восстановление хорошего ретроградного кровотока
 - 3 - полное удаление тромботических масс из дистального русла
 - 4 - все перечисленное**
4. В сосудистой хирургии для наложения анастомоза для гемостаза используется:
 - 1 - адаптация интимы к интине
 - 2 - гемостатическая губка
 - 3 - дополнительные швы
 - 4 - обвивной шов
 - 5 - все перечисленное**
5. При сшивании эксплантата с артерией предпочтительнее:
 - 1 - узловой шов
 - 2 - непрерывный обвивной шов**
 - 3 - матрацный шов
 - 4 - П-образный шов
6. При выполнении эндартерэктомии основная проблема это:
 - 1 - сужение артерии
 - 2 - гемостаз после эндартерэктомии
 - 3 - фиксация дистальной интимы**
 - 4 - расширение артерии
7. К факторам, влияющим на варикозное расширение вен нижних конечностей, относятся:
 - 1 - беременность**
 - 2 - тугие повязки в области верхней трети конечности
 - 3 - увеличенные паховые лимфатические узлы
 - 4 - все перечисленное
 - 5 - ничего из перечисленного
8. Основные лечебные мероприятия при тромбозе включают в себя:
 - 1 - антибиотики

2 - спазмолитики в антикоагулянты

3 - активные движения

4 - парентеральное введение больших объемов жидкостей

9. Антикоагулянтная терапия в лечении тромбоза вен применяется с целью:

1 - растворения фибрина

2 - приостановления роста тромба

3 - увеличения количества сгустков

4 - изменения внутренней оболочки сосудов

5 - снижения активности ДНК

10. Противопоказанием для склеротерапии варикозно расширенных вен является:

1 - рассыпной тип поражения

2 - мягкие, легко спадающиеся варикозные узлы

3 - рецидив после оперативного лечения

4 - непроходимость глубоких вен

5 - острый тромбофлебит подкожных вен в анамнезе

11. Флебодиагностика глубоких вен нижних конечностей позволяет объективно оценить все перечисленное, кроме:

1 - состояния периферических артерий нижних конечностей

2 - проходимости глубоких вен в состоянии клапанного аппарата глубоких вен

3 - локализации несостоятельных коммуникантных вен

4 - скорости кровотока по глубоким венам

12. Причиной тромбоэмболии легочной артерии наиболее часто является тромбофлебит

1 - лицевых вен

2 - глубоких вен нижних конечностей и вен малого таза

3 - глубоких вен верхних конечностей

4 - поверхностных вен нижних конечностей

5 - поверхностных вен верхних конечностей

3.14. Аневризмы брюшной и грудной аорты. Классификация, диагностика, лечение.

Контрольные вопросы:

1. Аневризмы грудного отдела аорты. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
2. Аневризма брюшного отдела аорты. Этиология, клиника, диагностика, лечение.

Тестовый контроль

1. Показаниями к операции при аневризме восходящего отдела аорты служит

1 - расширение аорты более 5-6 см в диаметре

2 - аортальная недостаточность

3 - расслоение аорты

4 - все перечисленное

2. Наиболее частой причиной развития аневризм восходящего отдела аорты является

1 - атеросклероз

2 - гипертония

3 - сифилис

4 - медианекроз

3. Что наиболее характерно для болезни Винивартера - Бюргера?

- 1 - поражение артерий голени и стопы;**
- 2 - поражение подвздошно-бедренного сегмента;
- 3 - мигрирующий тромбофлебит поверхностных вен;
- 4 - субинтимальный кальциноз берцовых артерий;
- 5 - выраженный перипроцесс на фоне стенозирующего поражения сосуда.

4. Пальцы рук и ног наиболее чувствительны к гипотермии, так как в них:

- 1 - отсутствует развитая коллатеральная сеть
- 2 - сосуды сильнее спазмируются в результате охлаждения и имеется особый тип иннервации**
- 3 - затруднен лимфоотток
- 4 - имеется особое строение кожи

5. К характерным изменениям сосудов при сахарном диабете относится:

- 1 - склероз артериол**
- 2 - петлистый артериальный тромбоз
- 3 - развитие синдрома Лериша
- 4 - тромбоз бедренной артерии
- 5 - акроцианоз

6. Аутопластика артерий малого диаметра возможна за счет:

- 1 - аутоартерии
- 2 - аутовены**
- 3 - твердой мозговой оболочки
- 4 - перикарда
- 5 - верно А и Б

7. Аускультация сосудов важна

- 1 - при болезни Рейно
- 2 - при артериальном стенозе**
- 3 - при варикозном расширении вен
- 4 - при посттромбофлебитическом синдроме
- 5 - при акроцианозе

8. Расширение восходящего отдела аорты характерно

- 1 - для митрального стеноза
- 2 - для аортальной недостаточности**
- 3 - для аортального стеноза
- 4 - для митральной недостаточности
- 5 - для митрально-аортального стеноза

9. Наиболее вероятной причиной развития сочетанного аортального порока из перечисленного является

- 1 - Сифилитический аортит.
- 2 - Ревматоидный артрит.
- 3 - Ревматизм.**
- 4 - Инфекционный эндокардит.
- 5 - Синдром Марфана.

10. Самые большие размеры сердца («бычье сердце») отмечаются у больных с

- № 1. Аортальным стенозом.
№ 2. Аортальной недостаточностью.
№ 3. Митральным стенозом.
№ 4. Митральной недостаточностью.
№ 5. Правильно 1 и 3.

11. Изолированное расслоение восходящего отдела аорты относится

- 1 - к I типу по Де Беки
2 - ко II типу по Де Беки
3 - к III типу по Де Беки

12. Наиболее исчерпывающие данные о распространенности расслоения аорты могут быть получены

- 1 - при обычном рентгенологическом исследовании
2 - при эхографии
3 - при компьютерной томографии
4 - при ядерно-магнитной томографии
5 - при аортографии

3.15. Перикардиты. Клиническая картина, диагностика, лечение.

Контрольные вопросы:

1. Диагностическая пункция полостей перикарда при о. перикардитах. Пункционное дренирование полости перикарда.
2. Перикардиты. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, показания к оперативному лечению. Методы хирургической коррекции. Показания к пункции перикарда, техника, осложнения.
3. Особенности общей и специальной подготовки к кардиохирургической операции.
4. Перикардиты. Этиология, патогенез, классификация, клиническая картина. Экссудативный перикардит. Патогенез и диагностика. Показания к пункции перикарда и хирургическому лечению. Констриктивный перикардит. Патогенез, клиническая картина. Симптомы сдавления сердца. Лечение с учетом этиологического фактора. Постоперационный слипчивый перикардит. Диагноз, лечение.

Тестовый контроль

1. Кто выполнил первую операцию на сердце – наложении шва по поводу ножевой раны в сердце для предотвращения перикардита:

1. Т. Тафлер
2. Э. Катлер
- 3. Л.Рен**
4. Р. Гросс
5. А.Г. Подрез

2. Кто выполнил первую операцию по поводу перикардита:

1. Т. Тафлер
2. Э. Катлер
3. Л. Рен
4. Р. Гросс
- 5. А.Г. Подрез**

3. При выполнении операции субтотальной перикардэктомии по отношению к отделам сердца иссечение перикарда осуществляется в следующей последовательности:

1 - от устья полых вен к правому предсердию, правому желудочку, далее к устьям аорты и легочного ствола, к левому желудочку

2 - от левого желудочка к устьям легочного ствола и аорты, правому желудочку, правому предсердию и далее к устьям полых вен

4. При пункции полости перикарда непосредственно прилежащим к передней грудной стенке является:

1 - передний верхний карман перикарда

2 - передний нижний карман перикарда

3 - задний верхний карман перикарда

4 - задний нижний карман перикарда

5. Укажите ранний ЭКГ-признак острого фибринозного перикардита:

1 - депрессия сегмента ST

2 - отрицательный зубец T

3 - подъем сегмента ST во многих отведениях

4 - высокий заостренный зубец T

5 - уменьшение амплитуды комплекса QRS

6. Этиологическими факторами острого перикардита являются:

1 - бактериальная инфекция

2 - простейшие

3 - грибы

4 - вирусная инфекция

5 - все перечисленное верно

7. Точка Делорма для пункции перикарда:

1 - под мечевидным отростком, строго по средней линии

2 - у края грудины в 4-5 межреберье

3 - в 5 межреберье, отступив 4-6 см от левого края грудины

4 - в углу между 7 реберным хрящом и основанием мечевидного отростка

5 - в 5 межреберье, отступив 4-6 см от правого края грудины

8. Точка Куршмана для пункции перикарда:

1 - под мечевидным отростком, строго по средней линии

2 - у края грудины в 4-5 межреберье

3 - в 5 межреберье, отступив 4-6 см от левого края грудины

4 - в углу между 7 реберным хрящом и основанием мечевидного отростка

5 - в 5 межреберье, отступив 4-6 см от правого края грудины

9. Точка Ларрея для пункции перикарда:

1 - под мечевидным отростком, строго по средней линии

2 - у края грудины в 4-5 межреберье

3 - в 5 межреберье, отступив 4-6 см от левого края грудины

4 - в углу между 7 реберным хрящом и основанием мечевидного отростка

5 - в 5 межреберье, отступив 4-6 см от правого края грудины

10. Точка Марфана для пункции перикарда:

1 - под мечевидным отростком, строго по средней линии

2 - у края грудины в 4-5 межреберье

- 3 - в 5 межреберье, отступив 4-6 см от левого края грудины
- 4 - в углу между 7 реберным хрящом и основанием мечевидного отростка
- 5 - в 5 межреберье, отступив 4-6 см от правого края грудины

3.16. Недостаточность кардии и рефлюкс-эзофагит. Патогенез, клиническая картина, диагностика, показания к хирургическому лечению.

Контрольные вопросы:

- 1. Охарактеризовать основные симптомы недостаточности кардии и рефлюкс-эзофагита.
- 2. Дать определение халазии и указать патогенез этого заболевания.
- 3. Клинические и рентгенологические проявления недостаточности кардии и рефлюкс-эзофагита.
- 4. Консервативное и оперативное лечение при недостаточности кардии и рефлюкс-эзофагите.
- 5. Трудоспособность после лечения.

Тестовый контроль

- 1. Боль за грудиной не наблюдается при:
 - 1 - рефлюкс-эзофагите
 - 2 - недостаточности кардии**
 - 3 - раке пищевода
 - 4 - кардиоспазме
 - 5 - перфорации пищевода
- 2. Для начальных признаков рефлюкс-эзофагита не характерна:
 - № 1. изжога
 - № 2. боли в эпигастрии
 - № 3. боль за грудиной
 - № 4. регургитация
 - № 5. дисфагия**
- 3. Развитие рефлюкс-эзофагита не связывают:
 - 1 - с наличием ГПОД
 - 2 - с воздействием гнойной мокроты при абсцессах легких**
 - 3 - с забросом желудочного сока
 - 4 - с забросом желчи
 - 5 - с забросом панкреатического секрета
- 4. Развитию рефлюкс-эзофагита не способствуют:
 - 1 - нарушение замыкательной функции кардии
 - 2 - хирургического вмешательства на уровне пищеводно-желудочного перехода
 - 3 - ахалазии
 - 4 - ГПОД
 - 5 - пилоро-дуоденальный стеноз**
- 5. Основными механизмами, обеспечивающими замыкательную функцию кардии, являются:
 - 1 - тонус нижнего пищеводного сфинктера и особенности анатомического строения пищеводно-желудочного перехода**
 - 2 - разница давлений в полости пищевода и полости желудка
 - 3 - газовый пузырь желудка
 - 4 - разница диаметров просветов пищевода и желудка

5 - складка Губарева

6. Выберите верное утверждение о желудочно-пищеводном рефлюксе:

- 1 - желудочно-пищеводный рефлюкс – грыжа пищеводного отверстия диафрагмы
- 2 - возникает вследствие повышения тонуса НСП
- 3 - возникновение желудочно-пищеводного рефлюкса может быть связано с секрецией гастрина
- 4 - диагноз ставят при помощи манометрии и 24-часового определения pH в нижнем отделе пищевода**
- 5 - желудочно-пищеводный рефлюкс – относительное противопоказание к проведению эзофагоскопии

7. Зияние кардии или неполное ее смыкание может быть обусловлено:

- 1 - рефлексорным актом на введение эндоскопа или снижением тонуса нижнего пищеводного сфинктера**
- 2 - снижением тонуса нижнего пищеводного сфинктера или воздействием анестетиков
- 3 - воздействием анестетиков или аксиальной хиатальной грыжей
- 4 - аксиальной хиатальной грыжей или параэзофагеальной грыжей
- 5 - параэзофагеальной хиатальной грыжей или нижнегрудным дивертикулом пищевода

8. Первая степень тяжести рефлюкс-эзофагита характеризуется наличием в нижней трети пищевода:

- 1 - линейных эрозий**
- 2 - сливных эрозий
- 3 - кольцевидных эрозий
- 4 - пептической язвы
- 5 - участков желудочной метаплазии

9. Вторая степень тяжести рефлюкс-эзофагита характеризуется наличием в нижней трети пищевода:

- 1 - линейных эрозий
- 2 - сливных эрозий**
- 3 - кольцевидных эрозий
- 4 - пептической язвы
- 5 - участков желудочной метаплазии

10. Третья степень тяжести рефлюкс-эзофагита характеризуется наличием в нижней трети пищевода:

- 1 - линейных эрозий
- 2 - сливных эрозий
- 3 - кольцевидных эрозий**
- 4 - пептической язвы
- 5 - участков желудочной метаплазии

3.17. Релаксация диафрагмы. Этиология. Клиническая картина. Диагностика, показания к операции.

Контрольные вопросы:

- 1. Этиология релаксации диафрагмы.
- 2. Патогенез релаксации диафрагмы.
- 3. Клиническая картина релаксации диафрагмы.
- 4. Методы применяемые при обследовании больных с релаксацией диафрагмы.

5. Показания к оперативному лечению.

Тестовый контроль

1. Купола диафрагмы в норме, как правило, расположены на уровне:

1 - IV ребра справа и V ребра слева

2 - V ребра справа, IV ребра слева

3 - IV ребра справа и слева

4 - VII ребра справа, VI ребра слева

5 - VI ребра справа и слева

2. При тупых травматических повреждениях диафрагмы (разрывах) в подавляющем большинстве случаев наблюдаются

1 - разрывы сухожильной части справа

2 - разрывы сухожильной части слева

3 - отрывы сухожильной части от мышечной

4 - отрывы диафрагмы в поясничной области

5 - отрывы грудинной части диафрагмы

3. Первичная релаксация диафрагмы относится к:

1 - последствиям повреждений диафрагмального нерва

2 - ложным диафрагмальным грыжам

3 - симптому ряда заболеваний органов грудной или брюшной полости

4 - пороком развития органа

5 - всегда имеет посттравматическое происхождение

4. Наиболее простым, доступным и информативным методом диагностики релаксации диафрагмы является:

1 - эзофагогастроскопия

2 - торакоскопия и лапароскопия

3 - эзофагогастрография и пневмоперитонеум

4 - УЗИ и КТ органов грудной и брюшной полостей

5 - рентгенография и пневмоперитонеум

5. Выберите лучший шовный материал для простого непрерывного шва:

1 - шёлк

2 - кетгут

3 - полигликолевая кислота

4 - полипропилен

5 - ни один из названных

6. Все нижеперечисленные обстоятельства ухудшают заживление раны, кроме:

1 - чрезмерного использования электрокоагуляции

2 - излишнего натяжения краёв раны

3 - недостаточности гемостаза

4 - дренажей

5 - выворота краёв раны

7. Достоверным признаком разрыва купола диафрагмы является:

1. боль в грудной клетке с иррадиацией в надплечье

2. боль в подреберье

3. пролабирование органов брюшной полости в грудную, выявляемое при рентгенологическом исследовании

4. ослабленное дыхание на стороне травмы
5. общее тяжелое состояние больного
8. При тупых травматических повреждениях диафрагмы (разрывах) в подавляющем большинстве случаев наблюдаются
 1. разрывы сухожильной части справа
 - 2. разрывы сухожильной части слева**
 3. отрывы сухожильной части от мышечной
 4. отрывы диафрагмы в поясничной области
 5. отрывы грудинной части диафрагмы
9. Установленный разрыв диафрагмы является:
 - 1. абсолютным показанием к срочной операции по жизненным показаниям**
 2. показанием к динамическому наблюдению
 3. показанием к срочной операции после дообследования
 4. показанием к плановой операции
 5. показанием к операции только при развитии осложнений
10. Пластика диафрагмы при ее релаксации производится путем:
 - 1 - иссечения тонкой ткани диафрагмы и сшиванием краев дефекта, иссечение истонченной ткани диафрагмы, мобилизация диафрагмы и подшивание ее на «физиологическом» уровне
 - 2 - иссечения тонкой ткани диафрагмы и сшиванием краев дефекта, дубликатуры из истонченной диафрагмы
 - 3 - дубликатуры из истонченной диафрагмы, дубликатуры с ксенотканью между листками диафрагмы**
 - 4 - дубликатуры из истонченной диафрагмы, иссечения тонкой части диафрагмы и замещением дефекта ксенотканью
 - 5 - дубликатуры из истонченной диафрагмы, иссечение истонченной ткани диафрагмы, мобилизация диафрагмы и подшивание ее на «физиологическом» уровне

3.18. Оперативная хирургия пищевода.

Контрольные вопросы:

1. Хирургическая анатомия пищевода.
2. Анатомическая и клиническая длина пищевода.
3. Методы обследования больных с патологией пищевода.
4. Доступы для операций на пищеводе.

Тестовый контроль

1. Для исследования пищевода не используют:
 1. компьютерную томографию
 2. рентгеноскопию
 - 3. ангиографию**
 4. эзофагоскопию
 5. рентгенографию
2. Устье пищевода образовано:
 - 1. поперечной порцией перстне-глоточной мышцы**
 2. косой порцией перстне-глоточной мышцы
 3. шилоглоточной мышцей
 4. продольными мышцами пищевода

5. поперечными мышцами пищевода

3. Треугольник Келлиана – это межмышечный треугольник на:

1. задней стенке глотки

2. задней стенке пищевода

3. передней стенке глотки

4. передней стенки пищевода

5. боковой стенки пищевода

4. Анатомическая длина пищевода у взрослого человека в среднем составляет:

1. 41 см

2. 35 см

3. 25 см

4. 17 см

5. 15 см

5. Диаметр просвета пищевода у взрослого человека в среднем составляет:

1. 1,5 см

2. 2 см

3. 2,5 см

4. 3 см

5. 3,5 см

6. Толщина стенки пищевода у взрослого человека в среднем составляет:

1. 1-2 мм

2. 3-4 мм

3. 5-6 мм

4. 6-8 мм

5. 8-10 мм

7. Сколько физиологических сужений определяется в пищеводе при эзофагоскопии?

1. одно

2. два

3. три

4. четыре

5. пять

8. Первое физиологическое сужение пищевода обусловлено:

1. давлением щитовидной железы

2. тонусом верхнего пищеводного сфинктера

3. уклонением пищевода от средней линии

4. давлением окружающих мышц

5. давлением прилежащих сосудов

9. Второе физиологическое сужение пищевода обусловлено:

1 - давлением трахеи

2 - давлением правого главного бронха

3 - давлением дуги аорты

4 - давлением левого предсердия

5 - давлением левого желудочка

10. Третье физиологическое сужение пищевода обусловлено:

- 1 - давлением правого главного бронха
- 2 - давлением дуги аорты
- 3 - давлением левого предсердия
- 4 - давлением ножек диафрагмы**
- 5 - давлением трахеи

4.1. Артериальные тромбозы и эмболии.

Контрольные вопросы:

1. Этиология и патогенез артериальных тромбозов и эмболий.
2. Клинические проявления артериальных тромбозов и эмболий, фазы течения заболевания.
3. Клиническое обследование больных с артериальными тромбозами и эмболиями.
4. Ценность дополнительных методов обследования – реовазография, ультразвуковое обследование, аортоартериография. Метод Сельдингера, метод Дос-Сантоса.
5. Определения показаний к оперативному лечению.
6. Оперативное лечение, варианты.

Тестовый контроль

1. После ушиба артерии может наступить её тромбоз, так как:
 - 1 – выделяются токсические вещества;
 - 2 – повреждаются симпатические волокна;
 - 3 – нарушается межтканевый обмен;
 - 4 – все утверждения верны;
 - 5 – все утверждения неверны.**

2. Какие артерии отходят от экстракраниального отдела внутренней сонной артерии?
 - 1 – верхняя щитовидная артерия;
 - 2 – подъязычная артерия;
 - 3 – височная артерия;
 - 4 – все перечисленные артерии;
 - 5 – никаких артерий от экстракраниального отдела внутренней сонной артерии не отходит.**

3. Позвоночная артерия отходит от:
 - 1 – общей сонной артерии;
 - 2 – подключичной артерии;**
 - 3 – щитовидного ствола.

4. Причиной артериальной эмболии может быть все перечисленное, кроме:
 1. аневризмы брюшной аорты
 2. нарушения ритма сердца
 - 3. облитерирующего атеросклероза сосудов нижних конечностей**
 4. стеноза левого атриовентрикулярного отверстия
 5. постинфарктная аневризма сердца

5. К эмбологенным заболеваниям относят:
 1. стеноз устья легочной артерии
 2. дефект межпредсердной перегородки
 3. открытый артериальный проток (Боталлов)

4. стеноз левого атриовентрикулярного отверстия

5. стеноз правого атриовентрикулярного отверстия

6. Парадоксальная эмболия может иметь место только:

1. при дефектах перегородок сердца

2. при вегетациях на клапанах сердца

3. при тетраде Фалло

4. при недостаточности митрального клапана

5. при коарктации аорты

7. К интракардиальным эмбологенным заболеваниям относят все перечисленное, кроме:

1. стеноза левого атриовентрикулярного отверстия

2. острого инфаркта миокарда

3. острой постинфарктной аневризмы

4. хронической аневризмы сердца

5. панцирного сердца

8. Причиной эмболии артерии конечности может быть:

1. илиофemorальный тромбоз

2. сахарный диабет

3. облитерирующий эндартериит

4. тромбоз легочных вен

5. травма интимы магистральной артерии

9. Самая частая причина нарушения брыжеечного кровотока:

1. эмболия

2. тромбоз артерий

3. тромбоз вен

4. сдавление сосудов опухолями

5. перевязка мезентериальных сосудов

10. Назовите наиболее частую локализацию тромба при тромбозе верхней брыжеечной артерии:

1. I сегмент

2. II сегмент

3. III сегмент

4.2. Варикозная болезнь, посттромбофлебитический синдром, хроническая венозная недостаточность

Контрольные вопросы:

1. Анатомия вен нижних конечностей.
2. Хроническая венозная недостаточность. Определение понятия. Основные причины развития (варикозная болезнь, посттромбофлебитический синдром).
3. Классификация посттромбофлебитического синдрома.
4. Принципы диагностики хронической венозной недостаточности. Дополнительные методы обследования (УЗИ-диагностика, рентгеноинструментальное обследование).
5. Классификация хронической венозной недостаточности и программа лечения.
6. Принципы консервативной терапии, выбор метода оперативного пособия.
7. Основные аспекты патогенеза трофических язв.
8. Этапное лечение при венозных трофических язвах.

Тестовый контроль

1. К факторам, влияющим на варикозное расширение вен нижних конечностей относятся:
 - 1 – беременность;
 - 2 – тугие повязки в области верхней трети конечностей;
 - 3 – увеличенные паховые лимфатические узлы;
 - 4 – все перечисленное;**
 - 5 – ничего из перечисленного.

2. Пилефлебит – это тромбофлебит:
 - 1 – селезёночной вены;
 - 2 – нижней брыжеечной вены;
 - 3 – вен брыжейки червеобразного отростка;
 - 4 – воротной вены;**
 - 5 – печёночной вены.

3. Маршевая проба проводится с целью выявления:
 - 1 – несостоятельности коммуникантных вен;
 - 2 – проходимости глубоких вен нижних конечностей;**
 - 3 – недостаточности артериального кровообращения в нижних конечностях;
 - 4 – тромбоза подколенной артерии;
 - 5 – острого тромбофлебита.

4. Операция Маделунга заключается:
 - 1 – в удалении подкожных вен из лампасных разрезов на бедре и голени;**
 - 2 – в удалении подкожных вен методом тоннелирования;
 - 3 – в удалении подкожных вен с помощью зонда;
 - 4 – в чрескожном прошивании варикозных вен кетгутом;
 - 5 – в надфасциальной перевязке коммуникантных вен.

5. Операция Клаппа заключается:
 - 1 – в удалении подкожных вен из лампасных разрезов на бедре и голени;
 - 2 – в удалении подкожных вен методом тоннелирования;
 - 3 – в удалении подкожных вен с помощью зонда;
 - 4 – в чрескожном прошивании варикозных вен кетгутом;**
 - 5 – в надфасциальной перевязке коммуникантных вен.

6. Операция Кокета заключается:
 - 1 – в удалении подкожных вен методом тоннелирования;
 - 2 – в удалении подкожных вен с помощью зонда;
 - 3 – в чрескожном прошивании варикозных вен кетгутом;
 - 4 – в надфасциальной перевязке коммуникантных вен;**
 - 5 – в субфасциальной перевязке коммуникантных вен.

7. Операция Линтона заключается:
 - 1 – в удалении подкожных вен методом тоннелирования;
 - 2 – в удалении подкожных вен с помощью зонда;
 - 3 – в чрескожном прошивании варикозных вен кетгутом;
 - 4 – в нафасциальной перевязке коммуникантных вен;
 - 5 – в субфасциальной перевязке коммуникантных вен.**

8. При магистральном типе варикозного расширения вен показаны:
 - 1 – только склеротерапия;

2 – комбинированное лечение (склеротерапия+операция);

3 – только бинтование эластическим бинтом;

4 – только операция Троянова-Тренделенбурга;

5 – только операция Линтона.

9. Наибольший косметический эффект в лечении при варикозном расширении вен нижних конечностей достигается:

1 – операцией Бэбкока;

2 – операцией Троянова-Тренделенбурга;

3 – склеротерапией;

4 – операцией Клаппа;

5 – операцией Маделунга.

10. К ранним симптомам посттромбофлебитического синдрома относятся все нижеперечисленные, кроме:

1 – расширения мелких кожных и подкожных вен нижней трети голени;

2 – отёка в области лодыжек;

3 – болезненного уплотнения кожи в нижней трети голени;

4 – наличия трофической язвы на голени;

5 – значительного подкожного варикозного расширения вен нижней конечности.

11. Наиболее частой причиной развития трофических язв является:

1 – расстройство лимфообращения;

2 – расстройство артериального кровообращения;

3 – расстройство венозного кровообращения;

4 – травматические повреждения;

5 – нарушения водно-электролитного обмена.

12. Посттромботическая болезнь не развивается после тромбоза:

1. поверхностных вен

2. нижней полой вены

3. подвздошных вен

4. глубоких вен голени

5. подключичной вены

4.3. Сахарный диабет

Контрольные вопросы:

1. Причины снижения резистентности у больных сахарным диабетом.

2. Особенности течения гнойного процесса у больных сахарным диабетом.

3. Принципы хирургического лечения больных сахарным диабетом и хирургической инфекцией.

4. Понятие о синдроме диабетической стопы.

5. Клинические проявления диабетической нейропатии.

6. Особенности лечения больных с диабетической стопой.

Тестовый контроль

1. Больному сахарным диабетом, получающему инсулин, при лечении гнойной раны:

1 – показано применение протеолитических ферментов (трипсина, химотрипсина);

2 – не показано применение ферментов;

3 – применение ферментов решается индивидуально.

2. Нормализации раневого процесса при сахарном диабете способствует:

- 1 – применение антибиотиков;
- 2 – раннее вставание;
- 3 – сосудорасширяющие препараты;
- 4 – рациональная инсулинотерапия.**

3. Гнойная инфекция оказывает следующее влияние на секрецию инсулина:

- 1) Усиливает.
- 2) Не влияет.
- 3) Угнетает.**

4. Наиболее частой причиной хирургических вмешательств при сахарном диабете является:

- 1) Ущемленная грыжа.
- 2) Гангрена нижних конечностей.**
- 3) Острый холецистит.
- 4) Воспалительные заболевания мягких тканей.

5. К особенностям течения гнойного процесса у больных сахарным диабетом не относится:

- 1) Острое бурное течение фазы воспаления.
- 2) Склонность к выраженному распространению гнойного процесса по подкожной жировой клетчатке.
- 3) Развитие некроза и затяжное течение фазы репарации.
- 4) Склонность к отграничению воспалительного процесса.**

6. Синдром взаимного отягощения у больных сахарным диабетом и хирургической инфекцией обусловлен:

- 1) Нарушением обменных процессов.
- 2) Снижением иммунной защиты.
- 3) Сочетанием этих факторов.**

7. Причиной запущенного тяжелого состояния больных сахарным диабетом, поступающих в стационар с гнойным хирургическим заболеванием, чаще всего является:

- 1) Вирулентность инфекции.
- 2) Снижение иммунитета.
- 3) Недостаточная коррекция нарушений углеводного обмена в амбулаторных условиях.**
- 4) Неправильная антибактериальная терапия.

8. Как долго необходимо проводить антибактериальную терапию при лечении больных с нейропатически инфицированной (диабетической стопой):

- 1) 2 недели.
- 2) До нормализации температуры тела.
- 3) До полного заживления раны.**

9. Что является абсолютным противопоказанием к хирургическому лечению при сахарном диабете:

- 1) Диабетическая кома.
- 2) Диабетическая прекома.
- 3) Оба этих состояния.**

10. Возможно ли выполнение реконструктивных операций на сосудах нижних конечностей у больных с диабетической ангиопатией:

1) Да.

2) Нет.

4.4. Сепсис

Контрольные вопросы:

1. Хирургический сепсис – современное состояние проблемы. Терминология и разграничение понятий. Сепсис и синдром системной воспалительной реакции (ССВР).
2. Патогенез, патоморфология сепсиса. Характеристика первичного очага.
3. Классификация сепсиса, "фазовое" течение процесса.
4. Микробиологические аспекты генерализованной инфекции.
5. Иммунологические аспекты генерализованной инфекции.
6. Клинические аспекты генерализованной инфекции.
7. Основы клинической и лабораторной диагностики генерализованной инфекции, обоснование диагноза "Сепсис".
8. Синдром эндогенной интоксикации и полиорганной недостаточности при сепсисе.
9. Системы оценки тяжести состояния больных, прогнозирование течения заболевания.
10. Принципы лечебной программы и методы лечения: хирургическое лечение, антибактериальная терапия, иммунокорригирующая терапия, комплексная детоксикация.
11. Принципы профилактики генерализованной инфекции.
12. Пути улучшения результатов лечения больных с генерализованными формами хирургической инфекции.

Тестовый контроль

1. Клинико-лабораторными маркерами сепсиса являются:

- 1 - анемия;
- 2 - гнойно-резорбтивная лихорадка;
- 3 - желтуха;
- 4 - лейкопения;
- 5 - геморрагический синдром;

6 – все верно.

2. Для септического шока характерно:

- 1 - отрицательное ЦВД;
- 2 - падение АД на фоне высокой температуры с потрясающим ознобом;**
- 3 - отек легкого, олигоанурия.

3. Ведущим в лечении при сепсисе является:

- 1 - устранение полиорганной недостаточности;
- 2 - экстракорпоральная детоксикация;
- 3 - адекватная хирургическая обработка первичного очага;**
- 4 - коррекция анемии, кислотно-щелочного состояния.

4. Показания к переливанию крови при сепсисе:

- 1 - абсолютные;
- 2 - относительные;**
- 3 - противопоказано.

5. Лекарственные средства, применяемые при сепсисе в качестве активной иммунотерапии:

- 1 - антистафилококковая гипериммунная плазма;
- 2 - стафилококковый анатоксин;**
- 3 - т-активин;
- 4 - свежзамороженная плазма;
- 5 - метилурацил, пентоксил;
- 6 - декарис.

6. Какие возбудители являются причиной ангиогенного сепсиса:

- 1 - стафилококк;**
- 2 - стрептококк;
- 3 - кишечная палочка;
- 4 - синегнойная палочка;
- 5 - протей.

7. Какие из микробов чаще вызывают грамположительный сепсис:

- 1 - стафилококк;**
- 2 - стрептококк;
- 3 - кишечная палочка;
- 4 - синегнойная палочка;
- 5 - протей.

8. Какие из микробов чаще вызывают грамотрицательный сепсис:

- 1 - стрептококк;
- 2 - пневмококк;
- 3 - кишечная палочка;**
- 4 - менингококк;
- 5 - протей.

9. Какие критерии соответствуют системной воспалительной реакции:

- 1 - температура тела выше 38°C или ниже 36°C , частота сердечных сокращений свыше 90 уд/мин, частота дыхательных движений свыше 20 в 1 мин или Pa CO_2 (парциальное давление CO_2 в артериальной крови) меньше 32 мм рт. ст., количество лейкоцитов свыше 12×10^9 /л или ниже 4×10^9 /л, или число незрелых форм превышает 10%;
- 2 - температура тела выше 38°C или ниже 36°C , частота сердечных сокращений свыше 85 уд/мин, частота дыхательных движений свыше 20 в 1 мин или Pa CO_2 меньше 40 мм рт. ст., количество лейкоцитов свыше 12×10^9 /л или ниже 4×10^9 /л, или число незрелых форм превышает 10%;**
- 3 - температура тела выше $37,5^{\circ}\text{C}$ или ниже 36°C , частота сердечных сокращений свыше 90 уд/мин, частота дыхательных движений свыше 24 в 1 мин или Pa CO_2 меньше 32 мм. рт. ст., количество лейкоцитов свыше 10×10^9 /л или ниже 4×10^9 /л, или число незрелых форм превышает 16%;
- 4 - температура тела выше 39°C или ниже 36°C , частота сердечных сокращений свыше 100 уд/мин, частота дыхательных движений свыше 30 в 1 мин или Pa CO_2 меньше 25 мм рт. ст., количество лейкоцитов свыше 12×10^9 или ниже 4×10^9 /л, или число незрелых форм превышает 12%.

10. Введением каких препаратов чаще проводится специфическая пассивная иммунотерапия при сепсисе:

- 1 - антистафилококковой плазмы
- 2 - антистафилококкового гамма-глобулина

- 3 - полиглобулина
- 4 - лейкоконцентрата
- 5 - антисинегнойной плазмы
- 6 – верно 1,5**
- 7 – верно 2,3,4

4.5. Постхолецистэктомический синдром

Контрольные вопросы:

1. Этиология и патогенез желчнокаменной болезни (ЖКБ).
2. Особенности клинических проявлений ЖКБ. Варианты течения. Осложнения.
3. Этиология и патогенез постхолецистэктомического синдрома.
4. Классификация постхолецистэктомического синдрома.
5. Особенности клинических проявлений постхолецистэктомического синдрома.
6. Диагностическая программа и диагностические алгоритмы при постхолецистэктомическом синдроме:
 - ультразвуковое исследование (УЗИ);
 - рентгенологическая диагностика;
 - эндоскопическая диагностика;
 - интраоперационная диагностика.
7. Тактические аспекты при постхолецистэктомическом синдроме.
8. Лечение при постхолецистэктомическом синдроме.
9. Профилактика постхолецистэктомического синдрома.
10. Пути улучшения результатов лечения больных с постхолецистэктомическим синдромом.
11. Экспертиза временной нетрудоспособности.

Тестовый контроль

1. На каком расстоянии от пилорического жома в двенадцатиперстной кишке находится большой дуоденальный сосочек (в см):
 - 1 – 3-6;
 - 2 – 6-8;
 - 3 – 8-12;**
 - 4 – более 12
2. Выберите ситуацию, при которой не возможна интраоперационная травма желчных протоков:
 - 1 – врожденные или приобретенные необычные топографо-анатомические отношения в зоне гепатодуоденальной связки;
 - 2 – воспалительные инфильтраты в зоне желчного пузыря и протоков;
 - 3 – нарушение технических правил холецистэктомии;
 - 4 – резекция желудка при низких дуоденальных язвах;
 - 5 – резекция желудка при язвах, пенетрирующих в гепатодуоденальную связку;
 - 6 – обычная резекция желудка при язвах, не осложнённых пенетрацией.**
3. Какие операции возможны при ранении желчных протоков?
 - 1 – ушивание дефекта однорядным швом при пристеночном ранении;
 - 2 – дренирование дефекта Т-образным дренажем в результате пристеночного ранения;
 - 3 – восстановление целостности циркулярным анастомозом «конец в конец»;
 - 4 – наложение билиодигестивного анастомоза на транспеченочном дренаже;
 - 5 – все верно.**

4. Укажите сроки формирования рубцовой стриктуры при полной перевязке и пересечении гепатикохоледоха:

1 – в ближайшие недели после операции;

2- через 2-6 месяцев;

5. Какие симптомы характерны для сформированной стриктуры желчных протоков:

1 – симптомы рецидивирующего холангита;

2 – постоянно нарастающая желтуха;

3 – симптомы холангитических абсцессов печени;

4 – симптомы печеночной и почечной недостаточности;

5 – все верно

6. Какие операции выполняются при стриктурах протоков?

1 – пластика при частичных стриктурах средней части гепатикохоледоха;

2 – билиодигестивные анастомозы на транспеченочном дренаже;

3 – холедоходуоденоанастомоз;

4 – все верно

7 – Что не является осложнением холангиолитиаза:

1 – кровотечение;

2 – развитие отечного холангиогенного панкреатита;

3 – папиллит;

4 – стеноз большого дуоденального сосочка;

5 – холангит;

6 – непроходимость желчных протоков.

8. Что не является показанием к наложению билиодигестивных анастомозов:

1 – множественные камни общего желчного протока при неуверенности в их полном удалении;

2 – значительное расширение общего желчного протока с замазкообразной желчью;

3 – ущемленный камень в ампуле большого дуоденального сосочка;

4 – продленная стриктура терминального отдела общего желчного протока.

9. Назовите возможный процент постхолецистэктомического синдрома после холецистэктомии по поводу калькулезного холецистита:

1 – 5-10;

2 – 10-20;

3 – 20-30;

4 – 30-40;

5 – 40-50.

10. Какие клинические проявления характерны для постхолецистэктомического синдрома:

1 – болевой синдром;

2 – желчная колика;

3 – желтуха;

4 – холангит;

5 – образование желчного свища;

6 – все верно.

4.6. Кровотечения из ЖКТ

Контрольные вопросы:

1. Анатомо-физиологические сведения о кровоснабжении желудочно-кишечного тракта.
2. Данные о патогенезе острых кровотечений при язвенной болезни.
3. Клиническая картина, течение. Определение степени тяжести кровотечения.
4. Сочетанные кровотечения с перфоративной язвой.
5. Диагностика кровотечений.
6. Дифференциальная диагностика язвенных гастродуоденальных кровотечений (опухоли желудка, геморрагический гастрит, синдром Меллори-Вейсса, гипертоническая болезнь, болезни крови и сосудов и др.).
7. Лечение при язвенных гастродуоденальных кровотечениях. Консервативная, активная и активно-выжидательная тактика.
8. Экспертиза трудоспособности в послеоперационном периоде.

Тестовый контроль

1. Какой из перечисленных методов не обязателен при обследовании больного с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки:

- 1 – осмотр, пальпация, аускультация;
- 2 – исследование желудочной секреции;
- 3 – рентгенологическое исследование;
- 4 – фиброгастроскопия;

5 – УЗИ.

2. Выберите группы препаратов, которые не применяются при консервативном лечении по поводу язвенной болезни:

- 1 – Н₂-блокаторы;
- 2 – холинолитики;
- 3 – простагландины;
- 4 – антациды;
- 5 – психотропные средства;

6 – антиадренергические препараты.

3. Укажите минимальный объём резекции, который должен быть выполнен при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки:

- 1 – ½ желудка;
- 2 – 2/3 желудка;**
- 3 – ¾ желудка.

4. Выберите оптимальную схему резекции при язвенной болезни желудка:

- 1 – резекция по Бильрот I;**
- 2 – резекция по Гофмейстеру-Финстереру;
- 3 – резекция по Ру.

5. Показанием к оперативному лечению при язвенной болезни не является:

- 1 – кровотечение;
- 2 – стеноз;
- 3 – пенетрация;
- 4 – стрессовая язва;**
- 5 – малигнизация;
- 6 – неэффективность консервативного лечения.

6. Признаками профузного кровотечения из желудочно-кишечного тракта не является:

- 1) Рвота "кофейной гущей."

2) Рвота алой кровью.

3) Мелена.

4) Наличие скрытой крови в кале.

5) Анемия.

7. Что не является показанием к экстренной операции при кровотечении из ЖКТ:

1) Профузное кровотечение.

2) Неэффективность консервативной терапии.

3) Повторные профузные кровотечения.

4) Анемия.

8. Жалобы при язвенном кровотечении:

1) Иррадиация болей в спину, язвенный анамнез, рвота с кровью.

2) Внезапная боль, озноб, мелена.

3) Уменьшение болей, рвота "кофейной гущей", мелена.

9. С помощью зонда Блэкмора останавливают кровотечение из вен:

1. печени

2. желудка

3. селезенки

10. Какое из этих заболеваний редко вызывает профузное кровотечение из пищеварительного тракта:

1. язвенная болезнь желудка и 12-ти перстной кишки

2. болезнь Рандю-Ослера

3. портальная гипертензия

4. острый гастродуоденит

5. синдром Маллори-Вейса

4.7. Синдром желтухи

Контрольные вопросы:

1. Классификация и виды патологии внепеченочных желчных протоков; патогенез и морфогенез.
2. Особенности клинических проявлений патологии внепеченочных желчных протоков.
3. Диагностическая программа и алгоритмы диагностики патологии внепеченочных желчных протоков.
4. Осложнения патологии внепеченочных желчных протоков. Синдром эндогенной интоксикации.
5. Тактические аспекты при патологии внепеченочных желчных протоков. Принципы этапности лечения.
6. Малоинвазивные методы лечения при патологии внепеченочных желчных протоков.
7. Выбор методов дренирования желчных протоков.
8. Комплексная детоксикация при механической желтухе и холангите.
9. Профилактика осложнений при патологии внепеченочных желчных протоков.
10. Пути улучшения результатов лечения при патологии желчных протоков.

Тестовый контроль

1. На каком расстоянии от пилорического жома в двенадцатиперстной кишке находится большой дуоденальный сосочек (в см):
1 – 3-6;

- 2 – 6-8;
- 3 – 8-12;**
- 4 – более 12

2. Самым информативным при проведении дифференциальной диагностики желтух является:

- 1) УЗИ.
- 2) Анамнез, данные биохимии крови.
- 3) Компьютерная томография.
- 4) МРХПГ.**
- 5) Лапароскопия, лапароскопическая микрохолецистостомия (фистулографии).

3. При механической желтухе, развившейся вследствие рака головки поджелудочной железы, могут быть все перечисленные симптомы, кроме:

- 1) Пальпируемого желчного пузыря.
- 2) Сильных болей в начале заболевания.**
- 3) Метастазов в легких.
- 4) Тромбофлебита.
- 5) Опухолевидного образования в области головки поджелудочной железы.

4. Самым информативным при проведении дифференциальной диагностики желтух является:

- 1) УЗИ.
- 2) Анамнез, данные биохимии крови.
- 3) Компьютерная томография.
- 4) МРХПГ.**
- 5) Лапароскопия, лапароскопическая микрохолецистостомия (фистулографии).

5. При механической желтухе, развившейся вследствие рака головки поджелудочной железы, могут быть все перечисленные симптомы, кроме:

- 1) Пальпируемого желчного пузыря.
- 2) Сильных болей в начале заболевания.**
- 3) Метастазов в легких.
- 4) Тромбофлебита.
- 5) Опухолевидного образования в области головки поджелудочной железы.

6. При каком раке билиопанкреатодуоденальной системы появившаяся механическая желтуха непрерывно прогрессирует:

- 1. рак головки поджелудочной железы
- 2. рак терминального отдела общего желчного протока
- 3. рак большого дуоденального сосочка
- 4. рак общего желчного протока
- 5. все перечисленное**

7. При каком заболевании встречается симптом Курвуазье:

- 1. хронический холангит
- 2. гепатит
- 3. рак головки поджелудочной железы**
- 4. опухоль в воротах печени

8. Прямой билирубин в моче характерен для:

- 1. механической желтухи**

2. паренхиматозной желтухи
3. гемолитической желтухи

9. Выберите показание к трансдуоденальной папиллосфинктеропластике:

- 1. стеноз большого дуоденального сосочка**
2. недостаточность сфинктера Одди
3. продленная стриктура терминального отдела общего желчного протока

10. Что является общим признаком для всех желтух:

- 1 увеличение селезенки
2. симптом Курвуазье
3. потеря аппетита
- 4. гипербилирубинемия**
5. асцит

4.8. Синдром портальной гипертензии

Контрольные вопросы:

1. Хирургическая анатомия и физиология печени.
2. Этиология и патогенез заболеваний печени.
3. Определение понятия синдром портальной гипертензии.
4. Варианты синдрома портальной гипертензии.
5. Механизм формирования синдрома портальной гипертензии, варианты коллатерального кровотока.
6. Принципы диагностики кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода.
7. Способы остановки кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода.
8. Тампонада зондом Блекмора, причины неудачной тампонады.
9. Методики обследования больных с синдромом портальной гипертензии при остановленном кровотечении.
10. Показания к оперативному лечению больных с синдромом портальной гипертензии.
11. Трудоспособность после лечения.

Тестовый контроль

1. Синдром портальной гипертензии – это состояние когда:
 - 1) Имеется высокое давление в воротной вене:
 - 2) Имеется градиент давления между воротной веной и нижней поллой веной.**
 - 3) Имеется давление в нижней поллой вене.
2. Возникновение внутрипеченочной портальной гипертензии чаще всего связано с:
 - 1) Заболеванием крови.
 - 2) Патологией сосудов брюшной полости.
 - 3) Хроническим заболеванием печени.**
3. У больного с циррозом печени отмечена желтуха и асцит, значит это группа:
 - 1) "А" по Чайлду.
 - 2) "В" по Чайлду.
 - 3) "С" по Чайлду.**
4. Основной метод диагностики кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода:
 - 1) Ректальное исследование прямой кишки.

2) Исследование кала на скрытую кровь.

3) Фиброгастроскопия.

5. Зонд Блэкмора это:

- 1) Прибор для измерения давления в бассейне воротной вены и ее притоков.
- 2) Диагностическое оборудование, снабженное фиброволоконной оптикой.

3) Приспособление для остановки пищеводных кровотечений.

6. Воротная вена образуется при слиянии:

- 1) Верхней брыжеечной и селезеночной вен.**
- 2) Селезеночной и почечных вен.
- 3) Верхней брыжеечной и отводящих вен печени.

7. Радикальный способ коррекции портальной гипертензии при декомпенсированном циррозе печени это:

- 1) Хронический гемодиализ.
- 2) Формирование портокавального анастомоза.
- 3) Пересадка печени.**

8. Синдром Бадда –Киари – это:

- 1) Варикозное расширение вен ободочной кишки.
- 2) Тромбоз отводящих вен печени.**
- 3) Артериовенозный свищ в области селезеночных артерии и вены.

9. У больного перенесшего острый панкреатит, сформировалась киста поджелудочной железы, сдавливающая селезеночную вену. Этот вариант портальной гипертензии называют:

- 1) Гиперкинетическим.
- 2) Смешанным.
- 3) Предпеченочным.**

10. Обтурация пищевода двухбаллонным зондом осуществляется в течение:

- 1) 6-8 часов.**
- 2) 48 часов.
- 3) 72 часа.

4.9. ИБС (хирургическое лечение)

Контрольные вопросы

1. Хирургическая анатомия венечных и внутренних грудных артерий.
2. Патологическая анатомия окклюзионных поражений венечных артерий.
3. Рентгенанатомия по данным коронарографии с учетом показаний к различным вариантам реваскуляризации миокарда.
4. Радикальные и паллиативные методы лечения ишемической болезни сердца и показания к ним.
5. Неотложные состояния, обусловленные ишемической болезнью и хирургическая тактика при них.

Тестовый контроль

1. Наиболее характерным признаком постинфарктного дефекта межжелудочковой перегородки является:
 - 1) Расширение границ сердца влево.

- 2) Мерцательная аритмия.
- 3) Гиповолемиа при рентгенологическом обследовании.
- 4) **Грубый систолический шум в III межреберье справа от грудины.**

2. В какие сроки закрывается дефект после перенесенного инфаркта миокарда, когда консервативные мероприятия не могут стабилизировать состояние больного:

- 1) В первые сутки.
- 2) **Спустя двое суток.**
- 3) Через два месяца после формирования рубца в зоне инфаркта.

3. Оптимальные сроки закрытия дефекта после развития инфаркта при благоприятном течении:

- 1) В первые сутки.
- 2) Спустя двое суток.
- 3) В течение одного месяца.
- 4) **Через два месяца.**

4. Оптимальные сроки лечения при постинфарктных аневризмах левого желудочка:

- 1) В первый месяц.
- 2) Спустя два месяца.
- 3) От двух до четырех месяцев.
- 4) **От четырех до шести месяцев.**
- 5) В течение года.

5. Противопоказания к резекции постинфарктной аневризмы левого желудочка:

- 1) Нарушения кровообращения II стадии.
- 2) Нарушения кровообращения III стадии.
- 3) Легочная гипертензия 30-60 мм рт. ст.
- 4) Легочная гипертензия 60 мм рт.ст. и выше.
- 5) **верно 2,4**
- 6) верно 1,3

6. В какие сроки выполняется плановая хирургическая операция при постинфарктной митральной недостаточности:

- 1) 1-3 недели.
- 2) **3-6 недель.**
- 3) 6-9 недель.
- 4) 9-12 недель.

7. Противопоказания к хирургической коррекции митральной недостаточности возникшей после инфаркта миокарда:

- 1) Легочная гипертензия 30-40 мм рт. ст.
- 2) Легочная гипертензия 40-60 мм рт. ст.
- 3) Легочная гипертензия 60-80 мм рт. ст.
- 4) **Легочная гипертензия выше 80 мм рт. ст.**

8. Показания к хирургическому лечению при митральной недостаточности в острой стадии инфаркта миокарда:

- 1) Нарушения кровообращения I стадии.
- 2) Нарушения кровообращения II стадии.
- 3) **Нарушения кровообращения III стадии.**

9. У больного 72 лет установлен диагноз ИБС (функциональный класс II-III); на коронарограмме локальный стеноз в области устья левой коронарной артерии. Какое вмешательство наиболее предпочтительно:

- 1) Аорто-коронарное шунтирование.
- 2) Маммарно-коронарное шунтирование.
- 3) **Баллонная дилатация.**
- 4) Непрямая реваскуляризация.

10. У 50-летнего больного после перенесенных двух мелкоочаговых инфарктов миокарда при коронарографии выявлен диффузный коронарокардиосклероз. Какая операция показана:

- 1) Прямая реваскуляризация миокарда.
- 2) **Непрямая реваскуляризация миокарда.**
- 3) Баллонная дилатация.

4.10. Пороки сердца

Контрольные вопросы

1. Хирургическая анатомия клапанного аппарата и камер сердца.
2. Патологическая анатомия со стороны магистральных сосудов и внутренних структур сердца у больных приобретенными и врожденными пороками сердца.
3. Принципы синдромной диагностики пороков сердца в условиях поликлиники (синдром "шлюза" и синдром "сброса", гиповолемия, гипертензия и др.).
4. Рентген-анатомия сердца и сосудов легкого в норме и при приобретенных и врожденных пороках сердца.
5. Принципы построения диагноза в кардиохирургической клинике у больного с приобретенным пороком сердца.
6. Классификация митрального порока.
7. Классификация митрального стеноза по Бакулеву-Дамиру.
8. Закрытые и открытые хирургические вмешательства, их обеспечение.
9. Противопоказания к хирургическому лечению больных при пороках сердца.
10. Классификация тетрады Фалло по Бакулеву и Мешалкину и хирургическая тактика при различных формах.
11. Неотложные состояния при пороках и первая помощь при них.

Тестовый контроль

1. Какой признак наиболее характерен для тампонады сердца:
 - 1) **Парадоксальный пульс.**
 - 2) Увеличение пульсового давления.
 - 3) Глухие тоны сердца.
 - 4) Усиленный верхушечный толчок.
 - 5) Расширение сердца.
2. Какой из признаков позволяет предположить констриктивный перикардит:
 - 1) **Набухание шейных вен, увеличивающееся при вдохе.**
 - 2) Усиление тонов сердца.
 - 3) Неодинаковое давление в полостях сердца.
 - 4) Преобладание признаков левожелудочковой недостаточности.
3. Для перикардального выпота характерно все, кроме:
 - 1) Увеличение размеров сердца.
 - 2) Исчезновение верхушечного толчка.

- 3) Глухие тоны.
- 4) Отсутствие пульсации контуров сердца при рентгеноскопии.
- 5) **Шум трения перикарда.**

4. Наиболее достоверным признаком стеноза левого атриовентрикулярного отверстия является:

- 1) Увеличение левой границы сердца.
- 2) Наличие мерцательной аритмии.
- 3) **Наличие "щелчка открытия" митрального клапана.**
- 4) Сглаженность талии сердца при рентгенологическом исследовании.

5. Для митральной недостаточности характерны все признаки, кроме:

- 1) **Хлопающий первый тон на верхушке.**
- 2) Систолический шум на верхушке.
- 3) Увеличение границ сердца влево.
- 4) Снижение сердечного выброса.

6. Как изменяется АД при аортальной недостаточности:

- 1) Не изменяется.
- 2) Повышается только систолическое.
- 3) Повышается только диастолическое.
- 4) **Повышается систолическое АД и понижается диастолическое АД.**
- 5) Понижается систолическое АД и повышается диастолическое АД.

7. Какой из перечисленных признаков характерен для митрального стеноза:

- 1) Систолический шум на верхушке сердца.
- 2) Ослабленный первый тон на верхушке.
- 3) Протодиастолический шум во II межреберье справа.
- 4) **Пресистолический шум на верхушке.**
- 5) Ослабленный II тон во II межреберье справа.

8. Какой из симптомов не характерен для конструктивного перикардита:

- 1) Цирроз печени с асцитом.
- 2) Набухание шейных вен.
- 3) Обызвествление перикардита.
- 4) Не увеличенные размеры сердца.
- 5) **Низкое венозное давление.**

9. 18-летний больной направлен для обследования военкоматом; развивался нормально; над основанием сердца определяется грубый систолический шум с эпицентром во II межреберье у правого края грудины, проводится на сонные артерии; II тон над аортой ослаблен; пульс 64 уд/мин, ритмичный, АД плечевой артерии 95-75 мм рт. ст., на бедренной артерии АД 110/90 мм рт. ст.

Ваш диагноз?

- 1) **Стеноз устья аорты.**
- 2) Сочетанный порок сердца.
- 3) Коарктация аорты.
- 4) Дефект межжелудочковой перегородки.
- 5) Открытый артериальный проток.

10. У 22-летнего мужчины с детства замечали систолический шум на основании сердца. АД 150/100 мм рт. ст. Рентгенограмма грудной клетки: увеличение левого желудочка,

неровные, зазубренные нижние края 5-7 ребер с обеих сторон. Снижение пульсации на ногах.

Ваш диагноз:

- 1) Стеноз устья аорты.
- 2) Дефект межпредсердной перегородки.
- 3) Коарктация аорты.**
- 4) Дефект межжелудочковой перегородки.
- 5) Открытый артериальный проток.

4.11. Дивертикулы и полипы ЖКТ

Контрольные вопросы:

1. Определите понятие дивертикула.
2. Классификация дивертикулов.
3. Отличие врождённого дивертикула от приобретённого.
4. Чем отличается истинный дивертикул от ложного.
5. Причины тракционных дивертикулов.
6. Особенности клинических проявлений дивертикула Меккеля.
7. Рентгенологическая картина дивертикулов.
8. Особенности оперативных вмешательств при дивертикулах двенадцатиперстной кишки.
9. Особенности операций при дивертикулёзе тонкой и толстой кишки.
10. Характер питания и лечение при дивертикулите.
11. Определение понятия полип, причины формирования полипов.
12. Классификация, диагностика, лечение при полипах ЖКТ.

Тестовый контроль

1. Что не является причиной образования дивертикулов толстой кишки:
1 – нарушение пропульсивной деятельности толстой кишки;
2 – дегенеративные изменения в стенке кишки;
3 – воспалительный процесс в стенке кишки.
2. Стенка дивертикула состоит из:
1 – всех слоёв кишки;
2 – слизистого слоя;
3 – серозного и слизистого слоя;
4 – слизистого и мышечного слоя.
3. Где чаще локализуются дивертикулы толстой кишки:
1 – слепая кишка;
2 – правые отделы ободочной кишки;
3 – поперечно-ободочная кишка;
4 – сигмовидная кишка.
4. Наиболее частые осложнения дивертикула толстой кишки, кроме:
1 – кровотечение;
2 – дивертикулит;
3 – перфорация;
4 – кишечные свищи;
5 – малигнизация.
5. Основные признаки дивертикулита, кроме:

- 1 – боли в животе;
- 2 – гнойно-слизистые выделения из прямой кишки;**
- 3 – усиление болей при пальпации живота;
- 4 – лейкоцитоз.

6. Рентгенологические признаки дивертикулита, кроме:

- 1 – дефект наполнения кишки;**
- 2 – нечёткий контур дивертикула;
- 3 – длительная задержка бариевой взвеси в дивертикуле;
- 4 – ригидность кишечной стенки;
- 5 – беспорядочное расположение гаустр;
- 6 – утолщение складок кишки.

7. Причиной кровотечения при дивертикулёзе является:

- 1 – эрозия слизистой дивертикула;
- 2 – травматизация сосуда шейки дивертикула.**

8. При консервативном лечении при дивертикуле необходимо:

- 1 – усилить перистальтику кишки прозеринном
- 2 – снять спазм кишки спазмолитиками
- 3 – безшлаковая диета
- 4 – ограничение овощей
- 5 – увеличение количества продуктов питания, богатых клетчаткой
- 6 – верно 2,5**
- 7 – верно 1,3,4

9. Необходимым объёмом оперативного вмешательства при дивертикулёзе сигмовидной кишки, осложнённом кровотечением, является:

- 1 – резекция сигмовидной кишки;
- 2 – левосторонняя гемиколэктомия.**

10. При перфорации дивертикула толстой кишки с перитонитом показано:

- 1 – резекция участка кишки с перфорацией анастомоз;
- 2 – ушивание области перфорации с ограничением тампонами;
- 3 – выведение места перфорации в виде двухствольного противоестественного заднего прохода;
- 4 – резекция кишки по типу операции Гартмана;
- 5 – ушивание места перфорации с интубацией толстой кишки;
- 6 – ушивание дефекта с наложением петлевой колостомы выше места перфорации.
- 7 – верно 3,4,6**
- 8 – верно 1,2,5

11. Показано ли оперативное лечение у больных с неосложнённой формой дивертикулёза при отсутствии эффекта от консервативного лечения:

- 1 – да;**
- 2 – нет.

12. К причинам, способствующим развитию дивертикулов толстой кишки не относятся:

- 1 – воспалительные образования;
- 2 – синдром раздражённой толстой кишки;
- 3 – упорные запоры;
- 4 – пожилой и старческий возраст;**

5 – рафинированная диета.

13. К осложнениям дивертикулеза не относят:

- 1 – образование инфильтратов;
- 2 – малигнизацию;**
- 3 – формирование абсцессов;
- 4 – образование внутренних или наружных кишечных свищей;
- 5 – кишечные кровотечения.

14. Для кишечного кровотечения из левой половины толстой кишки не характерно:

- 1 – наличие кала чёрного цвета;
- 2 – снижение гемоглобина и гематокрита;
- 3 – чаще развивается при тяжелых формах заболевания;
- 4 – резкая слабость;**
- 5 – появлению крови часто предшествуют боли в животе.

15. Мужчина 65 лет с подтверждённым диагнозом дивертикулеза кишечника поступил в отделение с лихорадкой и интенсивной разлитой болью в животе. Живот болезненный во всех отделах, передняя брюшная стенка напряжена, отсутствуют перистальтические шумы. С чем связан патогенез этого заболевания?

- 1 – перфорация полого органа;**
- 2 – непроходимость кишечника;
- 3 – кровотечение в брюшную полость;
- 4 – ишемия кишечника.

16. У женщины 75 лет возникло требующее проведения гемотрансфузии профузное кровотечение из нижних отделов желудочно-кишечного тракта. Болей нет. Наиболее частая причина подобного кровотечения:

- 1 – рак толстой кишки или её заворот;
- 2 – инвагинация кишечника;
- 3 – дивертикулёз;**
- 4 – дивертикул Меккеля;
- 5 – язвенный колит, свищ прямой кишки.

17. Клиническая картина при полипах желудка чаще характеризуется:

- 1. бессимптомным течением**
- 2. симптомами гастрита
- 3. симптомами язвенной болезни желудка
- 4. симптомами язвенной болезни двенадцатиперстной кишки
- 5. симптомами рака желудка

18. Для лечения при одиночных полипах желудка чаще всего используют:

- 1. резекцию желудка
- 2. консервативную терапию
- 3. эндоскопическую электроэксцизию полипа**
- 4. криотерапию
- 5. клиновидную резекцию желудка

4.12. Эндокринные опухоли

Контрольные вопросы:

1. Хирургическая анатомия щитовидной и паращитовидных желез, поджелудочной железы.
2. Этиология и патогенез эндокринных опухолей щитовидной и паращитовидных желез, поджелудочной железы.
3. Классификация заболеваний эндокринных опухолей щитовидной и паращитовидных желез, поджелудочной железы.
4. Клиническая картина заболеваний эндокринных опухолей щитовидной и паращитовидных желез, поджелудочной железы.
5. Диагностическая программа при эндокринных опухолях щитовидной и паращитовидных желез, поджелудочной железы. Методы и алгоритмы диагностики.
6. Принципы и тактика лечения при эндокринных опухолях щитовидной и паращитовидных желез, поджелудочной железы.
7. Консервативная терапия и предоперационная подготовка.
8. Хирургическое лечение: показания, виды и способы операций, профилактика осложнений.
9. Пути улучшения результатов лечения больных с эндокринными опухолями щитовидной и паращитовидных желез, поджелудочной железы.

Тестовый контроль

1. Укажите возможное функциональное состояние щитовидной железы при раке:
1 – эутиреоз;
2 – гипотиреоз;
3 – гипертиреоз;
4 – все варианты.
2. Целесообразно ли при раке щитовидной железы выполнение операции Крайля:
1 – да;
2 – нет.
3. Какой метод исследования является ведущим в диагностике рака щитовидной железы:
1 – пневмотиреоидография;
2 – медиастинография;
3 – рентгенография;
4 – радиоизотопное исследование;
5 – эзофагография;
6 – ангиография;
7 – пункционная биопсия.
4. Целесообразно ли после операции по поводу рака щитовидной железы назначение тиреоидина или трийодтиронина:
1 – да;
2 – нет.
7. При какой стадии рака щитовидной железы показано назначение тиреоидина или трийодтиронина:
1 – I;
2 – II;
3 – III;
4 – IV;
5. Всем больным вне зависимости от стадии.
8. Назовите возможные формы злокачественных опухолей щитовидной железы:

- 1 – папиллярный рак;
- 2 – фолликулярный рак;
- 3 – плоскоклеточный рак;
- 4 – саркомы;
- 5 – все верно.**

9. Какие факторы способствуют развитию рака щитовидной железы:

- 1 – радиация;
- 2 – гормональные нарушения;
- 3 – наследственная предрасположенность;
- 4 – йодная недостаточность;
- 5 – все верно.**

10. По характеру роста опухоли инсулинома может быть:

- 1 – только доброкачественной;
- 2 – только злокачественной;
- 3 – и доброкачественной, и злокачественной.**

11. Являются ли метастазы инсулиномы гормонально активными:

- 1 – да;**
- 2 – нет.

12. Укажите патологический синдром, не возникающий при инсулиноме поджелудочной железы:

- 1 – гипергликемия;**
- 2 – гипогликемия;
- 3 – нарушение функции центральной нервной системы;
- 4 – распад гликогена в печени;
- 5 – гипердренализм.

13. Выберите симптом, не характерный для инсулиномы:

- 1 – чувство голода;
- 2 – беспричинный страх;
- 3 – вялость;
- 4 – сонливость;
- 5 – дрожь;
- 6 – сухость кожного покрова;**
- 7 – проливной пот;
- 8 – судороги.

14. Какими патологическими симптомами сопровождается приступ инсулиномы:

- 1 – нарушение зрения (диплопия, ксантопия, мидриаз);
- 2 – замедление дыхания;
- 3 – коликообразные боли в животе;
- 4 – кровавая рвота;
- 5 – понос;
- 6 – полиурия;
- 7 – все верно.**

15. Приводят ли частые приступы гипогликемии при инсулиноме к нарушениям психики:

- 1 – да;**
- 2 – нет.

16. У больных с инсуломой отмечается:

- 1 – кахексия;
- 2 – ожирение.**

17. Укажите какой метод не применяют для диагностики инсулином:

- 1 – УЗИ;
- 2 – Компьютерная томография;
- 3 – Рентгеноскопия желудка и двенадцатиперстной кишки;**
- 4 – Селективная ангиография поджелудочной железы;
- 5 – Определение инсулина в крови радиоиммунологическим методом.

18. Возможно ли консервативное лечение, направленное на профилактику приступов при инсуломе:

- 1 – да;**
- 2 – нет.

19. Укажите, какие операции возможны при радикальном лечении инсулином:

- 1 – энуклеация опухоли;
- 2 – резекция хвоста поджелудочной железы;
- 3 – субтотальная дистальная резекция поджелудочной железы;
- 4 – панкреатодуоденальная резекция;
- 5 – панкреатэктомия;
- 6 – все верно.**

20. Выработкой какого гормона опухолью поджелудочной железы обусловлен синдром Золлингера-Эллисона:

- 1 – инсулина;
- 2 – глюкагона;
- 3 – соматостатина;
- 4 – гастрин.**

21. Возможно ли консервативное лечение при синдроме Золлингера-Эллисона:

- 1 – да;
- 2. – нет.**

4.13. Острый живот

Контрольные вопросы:

- 1. Патогенетические аспекты аппендицита.
- 2. Классификация аппендицита и его осложнений.
- 3. Особенности клинических проявлений аппендицита; атипичные формы.
- 4. Тактика при различных формах аппендицита и его осложнений; варианты хирургической техники; показания и варианты дренирования брюшной полости; лечение при осложненных формах.
- 5. Симптоматология и клиническое течение острого холецистита.
- 6. Клиническая картина осложненных форм холецистита.
- 7. Тактика врача при остром холецистите, показания к операции.
- 8. Классификация при острой непроходимости кишечника.
- 9. Клиническая картина, методы диагностики при острой непроходимости кишечника.
- 10. Основные принципы лечения при острой непроходимости кишечника.

Тестовый контроль

1. Противопоказанием к экстренной аппендэктомии является:
 - 1) Аппендикулярный инфильтрат.**
 - 2) Инфаркт миокарда.
 - 3) Вторая половина беременности.
 - 4) Геморрагический диатез.
 - 5) Разлитой перитонит.

2. Макроскопическая картина флегмонозного аппендицита характеризуется всем, кроме:
 - 1) Значительного утолщения червеобразного отростка.
 - 2) Резкого отека и яркой гиперемии серозной оболочки брыжейки отростка.
 - 3) Наложение фибрина на червеобразный отросток, а возможно, и прилежащие петли кишечника.
 - 4) Наличие сукровичного вида жидкости в просвете отростка.**
 - 5) Значительного мутного выпота в брюшной полости.

3. Для гангренозного аппендицита не характерно:
 - 1) Резкие боли в животе.**
 - 2) Нормальная температура.
 - 3) Низкие цифры лейкоцитоза.
 - 4) Резкий сдвиг лейкоцитарной формулы влево.
 - 5) Положительный симптом "токсических ножниц".

4. Наиболее достоверный признак острого холецистита:
 - 1) Боли в правом подреберье.
 - 2) Механическая желтуха.
 - 3) Пальпируется болезненный желчный пузырь.**
 - 4) Положительный симптом раздражения брюшины в правой половине живота.

5. Показания к экстренной операции при остром холецистите являются (6-8 часов):
 - 1) Нарастание желтухи.
 - 2) Рецидив печеночной колики.
 - 3) Пальпируется увеличенный желчный пузырь.
 - 4) Перитонит.**

6. Укажите при каких повреждениях желчного пузыря не показана холецистэктомия:
 - 1) Разрыв стенки желчного пузыря.
 - 2) Обширные интрамуральные гематомы.
 - 3) Отрыв пузыря от ложа.
 - 4) Небольшой разрыв пузыря в области дна.**

7. Подтвердить диагноз "острая непроходимость кишечника" поможет:
 - 1) УЗИ брюшной полости.
 - 2) ФГС.
 - 3) Обзорная рентгенография брюшной полости.**
 - 4) Лапароскопия.
 - 5) Общий анализ крови.

8. Рентгенологическими признаками острой непроходимости кишечника являются:
 - 1) Раздутые газом петли кишечника.
 - 2) Серп воздуха под куполом диафрагмы.

3) Ограничение подвижности диафрагмы.

4) **Чаши Клойбера.**

5) Все указанные признаки.

9. Рентгенологическое исследование брюшной полости при острой непроходимости кишечника будет неэффективно при положении больного:

1) **Лежа на спине.**

2) Стоя.

3) В латеропозиции.

10. Причиной обтурационной непроходимости кишечника чаще всего является:

1) Глистная инвазия.

2) **Опухоль левой половины толстой кишки.**

3) Ущемленная грыжа.

4) Опухоль правой половины толстой кишки.

5) Желчные камни.

11. Какой вид острой непроходимости кишечника встречается наиболее часто:

1) Инвагинация.

2) Узлообразование.

3) **Спаечная.**

4) Спастическая.

5) Обтурационная.

12. Сколько времени дается на предоперационную подготовку больного с острой непроходимостью кишечника:

1) **2 часа.**

2) 4 часа.

3) 6 часов.

4) 24 часа.

5) Операция немедленно.

4.14. Неотложные состояния при заболеваниях легких

Контрольные вопросы:

1. Перечислите состояния (заболевания и синдромы), проявляющиеся легочными кровотечениями.
2. Дайте классификацию легочных кровотечений.
3. Особенности клинической картины легочных кровотечений, отличие ее от профузных кровотечений из желудка и пищевода.
4. Определите круг рентгенологических симптомов при легочном кровотечении.
5. Опишите патофизиологические изменения в организме при легочном кровотечении.
6. Показания к операции и возможный ее объем при легочном кровотечении.

Тестовый контроль

1. При каких из перечисленных заболеваний чаще встречаются легочные кровотечения:

1) Хроническая пневмония.

2) Хронический абсцесс легкого.

3) Поликистоз легкого.

4) **Бронхоэктатическая болезнь.**

2. Назовите диагностический метод, который не позволяет установить источник легочного кровотечения:

- 1) Бронхоскопия.
- 2) Рентгенография легких.
- 3) **Общая спирография.**

3. Что не является противопоказанием к радикальным операциям при легочном кровотечении:

- 1) Выраженная эмфизема и пневмосклероз другого легкого.
- 2) Дистрофические изменения внутренних органов.
- 3) Сердечно-сосудистая недостаточность.
- 4) **Снижение жизненной функции легких по данным общей спирографии.**

4. Какой характер носит кровь при легочном кровотечении:

- 1) "Кофейной гущи."
- 2) **Алая, пенистая.**
- 3) Темно-ржавого цвета.
- 4) Прожилки крови в слюне.

5. Достоверным признаком легочного кровотечения является:

- 1) Выделение крови изо рта.
- 2) **Кашель с выделением алой пенистой крови.**
- 3) Наличие затемнения в легком.
- 4) Наличие экссудата в плевральной полости.
- 5) Наличие крови в бронхах при бронхоскопии.

6. Больной 32 лет поступил с жалобами на сильный кашель с небольшим количеством гнойной мокроты и прожилками крови в ней. 1,5 месяца назад ел грецкие орехи и во время смеха появился приступ надсадного кашля. Через 2 дня повысилась температура до 38°C. При рентгеноскопии грудной клетки изменений обнаружено не было. В последующем беспокоил кашель со скудной мокротой неприятного запаха, а при повторной рентгенографии грудной клетки выявилась правосторонняя нижнедолевая пневмония. При поступлении состояние удовлетворительное, под нижней долей правого легкого укорочение перкуторного звука и ослабление дыхания, на рентгенограммах уменьшение в объеме сегментов нижней доли правого легкого.

Наиболее вероятный диагноз:

- 1) Рак легкого.
- 2) Бронхоэктатическая болезнь.
- 3) Абсцесс легкого.
- 4) **Аспирация инородного тела и нагноительный процесс в зоне ателектаза.**

7. Больной 47 лет поступил с жалобами на кашель с гнойной мокротой до 400 мл в сутки, кровохарканье, повышение температуры, слабость, потливость. 20 лет тому назад перенес операцию на левом легком - удаление нижней доли и язычковых сегментов верхней доли. Через год стал выделять 200 мл гнойной мокроты, появились кровохаркания, а в последнее время мокрота в количестве 400 мл стала зловонной.

Состояние тяжелое. При рентгенологическом исследовании в оставшемся легком полость около 6 см с горизонтальным уровнем.

При бронхоскопии из 3 оставшихся сегментов поступает гной. В правом легком по клиническим, рентгенологическим и эндоскопическим данным изменений не обнаружено.

Больному следует рекомендовать:

- 1) **Интенсивную консервативную терапию.**

2) Хирургическое удаление оставшейся части левого легкого.

3) Лечебные бронхоскопии.

4) Внутриаерияльное введение антибиотиков.

5) Временную окклюдацию верхнезонального бронха.

8. У больного 26 лет диагностирован гангренозный абсцесс легкого, осложненный профузным легочным кровотечением.

Наиболее эффективным методом лечения у него является:

1) Гемостатическая терапия.

2) Искусственный пневмоторакс.

3) Пневмоперитонеум.

4) Тампонада дренирующего бронха.

5) Радикальное хирургическое лечение в виде резекции легкого.

9. Какова наиболее частая причина синдрома средней доли:

1) Обструктивный бронхит.

2) Бронхоэктатическая болезнь.

3) Пневмония.

4) Рак легкого.

10. С какой целью назначается морфин в комплексном лечении у больных при кровохаркании:

1) Седативная терапия.

2) Релаксация мышц грудной стенки.

3) Снижение давления в малом круге кровообращения, подавление кашлевого рефлекса.

4) Улучшение микроциркуляции.

5) Стимуляция костного мозга.

4.15. Воспалительные заболевания кишечника

Контрольные вопросы:

1. Современное понимание этиологии и патогенеза болезни Крона и язвенного колита.
2. Клинические формы болезни Крона и язвенного колита.
3. Клинико-лабораторная диагностика.
4. Консервативное лечение при болезни Крона и язвенном колите.
5. Показания к хирургическому лечению.
6. Объём операций в экстренной хирургии при болезни Крона и язвенном колите.
7. Виды оперативных вмешательств в плановой хирургии при болезни Крона и язвенном колите.
8. Диетотерапия и её роль при болезни Крона и язвенном колите.

Тестовый контроль

1. При колоноскопии в толстой кишке выявлен воспалительный процесс. Между участками воспаления есть участки неизменённой слизистой. Прямая кишка без поражений. Ваш диагноз?

1 – ишемический колит;

2 – язвенный колит;

3- амёбная дизентерия;

4 – болезнь Крона;

5 – болезнь Гиршпрунга.

2. При болезни Крона лечение включает:

- 1 – назначение антибиотиков
- 2 – опорожнение желудка через зонд и парентеральное питание
- 3 – назначение стероидных гормонов и сульфасалазина
- 4 – резекцию поражённого участка кишки
- 5 – назначение специальной диеты
- 6 – правильно 1,3,4**
- 7 – правильно 2,5

3. При подозрении на неспецифический язвенный колит первым шагом в обследовании будет:

- 1 – КТ органов брюшной полости и малого таза;
- 2 – ангиография мезентериальных артерий;
- 3 – ирригоскопия;**
- 4 – биопсия слизистой оболочки тонкой кишки;
- 5 – эндоскопия верхних отделов ЖКТ.

4. Во время лапаротомии, предпринятой по поводу острого аппендицита установлено воспаление слепой кишки с налётом фибрина и резкое сужение терминального отдела подвздошной кишки, не доходя до слепой кишки на 3,0 см. Червеобразный отросток флегмонозно изменён. Какой объём операции выполнить в данной ситуации?

- 1 – аппендэктомия;
- 2 – введение антибиотиков в брыжейку и дренирование брюшной полости;
- 3 – резекция илеоцекального угла с червеобразным отростком;**
- 4 – резекция терминального отдела подвздошной кишки;
- 5 – обходной илеотрансверзоанастомоз.

5. В какой ситуации показана операция при болезни Крона:

- 1 – рубцовый стеноз кишки;
- 2 – инфильтрат брюшной полости;
- 3 – внутренний свищ;
- 4 – проктит с перианальными поражениями;
- 5 – безуспешность консервативной терапии;
- 6 – все правильно.**

6. Болезнь Крона дифференцируют со следующими заболеваниями, кроме:

- 1 – неспецифический язвенный колит;
- 2 – полипоз толстой кишки;**
- 3 – актиномикоз;
- 4 – туберкулёз;
- 5 – лимфогранулематоз.

7. Какие осложнения бывают при болезни Крона?

- 1 – ректальные и периректальные свищи;
- 2 – перфорация язв;
- 3 – жировая и лейкоцитарная инфильтрация печени;
- 4 – периферические флебиты;
- 5 – поражение глаз (ирит, иридоциклит, хориоидит, эписклерит).
- 6 – все правильно.**

8. Укажите наиболее частое место поражённого органа:

- 1 – пищевод;

- 2 – желудок;
- 3 – тонкая кишка;**
- 4 – толстая кишка;
- 5 – правая половина толстой кишки.

9. Укажите характерные рентгенологические признаки при болезни Крона:

- 1 – «бульжная мостовая»;
- 2 – «водопроводный шланг»;
- 3 – нечёткий рельеф слизистой оболочки;
- 4 – «симптом струны»;
- 5 – чаши Клойбера.
- 6 – все правильно.**

10. Зуд кожи, потливость, увеличение периферических лимфоузлов, эозинофилия, моноцитоз, лимфопения характерны для:

- 1 – болезни Крона;
- 2 – лимфогранулематоза;**
- 3 – неспецифического язвенного колита;
- 4 – туберкулёза кишечника;
- 5 – мезентериального лимфаденита.

11. Для какого заболевания характерно раннее образование спаек с соседними петлями, лимфоцитоз, эозинофилия, обызвествление лимфатических узлов:

- 1 – болезнь Крона;
- 2 – туберкулёз кишечника;**
- 3 – неспецифический язвенный колит;
- 4 – мезентериальный лимфаденит;
- 5 – лимфогранулематоз.

12. Рентгенологически выявленный стеноз тонкой кишки характерен для:

- 1 – туберкулёз кишечника;
- 2 – болезнь Крона;
- 3 – доброкачественной опухоли;
- 4 – злокачественной опухоли;
- 5 – лимфогранулематоза.
- 6 – все правильно.**

13. Какой рентгенологический признак характерен для начальной стадии болезни Крона:

- 1 – чаши Клойбера;
- 2 – стеноз участка кишки;
- 3 – сужение просвета кишки;
- 4 – «бульжной мостовой»
- 5 – сглаженный рельеф слизистой оболочки с утолщением складок. Участок кишки в виде ригидной трубки.**

14. Стул сероватой окраски, мазеподобной консистенции, прогорклый запах характерны для:

- 1 – лимфогранулематоза;
- 2 – болезни Крона;**
- 3 – неспецифического язвенного колита;
- 4 – туберкулёза кишечника;
- 5 – спаечной болезни брюшной полости.

15. Вздутие и урчание в животе характерно для:

- 1 – болезни Крона
- 2 – спаечной болезни брюшной полости
- 3 – туберкулёза кишечника
- 4 – лимогранулематоза
- 5 – мезентериального лимфаденита
- 6 – правильно 1,2,3**
- 7 – правильно 4,5

16. Верхняя брыжеечная артерия кровоснабжает:

- 1 – всю толстую кишку;
- 2 – левую половину толстой кишки;
- 3 – правую половину толстой кишки;**
- 4 – толстую кишку не кровоснабжает.

17. Нижняя брыжеечная артерия кровоснабжает:

- 1 – всю толстую кишку;
- 2 – левую половину толстой кишки;
- 3 – правую половину толстой кишки;
- 4 – левую половину толстой кишки, исключая бассейн средней и нижней прямокишечных артерий.**
- 5 – толстую кишку не кровоснабжает.

18. Венозный отток от толстой кишки осуществляется:

- 1 – в воротную вену;
- 2 – в нижнюю полую вену;
- 3 – в воротную вену от правой половины, в нижнюю полую вену от левой половины толстой кишки;
- 4 – в нижнюю полую вену от правой половины, в воротную вену от левой половины толстой кишки.
- 5 – в воротную вену, а от нижней трети прямой кишки – в нижнюю полую вену.**

19. Основные методы обследования проктологических больных:

- 1 – пальцевое обследование, аноскопия, ректороманоскопия, фиброколоноскопия;
- 2 – ирригография, проктография, КТ, МРТ, УЗИ.
- 3 – сфинктероманометрия, биопсия, цитологическое и гистологическое исследования;
- 4 – все вышеперечисленное.**

20. Неспецифический язвенный колит по этиологии:

- 1 – аутоиммунное заболевание;
- 2 – инфекционное заболевание;
- 3 – генетическая патология;
- 4 – этиология неизвестна.**

21. Неспецифический язвенный колит имеет следующие формы:

- 1 – острая, хроническая;
- 2 – острая, подострая, хроническая;
- 3 – молниеносная, острая, непрерывно рецидивирующая, хроническая рецидивирующая;**
- 4 – не имеет делений на формы.

22. Основная триада клинических признаков неспецифического язвенного колита:

- 1 – боль в животе, диарея, выделение крови с калом;**
- 2 – боль в животе, тенезмы, метеоризм;
- 3 – диарея, мелена, недержание стула и газов;
- 4 – боль в животе, запоры, мелена.

23. В анамнезе у больных с неспецифическим язвенным колитом всегда есть:

- 1 – семейная предрасположенность;
- 2 – дисбактериоз;
- 3 – лекарственные или пищевые аллергические реакции;**
- 4 – предшествующая кишечная колика;
- 5 – всё вышеперечисленное.

24. При молниеносной форме неспецифического язвенного колита в каловых массах не бывает:

- 1 – гноя;**
- 2 – участков слизистой;
- 3 – слизи;
- 4 – прожилок крови;
- 5 – тёмной крови, смешанной с калом.

25. Неспецифический язвенный колит любой локализации в толстой кишке сопровождается:

- 1 – рефлюкс-илеитом;
- 2 – проктитом и криптитом;**
- 3 – токсической дилатацией толстой кишки;
- 4 – исчезновением гаустр, спазмом кишки.

26. Рентгенологические признаки неспецифического язвенного колита (5):

- 1 – равномерное сужение просвета кишки, усиление продольной складчатости;
- 2 – смещение медиально и вниз обоих изгибов, исчезновение гаустр;
- 3 – дефекты наполнения при двойном контрастировании;
- 4 – нечёткость контуров кишки из-за наличия язв и псевдополипов;
- 5 – все вышеперечисленные признаки.**

27. Осложнения острой и молниеносной форм неспецифического язвенного колита:

- 1 – перфорация кишки с развитием перитонита, профузное кровотечение;
- 2 – рубцовое сужение кишки, токсическая дилатация кишки;
- 3 – перфорация кишки с развитием перитонита или с развитием флегмоны забрюшинной клетчатки, токсическая дилатация кишки, профузное кровотечение;**
- 4 – токсическая дилатация кишки, профузное кровотечение.

28. Осложнения хронических форм неспецифического язвенного колита:

- 1 – токсическая дилатация кишки, малигнизация;
- 2 – малигнизация, рубцовое сужение, профузное кровотечение;**
- 3 – малигнизация, перфорация кишки с развитием перитонита, динамическая непроходимость;
- 4 – профузное кровотечение, токсическая дилатация кишки, малигнизация.

29. Второй этап операции Гартмана – это:

- 1 – ушивание одноствольного искусственного заднего прохода;
- 2 – анастомоз между приводящей петлей толстой кишки и культей прямой кишки;**

- 3 – внутрибрюшинное закрытие двустольного искусственного заднего прохода;
- 4 – внебрюшинное закрытие двустольного искусственного заднего прохода.

30. Рекомендации больным неспецифическим язвенным колитом в период ремиссии:

- 1 – постоянное диспансерное наблюдение;
- 2 – периодическое эндоскопическое обследование;
- 3 – соблюдение строгой диеты;
- 4 – санаторно-курортное лечение;
- 5 – все перечисленное.**

4.16. Актуальные вопросы неотложной хирургии

Контрольные вопросы:

- 1. Патогенетические аспекты аппендицита.
- 2. Классификация аппендицита и его осложнений.
- 3. Особенности клинических проявлений аппендицита; атипичные формы.
- 4. Тактика при различных формах аппендицита и его осложнений; варианты хирургической техники; показания и варианты дренирования брюшной полости; лечение при осложненных формах.
- 5. Симптоматология и клиническое течение острого холецистита.
- 6. Клиническая картина осложненных форм холецистита.
- 7. Тактика врача при остром холецистите, показания к операции.
- 8. Классификация при острой непроходимости кишечника.
- 9. Клиническая картина, методы диагностики при острой непроходимости кишечника.
- 10. Основные принципы лечения при острой непроходимости кишечника.

Тестовый контроль

- 1. Макроскопическая картина флегмонозного аппендицита характеризуется всем, кроме:
 - 1) Значительного утолщения червеобразного отростка.
 - 2) Резкого отека и яркой гиперемии серозной оболочки брыжейки отростка.
 - 3) Наложение фибрина на червеобразный отросток, а возможно, и прилежащие петли кишечника.
 - 4) Наличие сукровичного вида жидкости в просвете отростка.**
 - 5) Значительного мутного выпота в брюшной полости.
- 2. Противопоказанием к экстренной аппендэктомии является:
 - 1) Аппендикулярный инфильтрат.**
 - 2) Инфаркт миокарда.
 - 3) Вторая половина беременности.
 - 4) Геморрагический диатез.
 - 5) Разлитой перитонит.
- 3. Для гангренозного аппендицита не характерно:
 - 1) Резкие боли в животе.**
 - 2) Нормальная температура.
 - 3) Низкие цифры лейкоцитоза.
 - 4) Резкий сдвиг лейкоцитарной формулы влево.
 - 5) Положительный симптом "токсических ножниц".
- 4. Наиболее достоверный признак острого холецистита:
 - 1) Боли в правом подреберье.

2) Механическая желтуха.

3) Пальпируется болезненный желчный пузырь.

4) Положительный симптом раздражения брюшины в правой половине живота.

5. Показания к экстренной операции при остром холецистите являются (6-8 часов):

1) Нарастание желтухи.

2) Рецидив печеночной колики.

3) Пальпируется увеличенный желчный пузырь.

4) Перитонит.

6. Укажите при каких повреждениях желчного пузыря не показана холецистэктомия:

1) Разрыв стенки желчного пузыря.

2) Обширные интрамуральные гематомы.

3) Отрыв пузыря от ложа.

4) Небольшой разрыв пузыря в области дна.

7. Подтвердить диагноз "острая непроходимость кишечника" поможет:

1) УЗИ брюшной полости.

2) ФГС.

3) Обзорная рентгенография брюшной полости.

4) Лапароскопия.

5) Общий анализ крови.

8. Рентгенологическими признаками острой непроходимости кишечника являются:

1) Раздутые газом петли кишечника.

2) Серп воздуха под куполом диафрагмы.

3) Ограничение подвижности диафрагмы.

4) Чаша Клойбера.

5) Все указанные признаки.

9. Рентгенологическое исследование брюшной полости при острой непроходимости кишечника будет неэффективно при положении больного:

1) Лежа на спине.

2) Стоя.

3) В латеропозиции.

10. Причиной обтурационной непроходимости кишечника чаще всего является:

1) Глистная инвазия.

2) Опухоль левой половины толстой кишки.

3) Ущемленная грыжа.

4) Опухоль правой половины толстой кишки.

5) Желчные камни.

11. Сколько времени дается на предоперационную подготовку больного с острой непроходимостью кишечника:

1) 2 часа.

2) 4 часа.

3) 6 часов.

4) 24 часа.

5) Операция немедленно.

12. Какой вид острой непроходимости кишечника встречается наиболее часто:

- 1) Инвагинация.
- 2) Узлообразование.
- 3) Спаечная.**
- 4) Спастическая.
- 5) Обтурационная.

4.21. Заболевания селезенки

Контрольные вопросы

1. Перечислить методы исследования селезенки, оценить их возможности и инвазивность.
2. Каким образом подразделяются спленомегалии.
3. Каковы клинические проявления паразитарной кисты селезенки, периоды заболевания.
4. Что такое гиперспленизм, при каких заболеваниях отмечается этот синдром.
5. Определите перечень клинико-диагностических мероприятий, позволяющий исключить портальную гипертензию, как причину спленомегалии.
6. Методы лечения при изолированных и системных спленомегалиях, показания и противопоказания к операции.

Тестовый контроль

1. Укажите дополнительный метод исследования, позволяющий установить паразитарный (эхинококковый) характер кисты селезенки:
1) УЗИ.
 - 2) Спленопортография.
 - 3) Реакция Манту.
 - 4) Реакция Каззони.
2. Гиперспленизм это:
 - 1) Увеличение селезенки.
 - 2) Увеличение селезенки при портальной гипертензии.
- 3) Нарушение функции селезенки.**
 - 4) Наследственное заболевание.
3. Укажите наиболее характерный путь проникновения инфекции при абсцессе селезенки:
1) Гематогенный.
 - 2) Контактный.
 - 3) Воздушно-капельный.
 - 4) Алиментарный.
4. Инфаркт селезенки возникает вследствие следующих состояний, кроме:
 - 1) Отхождение тромба из аорты.
 - 2) При пороках сердца.
- 3) При риккетсиозах.**
 - 4) При декомпенсации кардиосклероза.
5. Синдром Фелти характеризуется следующими признаками, кроме:
 - 1) Ревматический артрит.
 - 2) Спленомегалия.
 - 3) Нейтропения.
- 4) Лейкоцитоз.**
6. Болезнь Стилла характеризуется следующими симптомами, кроме:

- 1) Увеличение лимфатических узлов.
- 2) Спленомегалия.
- 3) Анемия.
- 4) **Отсутствие боли в суставах.**

7. К какому типу абсцессов относится абсцесс селезенки:

- 1) Интраперитонеальный.
- 2) Ретроперитонеальный.
- 3) **Висцеральный.**
- 4) Паранефральный.

8. Для клинической картины абсцесса селезенки характерно все, кроме:

- 1) Подостро начинающаяся лихорадка.
- 2) Левосторонние боли в боку.
- 3) Увеличение селезенки.
- 4) **Иррадиация болей в правую ключицу.**

9. Для рентгенологической картины абсцесса селезенки характерно все, кроме:

- 1) Объемное образование в левом верхнем квадранте живота.
- 2) Смещение органов брюшной полости.
- 3) **Симптом "ниши."**
- 4) Высокое стояние левого купола диафрагмы.

10. Вследствие каких состояний развивается синдром недостаточности селезенки, кроме:

- 1) После спленэктомии.
- 2) Врожденного аспленизма.
- 3) Серповидно-клеточной анемии.
- 4) **Острого панкреатита.**

4.22. Острый и хронический остеомиелит

Контрольные вопросы:

1. Острый остеомиелит. Определение, особенности течения, диагностики и лечения.
2. Этиология, патогенез, клиническая картина и лечение больных с хроническим остеомиелитом.
3. Первично-хронические формы остеомиелита.
4. Оперативное лечение при остеомиелитах.
5. Экспертиза нетрудоспособности.

Тестовый контроль

1. Гипертермия, боль в правом бедре, незначительная пастозность мягких тканей, интоксикация. За несколько дней до заболевания – незначительная травма этой же конечности. Наиболее вероятный диагноз:
1 – острый ревматизм;
2 – **острый гематогенный остеомиелит;**
3 – ушиб мягких тканей конечности;
4 – перелом кости;
5 – накопившаяся гематома.

2. Острый гематогенный остеомиелит правого бедра. Давность два дня. Наиболее информативное исследование:

- 1 – общий анализ крови;
- 2 – рентгенография бедра;
- 3 – термография;
- 4 – диагностическая пункция параоссального пространства;
- 5 – остеоперфорация.**

3. Острый гематогенный остеомиелит, давность 1,5 суток, не лечился. Наиболее полный перечень срочных мероприятий:

- 1 – постельный режим, антибактериальная терапия, детоксикация;
- 2 – то же и пункция параоссальной флегмоны;
- 3 – консервативные мероприятия и вскрытие флегмоны;
- 4 – консервативные мероприятия и остеоперфорация;**
- 5 – консервативные мероприятия и местное введение антибиотиков.

4. Первые рентгенологические признаки острого гематогенного остеомиелита появляются:

- 1 – через 2-3 дня;
- 2 – в день заболевания;
- 3 – через 10-14 дней;**
- 4 – через 1 месяц;
- 5 – позднее 3 месяцев.

5. У ребёнка острый гематогенный остеомиелит шейки бедра. С целью профилактики перелома ему необходимо:

- 1 – строгий постельный режим;
- 2 – гипсовая лангета;
- 3 – глухая гипсовая повязка;
- 4 – скелетное или клеевое вытяжение;**
- 5 – аппарат Илизарова.

6. Наиболее целесообразные сроки для секвестрэктомии при остром гематогенном остеомиелите:

- 1 – первые недели с момента заболевания;
- 2 – через 1 месяц;
- 3 – через 2-3 месяца;**
- 4 – после заживления раны;
- 5 – через 1-2 года.

7. Возбудителем острого остеомиелита являются все кроме:

- 1 – золотистый стафилококк;
- 2 – стрептококк;
- 3 – кишечная палочка;
- 4 – гонококк;**
- 5 – протей.

8. Вид надкостницы при остром гематогенном остеомиелите:

- 1 – утолщена;
- 2 – изменение цвета;
- 3 – отслойка от кости;
- 4 – наличие свища;
- 5 – не изменена.**

9. Когда развивается хронический посттравматический остеомиелит:

- 1 – через 7 дней;
- 2 – через 2 недели;
- 3 – через 1,5-2 месяца;**
- 4 – через 6 месяцев;
- 5 – свыше года.

10. Переход острого гематогенного остеомиелита в хронический характеризуется всем, кроме:

- 1 – улучшение общего состояния;
- 2 – снижение температуры до субфебрильной или нормальной;
- 3 – стихание воспалительных явления;
- 4 – уменьшение отёчности конечности и возможное появление свищей;
- 5 – наличие грубых втянутых, неподвижных рубцов на месте остеомиелитического процесса.**

4.23. Искусственный пищевод. Варианты шунтирующих и протезирующих эзофагопластик.

Контрольные вопросы:

1. Хирургическая анатомия пищевода.
2. Анатомическая и клиническая длина пищевода.
3. Методы обследования больных с патологией пищевода.
4. Доступы для операций на пищеводе.
5. Варианты шунтирующих и протезирующих эзофагопластик.

Тестовый контроль

1. Устье пищевода образовано:
 - 1. поперечной порцией перстне-глоточной мышцы**
 2. косой порцией перстне-глоточной мышцы
 3. шилоглоточной мышцей
 4. продольными мышцами пищевода
 5. поперечными мышцами пищевода
2. Для исследования пищевода не используют:
 1. компьютерную томографию
 2. рентгеноскопию
 - 3. ангиографию**
 4. эзофагоскопию
 5. рентгенографию
3. Треугольник Келлиана – это межмышечный треугольник на:
 - 1. задней стенке глотки**
 2. задней стенке пищевода
 3. передней стенке глотки
 4. передней стенки пищевода
 5. боковой стенки пищевода
4. Анатомическая длина пищевода у взрослого человека в среднем составляет:
 1. 41 см
 2. 35 см

3. **25 см**

4. 17 см

5. 15 см

5. Диаметр просвета пищевода у взрослого человека в среднем составляет:

1. 1,5 см

2. 2 см

3. **2,5 см**

4. 3 см

5. 3,5 см

6. Толщина стенки пищевода у взрослого человека в среднем составляет:

1. 1-2 мм

2. **3-4 мм**

3. 5-6 мм

4. 6-8 мм

5. 8-10 мм

7. Первое физиологическое сужение пищевода обусловлено:

1. давлением щитовидной железы

2. **тонусом верхнего пищеводного сфинктера**

3. уклонением пищевода от средней линии

4. давлением окружающих мышц

5. давлением прилежащих сосудов

8. Второе физиологическое сужение пищевода обусловлено:

1 - давлением трахеи

2 - давлением правого главного бронха

3 - **давлением дуги аорты**

4 - давлением левого предсердия

5 - давлением левого желудочка

9. Третье физиологическое сужение пищевода обусловлено:

1 - давлением правого главного бронха

2 - давлением дуги аорты

3 - давлением левого предсердия

4 - **давлением ножек диафрагмы**

5 - давлением трахеи

10. Сколько физиологических сужений определяется в пищеводе при эзофагоскопии?

1. одно

2. два

3. три

4. **четыре**

5. пять

4.24. Трансплантация печени, показания, виды.

Контрольные вопросы:

1. Хирургическая анатомия и физиология печени.
2. Этиология и патогенез заболеваний печени.
3. Клинические проявления заболеваний печени.

4. Роль обзорной рентгенографии печени, ультразвукового исследования, сканирования, компьютерной и магнитно-резонансной томографии, чрескожной биопсии печени, лапароскопии, ангиографии в диагностике заболеваний печени.
5. Совместимость донора и реципиента.
6. Трансплантация печени, показания.
7. Виды трансплантации печени.
8. Трансплантационные технологии в хирургии печени.
9. Особенности послеоперационного периода после трансплантации печени.
10. Трудоспособность после лечения.

Тестовый контроль

1. Не является абсолютным противопоказанием к трансплантации печени:
 1. ВИЧ-инфекция, стадия вторичных заболеваний
 2. холангиоцеллюлярная карцинома T4NxM1
 3. **хроническая сердечная недостаточности у пациента с протезированием аортального клапана в анамнезе**
 4. сепсис, рефрактерный септический шок
 5. непонимание пациентом необходимости пожизненной иммуносупрессивной терапии
2. Показанием к трансплантации печени не является:
 1. цирроз печени в исходе вирусного гепатита С
 2. первичный билиарный цирроз печени
 3. первичный склерозирующий холангит
 4. билиарная атрезия
 5. **внепеченочная окклюзия воротной вены**
3. Какой показатель из нижеперечисленных не учитывается при определении класса печеночной недостаточности по Child-Pugh:
 1. альбумин
 2. **креатинин**
 3. МНО
 4. билирубин
 5. асцит
4. Возможна ли трансплантация печени от АВ0-несовместимого донора:
 1. **да**
 2. нет
5. Что из нижеперечисленного не является этапом операции трансплантации печени:
 1. гепатэктомия
 2. **нефрэктомия**
 3. кавальная реконструкция
 4. портальная реконструкция
 5. артериальная реконструкция
 6. билиарная реконструкция
6. Что из нижеперечисленного является абсолютным противопоказанием для использования печени от посмертного донора:
 1. **уровень натрия у донора 190 ммоль/л**
 2. макровезикулярный стеатоз 20%

3. вазопрессорная поддержка норадреналином 5 мкг/кг/мин у донора
 4. уровень креатинина у донора 250 мкмоль/л
 5. возраст донора более 70 лет
7. Какой вариант билиарной реконструкции выполняется при трансплантации фрагмента печени по поводу билиарной атрезии:
- 1) холедохохоледохоанастомоз
 - 2) **холангиоеюноанастомоз**
 - 3) холедоходуоденоанастомоз
 - 4) холедохогастроанастомоз
 - 5) билиарная реконструкция не выполняется
8. Что из нижеперечисленного не относится к иммуносупрессивным препаратам:
- 1) такролимус
 - 2) эверолимус
 - 3) циклоспорин
 - 4) микофеноловая кислота
 - 5) **адеметионин**
9. Какая модель принята на территории Российской Федерации по отношению к изъятию органов:
- 1) **презумпция согласия**
 - 2) испрошенное согласие
10. Какой из нижеперечисленных растворов используется с целью консервации органов, изъятых с целью трансплантации:
- 1) раствор Рингера
 - 2) 10% раствор глюкозы
 - 3) **Кустодиол**
 - 4) 6% раствор гидроксиэтилкрахмала
 - 5) 4% раствор сукцинированного желатина

4.25. Заболевания надпочечников. Диагностика, клиническая картина, лечение.

Контрольные вопросы:

1. Хирургическая анатомия надпочечников.
2. Этиология и патогенез заболеваний надпочечников.
3. Классификация заболеваний надпочечников.
4. Клиническая картина заболеваний надпочечников.
5. Диагностическая программа при заболеваниях надпочечников. Методы и алгоритмы диагностики.
6. Принципы и тактика лечения при заболеваниях надпочечников.
7. Консервативная терапия и предоперационная подготовка.
8. Хирургическое лечение: показания, виды и способы операций, профилактика осложнений.
9. Пути улучшения результатов лечения больных с заболеваниями надпочечников.

Тестовый контроль

1. Из какой зоны надпочечника развивается андростерома:
 1. клубочковой зоны
 2. мозговой слой

- 3. пучковый слой
- 4. сетчатой зоны**
- 5. смешанной зоны

2. Из какой зоны надпочечника развивается альдостерома:

- 1. клубочковой зоны**
- 2. мозговой слой
- 3. пучковый слой
- 4. сетчатой зоны
- 5. смешанной зоны

3. Выбором метода лечения при опухоли надпочечника является:

- 1. консервативная терапия
- 2. хирургическое лечение**
- 3. лучевая терапия

4. Что не относится к биологическому действию глюкокортикоидов?

- 1. противовоспалительное действие
- 2. катаболическое действие
- 3. увеличение утилизации глюкозы периферическими тканями**
- 4. активация глюконеогенеза в печени

5. Что не характерно для острой надпочечниковой недостаточности?

- 1. лихорадка
- 2. боли в животе
- 3. тошнота
- 4. артериальная гипертензия**

6. Какой симптом является наиболее характерным при болях в животе у больных с острой надпочечниковой недостаточностью?

- 1. метеоризм
- 2. рвота
- 3. понос
- 4. тахикардия
- 5. падение артериального давления**

7. При острой надпочечниковой недостаточности больным необходимо вводить прежде всего:

- 1. раствор хлорида натрия
- 2. витамины группы В
- 3. гидрокортизон**
- 4. норадреналин
- 5. аскорбиновую кислоту

8. Анаболические препараты являются производными:

- 1. глюкокортикостероидов
- 2. эстрогенов
- 3. минералокортикостероидов
- 4. андрогенов**
- 5. прогестинов

9. При длительном введении преднизолона гипергликемия начинает развиваться в результате:

1. деструкции β -клеток поджелудочной железы
- 2. усиления глюконеогенеза**
3. торможения секреции инсулина
4. снижения утилизации глюкозы тканями
5. повышения всасываемости глюкозы в желудочно-кишечном тракте

10. Гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковая система реагирует по системе "обратной связи":

1. на альдостерон
- 2. на кортизол**
3. на АКТГ
4. на дегидроэпиандростерон
5. на прогестерон

4.26. Заболевания паращитовидных желез. Показания к хирургическому лечению.

Контрольные вопросы:

1. Хирургическая анатомия паращитовидных желез.
2. Этиология и патогенез заболеваний паращитовидных желез.
3. Классификация заболеваний паращитовидных желез.
4. Клиническая картина заболеваний паращитовидных желез.
5. Диагностическая программа при заболеваниях паращитовидных желез. Методы и алгоритмы диагностики.
6. Принципы и тактика лечения при заболеваниях паращитовидных желез.
7. Консервативная терапия и предоперационная подготовка.
8. Хирургическое лечение: показания, виды и способы операций, профилактика осложнений.
9. Пути улучшения результатов лечения больных с заболеваниями паращитовидных желез.

Тестовый контроль

1. Укажите клиническое проявление, не характерное для гиперпаратиреоза:

- 1 – остеопороз костей;
- 2 – оссификация костей;**
- 3 – кисты в костях;
- 4 – патологические переломы;
- 5 – камни в почках;
- 6 – язвы желудка и двенадцатиперстной кишки.

2. Укажите, к каким нарушениям приводит избыточное выделение паратгормона при гиперпаратиреозе:

- 1 – гипофосфатурия
- 2 – гиперфосфатурия
- 3 – гиперкальциемия
- 4 – гипокальциемия
- 5 – гиперкальциурия
- 6 – гипокальциурия
- 7 – верно 2,3,5**

8 – верно 1,4,6

3. Назовите патологические симптомы, сопровождающие гиперпаратиреоз:

- 1 – снижение нервно-мышечной возбудимости;
- 2 – снижение аппетита;
- 3 – тошнота и рвота;
- 4 – полиурия;
- 5 – запоры;
- 6 – патологические переломы;
- 7 – кальцификация сосудов;
- 8 – выпадение зубов;
- 9 – язвы желудка и двенадцатиперстной кишки;
- 10 – холелитиаз.

11 – все верно.

4. Назовите, что не характерно для ранних проявлений гиперпаратиреоза:

- 1 – снижение нервно-мышечной возбудимости;
- 2 – снижение аппетита;
- 3 – полиурия;
- 4 – запоры;
- 5 – патологические переломы;**
- 6 – выпадение зубов;
- 7 – язвы желудка и двенадцатиперстной кишки.

5. Укажите наиболее информативный инструментальный метод диагностики гиперпаратиреоза:

- 1 – рентгенография шейного отдела пищевода;
- 2 – пневмотиреоидграфия;
- 3 – ангиография сосудов паращитовидных желёз;
- 4 – компьютерная томография.**

6. Укажите методы лечения первичного гиперпаратиреоза:

- 1. только медикаментозное
- 2. только хирургическое**
- 3. хирургическое при неэффективности терапии в течении 2-ух лет

7. Где располагаются паращитовидные железы. Дайте наиболее полный ответ:

- 1. внутри капсулы щитовидной железы
- 2. вне капсулы щитовидной железы
- 3. между собственной капсулой и фасциальным влагалищем щитовидной железы**

8. Каково наиболее часто встречаемое число паращитовидных желез в организме:

- 1. 1
- 2. 2
- 3. 3
- 4. 4**
- 5. 5

9. Укажите ориентиры локализации паращитовидных желез:

- 1. верхний полюс долей щитовидной железы
- 2. на уровне верхнего края перстневидного хряща
- 3. на уровне нижнего края перстневидного хряща**

- 4. на уровне яремной вырезки
- 5. на уровне угла нижней челюсти

10. При острой паратиреоидной тетании приступы судорог могут развиваться в ближайшие:

- 1) 2 часа
- 2) 4 часа
- 3) 6 часов**
- 4) 8 часов
- 5) 12 часов

Критерии оценки – дихотомическая шкала:

- оценка «зачтено» выставляется обучающемуся, если студент правильно выполнил 70-100% заданий;
- оценка «не зачтено» выставляется обучающемуся, если студент правильно выполнил 0-69% заданий.