

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

Хирургические болезни
(наименование дисциплины)

32.05.01 Медико-профилактическое дело
(код и наименование направления подготовки)

32.05.01 Медико-профилактическое дело
(наименование профиля подготовки)

врач по специальности «Общая гигиена, эпидемиология»
(квалификация (степень) выпускника)

УТВЕРЖДЕН
на заседании кафедры
« 29 » августа 2022 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 « 18 » мая 2022 г.

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

**Паспорт фонда оценочных средств
по дисциплине Хирургические болезни**

(наименование дисциплины)

№ п/п	Контролируемые дидактические единицы дисциплины	Код контролируемой компетенции (или ее части)	Наименование оценочного средства
1.1	Острый аппендицит и его осложнения	ОПК-4	КВ – 1.1; ТЗ – 1.1
1.2	Острый холецистит и его осложнения	ОПК-4	КВ – 1.2; ТЗ – 1.2
1.3	Грыжи передней брюшной стенки живота	ОПК-4	КВ – 1.3; ТЗ – 1.3
1.4	Осложнения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки	ОПК-4	КВ – 1.4; ТЗ – 1.4
1.5	Острая кишечная непроходимость	ОПК-4	КВ – 1.5; ТЗ – 1.5
1.6	Хирургические заболевания артерий	ОПК-4	КВ – 1.6; ТЗ – 1.6;
1.7	Острый панкреатит	ОПК-4	КВ – 1.7; ТЗ – 1.7
1.8	Заболевания толстой кишки	ОПК-4	КВ – 1.8; ТЗ – 1.8
1.9	Пороки развития легких. Гипоплазия, поликистоз, кисты легких. Диагностика. Клиническая картина. Принципы хирургического лечения.	ОПК-4	КВ – 1.9; ТЗ – 1.9
1.10	Спонтанный пневмоторакс. Причины возникновения. Клиническая картина, диагностика, лечение.	ОПК-4	КВ – 1.10; ТЗ – 1.10
1.11	Предоперационная подготовка и ведение послеоперационного периода у больных с заболеваниями легких.	ОПК-4	КВ – 1.11; ТЗ – 1.11
1.12	Раны, первичная хирургическая обработка. Современные методы лечения ран. Кровотечения, виды, остановка.	ОПК-4	КВ – 1.12; ТЗ – 1.12
2.1	Синдром портальной гипертензии	ОПК-4	КВ – 2.1; ТЗ – 2.1
2.2	Хирургические заболевания печени	ОПК-4	КВ – 2.2; ТЗ – 2.2
2.3	Наружные кишечные свищи	ОПК-4	КВ – 2.3; ТЗ – 2.3
2.4	Нагноительные заболевания легких и плевры. Медиастинит	ОПК-4	КВ – 2.4; ТЗ – 2.4
2.5	Заболевания пищевода и диафрагмы	ОПК-4	КВ – 2.5; ТЗ – 2.5
2.6	Повреждения живота	ОПК-4	КВ – 2.6; ТЗ – 2.6
2.7	Нагноительные заболевания мягких тканей	ОПК-4	КВ – 2.7; ТЗ – 2.7
2.8	Заболевания периферических вен	ОПК-4	КВ – 2.8; ТЗ – 2.8
2.9	Послеоперационные осложнения у больных после операций на легких. Клиническая картина, диагностика и лечение осложнений.	ОПК-4	КВ – 2.9; ТЗ – 2.9
2.10	Тромбоэмболия легочной артерии. Этиопатогенез, клиническая картина, диагностика, лечение.	ОПК-4	КВ – 2.10; ТЗ – 2.10
2.11	Аневризмы брюшной и грудной аорты. Классификация, диагностика, лечение.	ОПК-4	КВ – 2.11; ТЗ – 2.11
2.12	Перикардиты. Клиническая картина, диагностика, лечение.	ОПК-4	КВ – 2.12; ТЗ – 2.12

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

Факультет Медико-профилактический

Кафедра Госпитальной и детской хирургии

Учебная дисциплина Хирургические болезни

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 1

1. Острый аппендицит – классификация, клиническая картина, диагностика, тактика.
2. Грыжи слабых участков диафрагмы. Клиническая картина, диагностика. Показания к хирургическому лечению
3. Синдром портальной гипертензии. Определение понятия. Формы синдрома портальной гипертензии.

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 Медико-профилактический

Кафедра Госпитальной и детской хирургии

Учебная дисциплина Хирургические болезни

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 2

1. Острый холецистит – классификация, клиническая картина, диагностика, тактика.
2. Классификация острой кишечной непроходимости. Клиническая картина, диагностика и лечение при странгуляционной форме.
3. Неспецифический язвенный колит. Осложнения. Клиническая картина. 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 Медико-профилактический

Кафедра Госпитальной и детской хирургии

Учебная дисциплина Хирургические болезни

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 3

1. Принципы диагностики кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода. Лечение больных с кровотечениями из варикозно расширенных вен пищевода.
2. Острое нарушение артериального кровотока нижних конечностей. Классификация по В.С. Савельеву. Диагностика. Лечение.
3. Гидатидный эхинококк печени. Пути заражения человека. Клиническая картина, 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 Медико-профилактический

Кафедра Госпитальной и детской хирургии

Учебная дисциплина Хирургические болезни

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 4

1. Аппендикулярный инфильтрат. Клиническая картина, диагностика, лечение.
2. Виды и механизмы ущемления наружных грыж живота.
3. Наружные кишечные свищи. Этиология. Классификация по Б.А. Вицыну.

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 Медико-профилактический

Кафедра Госпитальной и детской хирургии

Учебная дисциплина Хирургические болезни

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 5

1. Острый гнойный плеврит. Определение понятия. Классификация по этиологии, распространенности процесса. Клиническая картина, диагностика. Консервативное и хирургическое лечение.
2. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненная кровотечением. Классификация по Forrest. Клиническая картина, диагностика, лечение.
3. Классификация острого панкреатита. Методы визуализации и определение тяжести заболевания.

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 Медико-профилактический

Кафедра Госпитальной и детской хирургии

Учебная дисциплина Хирургические болезни

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 6

1. Острый абсцесс легкого. Этиология, патогенез. Клиническая картина, диагностика, дифференциальный диагноз. Методы обследования.
2. Диагностика и методы обследования пациентов с патологией сосудов.
3. Причины образования наружных кишечных свищей и их профилактика.

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 Медико-профилактический

Кафедра Госпитальной и детской хирургии

Учебная дисциплина Хирургические болезни

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 7

1. Рубцовые стриктуры пищевода: Патогенез. Клиническая картина, локализация, диагностика.
2. Облитерирующий эндартериит артерий нижних конечностей. Этиология, патогенез, клиническая картина, консервативное и оперативное лечение.
3. Болезнь Крона. Определение понятия. Клиническая картина, 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 Медико-профилактический

Кафедра Госпитальной и детской хирургии

Учебная дисциплина Хирургические болезни

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 8

1. Рубцовые стриктуры пищевода. Противопоказания к бужированию. Варианты бужирования пищевода.
2. Облитерирующий атеросклероз аорты, артерий нижних конечностей. Этиология, патогенез, клиническая картина, классификация хронической артериальной недостаточности, диагностика, принципы консервативной терапии.
3. Классификация повреждений живота. Диагностика. Тактика при повреждении органов брюшной полости.

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 Медико-профилактический

Кафедра Госпитальной и детской хирургии

Учебная дисциплина Хирургические болезни

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 9

1. Острый абсцесс легкого. Осложненное течение. Консервативное лечение. Показания к операции в остром периоде, виды оперативных вмешательств.
2. Альвеококкоз печени. Пути заражения человека. Клиническая картина, диагностика, лечение.
3. Формы рожистого воспаления. Показания к хирургическому лечению.

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 Медико-профилактический

Кафедра Госпитальной и детской хирургии

Учебная дисциплина Хирургические болезни

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 10

1. Осложнения острого холецистита. Интраоперационная ревизия и виды операций на внепеченочных желчных протоках.
2. Варианты операций при паразитарных заболеваниях печени.
3. Флегмона грыжевого мешка. Клиническая картина, особенности хирургической тактики.

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 Медико-профилактический

Кафедра Госпитальной и детской хирургии

Учебная дисциплина Хирургические болезни

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 11

1. Хронический абсцесс легкого. Причины перехода острого абсцесса в хронический. Медикаментозное и хирургическое лечение.
2. Некротизирующий панкреатит. Показания к оперативному лечению. Виды операций.
3. Наружные кишечные свищи. Патофизиологические расстройства, методы их коррекции.

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 Медико-профилактический

Кафедра Госпитальной и детской хирургии

Учебная дисциплина Хирургические болезни

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 12

1. Показания к оперативному лечению при рубцовых сужениях пищевода после химического ожога. Варианты пластик пищевода.
2. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненная перфорацией. Клиническая картина, диагностика, лечение. Особенности диагностики при прикрытой перфорации.
3. Острая кишечная непроходимость. Дифференциальная диагностика между динамической и обтурационной формами.

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 Медико-профилактический

Кафедра Госпитальной и детской хирургии

Учебная дисциплина Хирургические болезни

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 13

1. Гангрена легкого. Этиология, патогенез. Клиническая картина. Принципы лечения.
2. Осложнения острого аппендицита. Клиническая картина, диагностика, лечение.
3. Неспецифический язвенный колит. Определение понятия. Этиопатогенез. Клиническая картина. 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 Медико-профилактический

Кафедра Госпитальной и детской хирургии

Учебная дисциплина Хирургические болезни

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 14

1. Дивертикулы пищевода. Этиология, классификация. Клиническая картина, диагностика, лечение.
2. Клинические проявления холедохолитиаза. Особенности диагностики. Хирургическое лечение.
3. Болезнь Крона. Осложнения. Клиническая картина, 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 Медико-профилактический

Кафедра Госпитальной и детской хирургии

Учебная дисциплина Хирургические болезни

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 15

1. Острый гнойный плеврит. Определение понятия. Классификация по этиологии, распространенности процесса. Клиническая картина, диагностика. Консервативное и хирургическое лечение.
2. Острая артериальная недостаточность. Этиология, клиническая картина, классификация острой ишемии, лечение.
3. Ахалазия кардии. Этиология. Клиническая картина, дифференциальная диагностика. Консервативная терапия. Оперативное 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 Медико-профилактический

Кафедра Госпитальной и детской хирургии

Учебная дисциплина Хирургические болезни

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 16

1. Хроническая эмпиема плевры. Бронхиальные свищи. Клиническая картина, диагностика, лечение.
2. Хроническая венозная недостаточность: варикозная и посттромботическая болезни. Этиология, патогенез, клиническая картина, классификация, консервативное и оперативное лечение.
3. Фурункул и карбункул. Клиническая картина, 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 Медико-профилактический

Кафедра Госпитальной и детской хирургии

Учебная дисциплина Хирургические болезни

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 17

1. Гидраденит. Клиническая картина, диагностика, лечение.
2. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненная кровотечением. Клиническая картина, диагностика, лечение.
3. Наружные кишечные свищи. Диагностика, лечение, профилактика.

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 Медико-профилактический

Кафедра Госпитальной и детской хирургии

Учебная дисциплина Хирургические болезни

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 18

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. Острый тромбоз глубоких вен. Классификация, патогенез, клиника, 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 Медико-профилактический

Кафедра Госпитальной и детской хирургии

Учебная дисциплина Хирургические болезни

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 19

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

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 Медико-профилактический

Кафедра Госпитальной и детской хирургии

Учебная дисциплина Хирургические болезни

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 20

1. Диафрагмальные грыжи. Классификация. Травматические грыжи. Клиническая картина, диагностика. Показания к хирургическому лечению.
2. Несформированные кишечные свищи. Этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, лечение.
3. Облитерирующий атеросклероз аорты, артерий нижних конечностей. Диагностика, эндоваскулярная и хирургическая коррекция.

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 Медико-профилактический

Кафедра Госпитальной и детской хирургии

Учебная дисциплина Хирургические болезни

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 21

1. Мнимое ущемление и ложное вправление при наружных грыжах живота.
2. Дифференциальная диагностика при острых хирургических заболеваниях брюшной полости.
3. Неспецифический язвенный колит. Методы обследования. Рентгенологическая и эндоскопическая картины толстой кишки.

Зав. кафедрой _____ Ю.В. Чикинев

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 билета 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. Острый аппендицит и его осложнения

Контрольные вопросы:

1. Патогенетические аспекты аппендицита.
2. Классификация аппендицита и его осложнений.
3. Особенности клинических проявлений аппендицита; атипичные формы.
4. Диагностическая программа при аппендиците, дифференциальная диагностика:
5. базисная диагностика;
6. ультразвуковая диагностика;
7. лапароскопическая диагностика.
8. Тактика при различных формах аппендицита; варианты хирургической техники; показания и варианты дренирования брюшной полости.
9. Осложненные формы острого аппендицита.
10. Классификация осложнений острого аппендицита.
11. Клинические проявления аппендикулярного инфильтрата.
12. Дифференциальный диагноз аппендикулярного инфильтрата.
13. Хирургическая тактика при аппендикулярном инфильтрате.
14. Хирургическая тактика при аппендикулярном абсцессе.
15. Лечение при аппендикулярном перитоните.

Тестовый контроль

1. Кто чаще болеет острым аппендицитом:
1 – женщины
2 – мужчины.
2. Существует ли специфический микробный возбудитель острого аппендицита:
1 – да;
2 – нет.
3. Укажите форму острого аппендицита, по описанию: отросток утолщен, серозный покров покрыт фибрином, в просвете гной, лейкоцитарная инфильтрация занимает всю толщу стенки:
1 – катаральный;
2 – флегмонозный;
3 – гангренозный;
4 – перфоративный;
5 – эмпиема червеобразного отростка.
4. Назовите форму острого аппендицита по следующей картине: отросток несколько утолщен, серозный покров его тусклый, лейкоцитарная инфильтрация до подслизистой основы:
1 – катаральный;
2 – флегмонозный;
3 – гангренозный;
4 – перфоративный;
5 – эмпиема червеобразного отростка.
5. Какая форма острого аппендицита соответствует следующей картине: червеобразный отросток рыхлый, грязно-зеленого цвета, покрыт массивными фибринозными наложениями:
1 – катаральный;
2 – флегмонозный;

3 – гангренозный;

4 – эмпиема червеобразного отростка.

6. Укажите правильную тактику при аппендикулярном инфильтрате:

1 – консервативная терапия;

2 – экстренная операция;

3 – консервативная терапия; при явных признаках абсцедирования – экстренная операция; при отсутствии осложнений – операция через 2-3 месяца после выписки.

7. Укажите, что не является признаком нагноения аппендикулярного инфильтрата:

1 – высокая температура;

2 – интоксикация;

3 – усиление болей в животе;

4 – анемия;

5 – появление симптомов раздражения брюшины.

8. Какова тактика врача при остром аппендиците?

1 – консервативная терапия;

2 – консервативная терапия, операции при деструктивных формах;

3 – экстренная операция вне зависимости от формы острого аппендицита.

9. Какому методу обезболивания следует отдать предпочтение при остром аппендиците у детей:

1 – местная анестезия;

2 – общее обезболивание.

10. Укажите отличительные признаки слепой кишки:

1 – наличие теней;

2 – наличие брыжейки;

3 – наличие жировых подвесков.

1.2. Острый холецистит и его осложнения

Контрольные вопросы:

1. Патогенетические аспекты острого холецистита.
2. Классификация острого холецистита. Терминология.
3. Особенности клинических проявлений острого холецистита.
4. Диагностические аспекты при остром холецистите.
5. Осложнения острого холецистита. Синдром эндогенной интоксикации.
6. Тактика при остром холецистите: выбор сроков и объема операции. Вопросы дренирования желчных протоков.
7. Лапароскопическая хирургия при остром холецистите:
 - декомпрессионные методы;
 - радикальные операции.
8. Современные подходы к комплексному лечению при остром холецистите.
9. Профилактика послеоперационных осложнений.
10. Классификация и виды патологии внепеченочных желчных протоков; патогенез и морфогенез.
11. Особенности клинических проявлений патологии внепеченочных желчных протоков.
12. Диагностическая программа и алгоритмы диагностики патологии внепеченочных желчных протоков.

13. Осложнения патологии внепеченочных желчных протоков. Синдром эндогенной интоксикации.
14. Тактические аспекты при патологии внепеченочных желчных протоков. Принципы этапности лечения.
15. Малоинвазивные методы лечения при патологии внепеченочных желчных протоков.
16. Выбор методов дренирования желчных протоков.
17. Комплексная детоксикация при механической желтухе и холангите.

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. Во сколько раз концентрация желчи в желчном пузыре отличается от печеночной желчи:
 - 1 – в 1,5 раза;
 - 2 – в 2 раза;
 - 3 – в 2-2,5 раза.**
3. Выберите ситуацию, при которой вряд ли возможны интраоперационные травмы 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.**
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. Каково соотношение женщин и мужчин, страдающих желчнокаменной болезнью?
 - 1 – 1:1;
 - 2 – 2:1;
 - 3 – 1:2;
 - 4 – 3:1;
 - 5 – 1:3;
 - 6 – 4:1;**
 - 7 – 1:4.

7. Какое вещество является главной составной частью желчных камней?

- 1 – холестерин;
- 2 – желчные пигменты;
- 3 – соли кальция.

8. Может ли холецистит протекать бессимптомно?

- 1 – да;
- 2 – нет.

9. Перечислите осложнения острого холецистита:

- 1 – водянка желчного пузыря;⁹
- 2 – эмпиема желчного пузыря;
- 3 – гнойный перитонит.
- 4 – перивезикальный абсцесс;
- 5 – наружные и внутренние свищи желчного протока;
- 6 – желчекаменная кишечная непроходимость;
- 7 – все верно

10. Какой перитонит возникает при перфорации отключенного желчного пузыря?

- 1 – желчный;
- 2 – гнойный.

1.3. Грыжи передней брюшной стенки живота

Контрольные вопросы:

- 1. Дать определение грыжи передней стенки живота.
- 2. Назвать и показать слабые места передней стенки живота.
- 3. Особенности расположения грыжевого мешка при косой, прямой и врожденной паховой грыжах.
- 4. Принципиальные отличия невправимой грыжи от ущемленной.
- 5. Механизм калового и эластического ущемления.
- 6. Клинические проявления ущемленной грыжи.
- 7. Особенности осмотра больных при подозрении на ущемление грыжи.
- 8. Дифференциальный диагноз ущемленной грыжи (невправимая грыжа, паховый лимфаденит, перекрут семенного канатика, водянка семенного канатика, семинома, метастазы в лимфатические узлы паховой области).
- 9. Возможно ли ущемление внутри грыжевого мешка.
- 10. Что представляет собой пристеночное ущемление кишки.
- 11. Что представляет собой скользящая грыжа, ретроградное ущемление.
- 12. Особенности развития некроза кишки при ее ущемлении.
- 13. Причины развития флегмоны грыжевого мешка.
- 14. Что следует понимать под внутренними грыжами, что способствует их образованию, особенности клинических проявлений их ущемления.
- 15. Тактика хирурга при самопроизвольном вправлении грыжевого выпячивания.
- 16. Признаки нежизнеспособности кишки при ее ущемлении.
- 17. Границы резекции кишки при ее ущемлении.
- 18. Особенности послеоперационного ведения больного после грыжесечения.

Тестовый контроль

- 1. Какие ранние симптомы при внутренней ущемленной грыже:
1 – диарея;

- 2 – коллапс;
- 3 – схваткообразные боли в животе;**
- 4 – симптом Щеткина-Блюмберга;
- 5 – дегидратация.

2. Что не относится к факторам, способствующим образованию грыж:

- 1 – ожирение;**
- 2 – резкое похудание;
- 3 – особенности строения брюшной стенки;
- 4 – заболевания, повышающие внутрибрюшное давление;
- 5 – тяжелый физический труд.

3. Больной 72 лет, страдающий хроническим бронхитом и аденомой предстательной железы вызвал врача «Скорой помощи» на 3-и сутки с ущемленной пахово-мошоночной грыжей, которой страдает 5 лет. При обращении боль в мошонке, температура тела 39°C, гиперемия кожи, инфильтрация и отек мошонки. Каков диагноз?

- 1 – некроз яичка;
- 2 – фуникулит;
- 3 – флегмона грыжевого мешка;**
- 4 – острый орхит;
- 5 – водянка яичка.

4. Больной 72 лет вызвал «Скорую помощь» в связи с ущемившейся паховой грыжей давностью 8 часов. Что должен предпринять врач «Скорой помощи»?

- 1 – вправление грыжи;
- 2 – вправление грыжи после инъекции спазмолитиков;
- 3 – холод на область грыжи, антибиотики и анальгетики;
- 4 – консультация хирурга;
- 5 – госпитализация в хирургический стационар.**

5. Больной М., 72 лет, страдает левосторонней паховой грыжей давностью более 5 лет с редкими ущемлениями и нарушением мочеиспускания в связи с аденомой предстательной железы, по поводу которой не лечился. Какие рекомендации в данной ситуации?

- 1 – ношение постоянного бандажа;
- 2 – лечение у уролога;
- 3 – экстренная операция при очередном ущемлении;
- 4 – одновременное грыжесечение и аденомэктомия;
- 5 – плановая операция после осмотра урологом и коррекции мочеиспускания.**

6. У больного 38 лет через 1,5 года после грыжесечения по поводу левосторонней пахово-мошоночной грыжи, наступил рецидив грыжи. Какова тактика?

- 1 – наблюдение и операция при очередном ущемлении;
- 2 – операция при увеличении объема грыжи;
- 3 – диета, исключение поднятия тяжестей;
- 4 – плановая (повторная) операция;**
- 5 – постоянное ношение бандажа.

7. Слабыми участками брюшной стенки являются:

- 1 – паховая область;
- 2 – пупок;
- 3 – околопупочная область;
- 4 – белая линия живота;

5 – все перечисленные области.

8. Грыжу называют скользящей, когда в грыжевом мешке окажется:

- 1 – большой сальник;
- 2 – подвздошная кишка;
- 3 – стенка мочевого пузыря;**
- 4 – тощая кишка;
- 5 – жировой подвесок толстой кишки.

9. На врождённую паховую грыжу указывает наличие в грыжевом мешке:

- 1 – большого сальника;
- 2 – петли тонкой кишки;
- 3 – слепой кишки;
- 4 – яичка;**
- 5 – стенки мочевого пузыря.

10. Содержимым грыжевого мешка может быть всё перечисленное, кроме:

- 1 – тощей кишки;
- 2 – сигмовидной кишки;
- 3 – сальника;
- 4 – прямой кишки;**
- 5 – слепой кишки.

1.4. Осложнения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки

Контрольные вопросы:

1. Анатомо-физиологические сведения о желудке и двенадцатиперстной кишке.
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 (опухоль 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. Этиология и патогенез перфоративной язвы.
9. Клиническая картина перфорации в свободную брюшную полость. Особенности клинической картины у детей и юношей ("безанамнезные" перфорации).
10. Клиническая картина "прикрытых" перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки. Дополнительные методы обследования.
11. Особенности клинического проявления прободной язвы у лиц пожилого и старческого возраста.
12. Патогенез пенетрирующей язвы. В какие органы чаще всего пенетрирует язва. Изменение клинической картины язвенной болезни при пенетрации.
13. Характер симптомов в зависимости от органа, являющегося дном язвы.
14. Диагностика пенетрирующих язв.
15. Лечение при пенетрирующей язве.
16. Причина пилородуоденальных стенозов.
17. Клиническая картина стеноза, понятие о гастрической тетании.
18. Диагностика стенозов.

19. Тактика при стенозе.
20. Коррекция всех видов расстройств при язвенном стенозе.
21. Клинические, рентгенологические и эндоскопические признаки малигнизации язв.
22. Показания к паллиативным операциям при малигнизации язв.
23. Основные типы радикальных операций при малигнизации язв.

Тестовый контроль

1. Назовите характер покровного эпителия слизистой желудка:
1 – многослойный плоский неороговевающий эпителий;
2 – многослойный плоский ороговевающий эпителий;
3 – однослойный цилиндрический эпителий.
2. Какое из перечисленных методов не обязательно 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
3. Стенка желудка состоит из слизистой, подслизистой, мышечной и серозной оболочек. Отличие эрозии от язвы состоит в глубине поражения стенки желудка. В каком случае речь идёт об эрозии слизистой желудка:
1 – дефект слизистой до собственной мышечной оболочки;
2 – дефект слизистой ниже собственной мышечной оболочки;
3 – дефект слизистой до подслизистой основы;
4 – дефект слизистой до мышечной оболочки.
4. Определите характеристику боли при язвенной болезни желудка:
1 – боль в области мечевидного отростка с иррадиацией в левое плечо и лопатку; возникает в течение одного часа после приёма пищи;
2 – боль в правом подреберье с иррадиацией в спину;
3 – поздняя голодная и ночная боль.
5. Доброкачественность язвы подтверждается биопсией, взятой из её краёв во время ФГС. Укажите минимальное число биоптатов, которое необходимо взять, чтобы вероятность приблизить к 100%:
1 – до 2-х;
2 – 3-4;
3 – 5-6;
4 – 6-8;
5 – 8-10.
6. Укажите, что не относится к классической триаде симптомов, сопровождающих перфорацию язвы:
1 – тошнота и рвота;
2 – резкая кинжальная боль;
3 – «доскообразный живот»;
4 – наличие язвенного анамнеза.
7. Выберите группу препаратов, которые не применяются при консервативном лечении по поводу язвенной болезни:

- 1 – H₂-блокаторы;
- 2 – холинолитики;
- 3 – простагландины;
- 4 – антациды;
- 5 – психотропные средства;
- 6 – антиадренергические препараты.**

8. Назовите объём операции у больного с перфорацией язвы двенадцатиперстной кишки, поступившего через 6 часов с момента возникновения осложнения с явлениями перитонита:

- 1 – ушивание язвы;**
- 2 – ваготомия, иссечение язвы, дренирующая операция;
- 3 – резекция желудка.

9. Укажите минимальный объём резекции, который должен быть выполнен при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки:

- 1 – 1/2 желудка;
- 2 – 2/3 желудка;**
- 3 – 3/4 желудка.

10. Выберите оптимальную схему резекции при язвенной болезни желудка:

- 1 – резекция по Бильрот I;**
- 2 – резекция по Гофмейстеру-Финстереру;
- 3 – резекция по Ру.

11. Больной 35 лет, страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки в течение 7 лет. При ФГС – язва 1,0х1,0 см, глубиной 0,5 см, на задней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки. Жалобы на интенсивные боли в животе, иррадиирующие в позвоночник. Ваш диагноз:

- 1 – рак двенадцатиперстной кишки;
- 2 – язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, осложнённая перфорацией;
- 3 – язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, осложнённая пенетрацией;**
- 4 – язва-рак двенадцатиперстной кишки.

12. Какой метод обследования необходим при подозрении на перфорацию язвы двенадцатиперстной кишки?

- 1 – УЗИ брюшной полости;
- 2 – лапароскопия;
- 3 – исследование кислотности желудочного сока;
- 4 – ФГС;
- 5 – обзорная рентгенография поддиафрагмальных пространств.**

1.5. Острая кишечная непроходимость

Контрольные вопросы:

- 1. Классификация острой непроходимости кишечника.
- 2. Патоморфологическая и патофизиологическая характеристика непроходимости кишечника, патогенез нарушений (понятия кишечной гипертензии и энтеральной недостаточности)
- 3. Микробиологические аспекты тонкокишечной непроходимости
- 4. Клиническая картина.
- 5. Диагностические аспекты непроходимости кишечника:

6. — клинико-лабораторные градации;
7. — рентгенологические градации;
8. — эндоскопическая картина;
9. — эхоэмиотика различных видов непроходимости кишечника.
10. Дифференциальный диагноз с другими острыми заболеваниями органов брюшной полости.
11. Основные принципы лечения.

Тестовый контроль

1. Функциональная непроходимость кишечника делится на:
 - 1 – странгуляционную и обтурационную;
 - 2 – на инвагинационную и странгуляционную;
 - 3 – на паралитическую и токсическую;
 - 4 – на паралитическую и спастическую;**
 - 5 – на спастическую и токсическую.
2. Механическая непроходимость кишечника возникает:
 - 1 – при опухолях кишечника;
 - 2 – при инородных телах желудочно-кишечного тракта;
 - 3 – при гельминтозах;
 - 4 – при ущемленных грыжах;
 - 5 – при всем перечисленном.**
3. Спастическая непроходимость кишечника может возникать:
 - 1 – при операциях на органах брюшной полости;
 - 2 – при травмах центральной нервной системы;
 - 3 – при гипергликемической коме;
 - 4 – при диабетическом кризе;
 - 5 – при отравлении свинцом.**
4. Наиболее характерным биохимическим нарушением при непроходимости кишечника является:
 - 1 – гипокалиемия;
 - 2 – гипохлоремия;**
 - 3 – гипопротейнемия;
 - 4 – гиперкальциемия;
 - 5 – гипокальциемия.
5. Болевой синдром при ранней стадии механической непроходимости кишечника характеризуется:
 - 1 – постоянной тупой болью в животе;
 - 2 – постоянной острой болью в животе;
 - 3 – опоясывающими болями;
 - 4 – схваткообразными болями в животе;**
 - 5 – иррадиацией болей в нижние конечности.
6. Боли в животе у больного непроходимостью кишечника могут быть:
 - 1 – при спастической непроходимости кишечника;
 - 2 – при обтурационной непроходимости кишечника;
 - 3 – при странгуляционной непроходимости кишечника;
 - 4 – при инвагинации;
 - 5 – при всех перечисленных формах.**

7. Симптом Валя заключается:

- 1 – в визуально определяемой раздутой петле кишечника, контурирующей через переднюю брюшную стенку;**
- 2 – в раздутой, визуально определяемой поперечно-ободочной кишке;
- 3 – в бурной, визуально определяемой перистальтике;
- 4 – в урчании, определяемом аускультативно у места обтурации кишки;
- 5 – в западении в правой подвздошной области, определяемом пальпаторно.

8. Чашами Клойбера называются:

- 1 – скопление газа в разных местах кишечника;
- 2 – горизонтальные уровни жидкости с просветлением над ними;**
- 3 – поперечная исчерченность тонкой кишки при перерастяжении её газами;
- 4 – наличие округлых теней в просвете кишечника;
- 5 – скопления контрастного вещества в кишечнике, напоминающие «перевернутые чаши».

9. Дифференциальный диагноз непроходимости кишечника и острого панкреатита основывается на данных:

- 1 – обзорной рентгенографии брюшной полости;
- 2 – исследования крови и мочи;
- 3 – лапароскопии;
- 4 – правильно 1,2,3;**
- 5 – правильно 1 и 2.

10. Некроз кишечной стенки начинается с:

- 1 – серозной оболочки;
- 2 – мышечного слоя;
- 3 – слизистой оболочки;**
- 4 – со всех слоёв одновременно;
- 5 – с брыжейки.

11. Жизнеспособность кишки подтверждают:

- 1 – нормальная окраска;
- 2 – сохраненная перистальтика;
- 3 – блестящий серозный покров;
- 4 – удовлетворительная пульсация артерий брыжейки;
- 5 – все перечисленное.**

12. В каком из перечисленных отделов желудочно-кишечного тракта чаще всего наблюдается заворот:

- 1 – в тонкой кишке;
- 2 – в слепой кишке;
- 3 – в сигмовидной кишке;**
- 4 – в поперечно-ободочной кишке.

13. Больной, 35 лет, ранее оперированный по поводу язвенной болезни желудка, обратился с жалобами на резкие приступообразные боли в животе, рвоту. При осмотре: пульс 90 уд. в минуту. Язык сухой, живот вздут, болезненный во всех отделах. Определяется «шум плеска». Симптом Щёткина-Блюмберга сомнительный. Стул был 3 часа назад. Ваш диагноз:

- 1 – обострение язвенной болезни;
- 2 – перфорация язвы гастроэнтероанастомоза;

3 – острая кишечная непроходимость;

4 – синдром приводящей петли;

5 – острый панкреатит.

14. Причиной обтурационной непроходимости чаще всего являются:

1 – глистная инвазия;

2 – заворот кишечника;

3 – опухоль левой половины ободочной кишки;

4 – ущемленная грыжа;

5 – опухоль правой половины толстой кишки;

6 – желчные камни.

15. Какой вид острой кишечной непроходимости встречается наиболее часто:

1 – инвагинация;

2 – узлообразование;

3 – спаечная;

4 – спастическая;

5 – обтурационная.

16. Больная, 60 лет, обратилась с жалобами на периодические схваткообразные боли в животе, нерегулярный стул. Данные жалобы появились несколько месяцев назад, в течение последнего месяца приступы участились. При осмотре живот поддут, умеренно болезненный во всех отделах, симптомов раздражения брюшины нет, перистальтика усилена. Ваш диагноз:

1 – острая спаечная кишечная непроходимость;

2 – копростаз;

3 – язвенная болезнь;

4 – хронический панкреатит;

5 – обтурационная кишечная непроходимость;

6 – желчная колика.

17. Девушка, 17 лет, доставлена в приёмное отделение с жалобами на нестерпимые боли в животе, которые появились 30 минут назад во время прогулки. Лицо бледное, заторможена. Пульс 120 в минуту. Живот асимметричный, болезненный при пальпации. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Перистальтика кишечника усилена. Ваш диагноз:

1 – внематочная беременность;

2 – разрыв селезенки;

3 – острая странгуляционная кишечная непроходимость;

4 – острый панкреатит;

5 – перфоративная язва желудка.

18. Что является начальным механизмом развития странгуляционной кишечной непроходимости:

1 – сосудистый фактор;

2 – нарушение пассажа по кишке;

3 – нарушение пассажа и сосудистый фактор одновременно;

4 – нарушение перистальтики;

5 – расстройство нервной регуляции.

19. Кишечная петля признается нежизнеспособной при отсутствии:

1 – всех признаков жизнеспособности;

2 – не менее двух признаков;

3 – даже при отсутствии одного признака.

20. При левосторонней обтурационной кишечной непроходимости обязательным условием наложения первичного анастомоза является:

- 1 – отсутствие перитонита;
- 2 – отсутствие отдаленных метастазов;
- 3 – стабильная гемодинамика;
- 4 – умеренно выраженный спаечный процесс;
- 5 – наложение анастомоза противопоказано.**

1.6. Хирургические заболевания артерий

Контрольные вопросы:

- 1. Этиология и патогенез окклюзионных заболеваний артерий.
- 2. Клинические проявления окклюзионных поражений артерий, фазы течения заболевания.
- 3. Синдром перемежающейся 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.

1.7. Острый панкреатит

Контрольные вопросы:

1. Острый панкреатит - современное состояние проблемы. Определения понятия "острый панкреатит".
2. Основные причины развития острого панкреатита.
3. Клинико-морфологическая классификация острого панкреатита.
4. Клинические проявления острого панкреатита.
5. Значение лабораторных методов, а также ультразвукового исследования, компьютерной и магнитно-резонансной томографии и лапароскопии в диагностике острого панкреатита.
6. Дифференциальный диагноз острого панкреатита (с прободной язвой желудка, двенадцатиперстной кишки, острой непроходимостью кишечника, острым аппендицитом, тромбозом, эмболией брыжеечных сосудов, острым холециститом).
7. Показания и принципы консервативной терапии при остром панкреатите.
8. Место и роль антибиотиков в лечении при остром панкреатите.
9. Показания к хирургическому лечению.
10. Принципы оперативного лечения при панкреонекрозе.

Тестовый контроль

1. В основе теории «общего канала» развития острого панкреатита при холелитиазе лежит:
1 – заброс желчи в протоки поджелудочной железы;
2 – алкоголизм;
3 – желчекаменная болезнь;
4 – дуоденостаз;
5 – гиперплазия в панкреатическом протоке.
2. Важным объективным морфологическим признаком острого панкреатита является:
1 – шок;
2 – жировые некрозы в брюшной полости, забрюшинном пространстве;
3 – паралитическая кишечная непроходимость;
4 – перитонит;
5 – скопление экссудата в плевральных полостях.
3. Прогрессированию местных изменений в поджелудочной железе и распространению некротического процесса как в самой поджелудочной железе, так и в окружающих тканях, забрюшинном пространстве, брюшной полости, способствует:
1 – трипсинемия;
2 – уклонение ферментов;
3 – внутриклеточная активация протеолитических ферментов;
4 – усиление кровотока в поджелудочной железе;
5 – ацидоз.
4. Наибольшим обезболивающим эффектом при остром панкреатите обладает (5):
1 – введение морфия внутримышечно;
2 – блокада круглой связки печени раствором новокаина;
3 – перидуральная блокада;
4 – внутривенное введение раствора новокаина;
5 – эпидуральная анестезия.
5. Ведущим способом лечения при остром панкреатите является:
1 – хирургический;
2 – консервативный;

- 3 – местная криодеструкция железы;
- 4 – сочетание форсированного диуреза и антиферментной терапии;
- 5 – сочетание антибактериальной и антиферментной терапии.

6. В развитии острого панкреатита главенствующая роль принадлежит:

- 1 – микробной агрессии;
- 2 – плазмоцитарной инфильтрации;
- 3 – микроциркуляторным нарушениям;
- 4 – аутоферментной агрессии;**
- 5 – нарушению венозного оттока.

7. Болезненность при пальпации в левом реберно-позвоночном углу при остром панкреатите носит название симптома:

- 1 – Воскресенского;
- 2 – Мейо-Робсона;**
- 3 – Грюнвальда;
- 4 – Мондора;
- 5 – Грея-Тернера.

8. Поперечная болевая резистентность в эпигастрии носит название симптома:

- 1 – Мейо-Робсона;
- 2 – Керте;**
- 3 – Грея-Тернера;
- 4 – Мондора;
- 5 – Воскресенского.

9. Появление пятен цианоза на боковых стенках живота при остром панкреатите носит название симптома:

- 1 – Мейо-Робсона;
- 2 – Керте;
- 3 – Грея-Тернера;**
- 4 – Мондора;
- 5 – Воскресенского.

10. Появление пятен цианоза на лице при остром панкреатите носит название симптома:

- 1 – Мейо-Робсона;
- 2 – Керте;
- 3 – Грея-Тернера;
- 4 – Мондора;**
- 5 – Воскресенского.

11. К развитию острого панкреатита могут привести:

- 1 – тупая травма живота;
- 2 – операционная травма поджелудочной железы;
- 3 – ущемленный камень большого дуоденального сосочка;
- 4 – стриктура большого дуоденального сосочка;
- 5 – все выше перечисленные причины.**

12. Желтуха у больных острым панкреатитом может быть обусловлена:

- 1 – сдавлением общего желчного протока тканью поджелудочной железы;**
- 2 – дуоденостазом;
- 3 – холедохолитиазом;

- 4 – панкреатогенным гепатитом;
- 5 – все выше перечисленные причины.

13. Феномен отсутствия пульсации брюшного отдела аорты при остром панкреатите носит название симптома:

- 1 – Мейо-Робсона;
- 2 – Керте;
- 3 – Грея-Тернера;
- 4 – Воскресенского;**
- 5 – Мондора.

14. Развитие метеоризма при остром панкреатите связано:

- 1 – со сдавлением двенадцатиперстной кишки;
- 2 – с неукротимой рвотой;
- 3 – с парезом кишечника;**
- 4 – с тромбозом верхней брыжеечной артерии;
- 5 – с ферментативной недостаточностью поджелудочной железы.

1.8. Заболевания толстой кишки

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 – лимфогранулематоза

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 двухствольного искусственного заднего прохода;
- 4 – внебрюшинное закрытие двухствольного 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.**

1.9. 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 (бронхов, 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

1.10. 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-аксиллярной 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 плевродеза

1.11. 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 медиастинаита

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

1.12. Раны, первичная хирургическая обработка. Современные методы лечения ран. Кровотечения, виды, остановка.

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. Методы дренирования гнойной раны.
9. Как определить вид раны в зависимости от раневого предмета.
10. Фазы течения раневого процесса.
11. Заживление раны в зависимости от его вида, от степени ее инфицированности.
12. Технические особенности ПХО раны в зависимости от вида раны и сроков.
13. Условия и техники проведения экстренной профилактики столбняка при свежих ранах.
14. Основные принципы лечения гнойных ран.
15. Действие протеолитических ферментов в лечение гнойных ран.
16. 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.

2.1. 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.

2.2. Хирургические заболевания печени

Контрольные вопросы:

1. Хирургическая анатомия и физиология печени.
2. Этиология и патогенез заболеваний печени.
3. Частота паразитарных заболеваний, рака и абсцесса печени в ряду очаговых заболеваний печени.
4. Особенности роста и распространения паразитарных заболеваний печени.
5. Основные клинические проявления паразитарных заболеваний печени.
6. Роль серологических исследований в диагностике паразитарных заболеваний печени.
7. Доброкачественные опухоли печени.
8. Основные клинические проявления рака печени.
9. Роль обзорной рентгенографии печени, ультразвукового исследования, сканирования, компьютерной и магнитно-резонансной томографии, чрескожной биопсии печени, лапароскопии, ангиографии в диагностике очаговых заболеваний печени.
10. 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 альвеококке:

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.

2.3. 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 удалённой 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 подпечёночного 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

2.4. Нагноительные заболевания легких и плевры. Медиастинит

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.
16. Топографическая анатомия средостения.
17. Этиология и патогенез медиастинитов.
18. Классификация медиастинитов.
19. Микробиологические аспекты медиастинитов.
20. Особенности клинических проявлений медиастинитов.
21. Диагностическая программа при медиастинитах.
22. Принципы лечения и тактика при медиастинитах.
23. Хирургические методы лечения медиастинитов.
24. Методы дренирования при медиастинитах.
25. Комплексная детоксикация при медиастинитах.
26. Выбор антибактериальных препаратов и способов их введения.
27. Пути улучшения результатов лечения больных с медиастинитами.
- 28.

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 заболеваниях.
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.**

11. Для лечения при остром медиастините используются:

- 1 – противовоспалительная терапия;
- 2 – спазмолитическая терапия;
- 3 – **дренирование средостения;**
- 4 – стероидные гормоны;
- 5 – инфузионная терапия.

12. Наиболее эффективным способом лечения при остром медиастините является:

- 1 – антибиотикотерапия;
- 2 – приём спазмолитиков;
- 3 – применение гормонов;
- 4 – **дренирование средостения;**
- 5 – дезинтоксикационная терапия.

13. По характеру экссудата и виду возбудителя острый медиастинит бывает:

- 1 – серозный;
- 2 – гнойный;
- 3 – гнилостный;
- 4 – анаэробный;
- 5 – гангренозный;
- 6 – **все верно.**

14. По клиническому течению острого медиастинита не бывает:

- 1 – молниеносная форма;
- 2 – острая форма;
- 3 – подострая форма;
- 4 – **переходная форма;**
- 5 – хроническая форма.

15. 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**

16. 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

17. 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

18. 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**

19. 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

20. 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**

2.5. 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 – болей за грудиной;

4 – дисфагии;

5 – гипертермии.

12. Дисфагия не характерна:

1 – при ахалазии;

2 – при рубцовых стриктурах;

3 – при дивертикулах;

4 – при опухолях 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 – ретростернальная 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 лежачем 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 – эпифренальный 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.

2.6. Повреждения живота

Контрольные вопросы:

- 1. Повреждения живота: общая характеристика проблемы; особенности травм мирного и военного времени.
- 2. Частота повреждений внутренних органов при закрытой травме живота.
- 3. Классификация повреждений живота.
- 4. Тактика врача на догоспитальном и госпитальном этапах при подозрении на закрытую травму живота.
- 5. Основные клинические проявления повреждений живота.
- 6. Диагностическая программа при повреждениях живота.
- 7. Лечебная тактика при повреждениях живота.
- 8. Повреждения паренхиматозных органов живота:
 - клиническая картина и диагностика,
 - тактика и методы лечения.
- 9. Повреждения полых органов:
 - клиническая картина и диагностика,
 - тактика и методы лечения.
- 10. Торакоабдоминальные и другие сочетанные и комбинированные повреждения.
- 11. Пути улучшения результатов лечения больных с повреждениями живота.

Тестовый контроль

- 1. Какой чаще характер носят кровотечения в брюшную полость?
 - 1 – спонтанный;
 - 2 – травматический.**

2. Какой доступ следует избрать при выполнении лапаротомии в неясных случаях:

1 – верхнесрединную лапаротомию;

2 – срединную лапаротомию;

3 – нижнесрединную лапаротомию.

3. Как следует поступать при наличии болей в животе, если установить точный диагноз является ли заболевание хирургическим, невозможно:

1 – проводить динамическое наблюдение;

2 – следует срочно выполнить диагностическую лапаротомию;

3 – динамическое наблюдение около 6 часов, при отсутствии положительной динамики – диагностическая лапаротомия;

4 – выполнить лапароскопию.

4. При закрытой травме живота в сомнительных случаях показан лапароцентез. Укажите относительные противопоказания к этому методу:

1 – перитонит;

2 – кишечная непроходимость;

3 – внутрибрюшное кровотечение;

4 – шок;

5 – ранее перенесённые оперативные вмешательства на органах брюшной полости.

5. Какой из методов диагностики более информативен:

1 – лапароцентез;

2 – лапароскопия.

6. Какие симптомы могут возникать при травме органов брюшной полости:

1 – перитонит;

2 – кровотечение;

3 – шок;

4 – все перечисленное.

7. При проникающих ранениях живота допустимы ли манипуляции в самой ране:

1 – да;

2 – нет.

8. При закрытой травме живота симптомы шока наблюдаются в %:

1 – 20;

2 – 40;

3 – 50;

4 – 60;

5 – 80;

6 – 100.

9. Пострадавший С., 25 лет, доставлен в стационар через 20 минут после автомобильной аварии с жалобами на боли в животе, слабость, тошноту и головокружение. При поступлении: кожный покров и слизистые бледные. АД не определяется. Пульс слабого наполнения и напряжения, ритмичный, 130 в минуту. В левом подреберье наличие кровоизлияния от удара. Больной в сознании. Признаков черепно-мозговой травмы нет. Ваши неотложные мероприятия:

1 – диагностическая лапароскопия;

2 – лапаротомия;

- 3 – вызвать терапевта;
- 4 – рентгенография органов брюшной полости;
- 5 – инфузионная терапия.

10. 25-летнего мужчину выбросили из автомашины. Доставлен в стационар без сознания. АД 60/40 мм рт. ст. Пульс ритмичен, слабого наполнения и напряжения, 120 в минуту. Выявлен перелом обеих голеней. Первоначальные мероприятия должны состоять из перечисленных, кроме:

- 1 – введение антибиотиков;**
- 2 – возмещение объема циркулирующей крови;
- 3 – лапароцентез;
- 4 – рентгенография позвоночника;
- 5 – рентгенография грудной клетки и нижних конечностей.

2.7. Нагноительные заболевания 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 лимфангит 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. Ярко 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. histolyticum*, *C. septicum*;
- 2 – *C. oedematis*, *C. histolyticum*, *C. septicum*;**
- 3 – *C. perfringens*, *C. tetani*;
- 4 – *C. perfringens*, *C. histolyticum*, *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.

2.8. Заболевания периферических вен

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 объемов жидкостей.

12. Послеоперационные ТЭЛА обычно бывают следствием:

- 1 – абсцессов;
- 2 – флегмон;
- 3 – флеботромбозов;**
- 4 – лимфаденитов;
- 5 – эндартериита.

2.9. 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

2.10. 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. Флебография 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

2.11. 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

2.12. 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

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.