



ЭЦП Буланов С.И.



ЭЦП Завалко А.Ф.

Утверждено 29.02.2024 г. протокол № 2.  
Председатель Ученого Совета  
ректор д.м.н. профессор С.И. Буланов  
Ученый секретарь Ученого Совета  
д.м.н. профессор А.Ф. Завалко

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

**ПО ДИСЦИПЛИНЕ  
Хирургия (подготовка в стационаре)**

**БЛОК 1  
БАЗОВАЯ ЧАСТЬ**

**ОСНОВНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ  
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ ПО ПОДГОТОВКЕ КАДРОВ  
ВЫСШЕЙ КВАЛИФИКАЦИИ (ординатура)  
ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ**

**31.08.67 ХИРУРГИЯ  
Квалификация "Врач – хирург"  
Форма обучения: очная**

**Срок обучения 2 года, 120 з.е.**

Москва

## **Оценочные средства для текущего контроля по дисциплине «Хирургия (подготовка в стационаре)»**

Изучение данной дисциплины направлено на формирование у обучающихся следующих универсальных (УК) и профессиональных (ПК) компетенций:

### **Универсальные компетенции:**

готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);

готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);

### **Профессиональные (ПК) компетенции:**

#### **профилактическая деятельность:**

готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);

готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2);

#### **диагностическая деятельность:**

готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);

#### **лечебная деятельность:**

готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи (ПК-6)

#### **реабилитационная деятельность:**

готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8);

#### **психолого-педагогическая деятельность:**

готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9).

**Цель текущего контроля – определение степени сформированности компетенций в процессе освоения дисциплины**

### **ЭТАПЫ ФОРМИРОВАНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ В ПРОЦЕССЕ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ**

<b>№ курса обучения</b>	<b>КОМПЕТЕНЦИИ</b>	<b>Наименование раздела дисциплины</b>	<b>Содержание раздела:</b>
1	УК-1,УК-2, ПК-1,ПК-2, ПК-5,ПК-6, ПК-8, ПК-9	Раздел 1 «Хирургия органов брюшной полости»:	Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Гастродуоденальные кровотечения неязвенной этиологии. Полипы желудка. Рак желудка. Неэпителиальные опухоли желудка. Дивертикулы 12-перстной и тонкой кишок. Злокачественные опухоли 12-перстной кишки (рак, саркомы, злокачественные лимфомы и др.). Доброкачественные опухоли 12-перстной кишки. Новообразования тонкой кишки. Острая кишечная непроходимость. Острый аппендицит. Хронический аппендицит. Опухоли и кисты брыжейки ободочной кишки. Опухоли ободоч-

			<p>ной кишки. Наружные кишечные свищи. Мезоаденит. Доброкачественные и злокачественные опухоли печени. Непаразитарные кисты печени. Паразитарные заболевания печени. Абсцессы печени. Циррозы печени и портальная гипертензия. Желчнокаменная болезнь. Механическая желтуха. Острый холецистит. Хронический калькулезный холецистит. Рак желчного пузыря и желчных протоков. Рак большого дуоденального сосочка. Реконструктивно-восстановительная хирургия желчных протоков. Хирургические заболевания селезенки. Острый панкреатит. Хронический панкреатит. Опухоли поджелудочной железы. Кисты поджелудочной железы. Псевдокисты поджелудочной железы. Грыжи. Диафрагмальные грыжи. Грыжи пищеводного отверстия. Паховые грыжи. Травматические грыжи. Послеоперационные грыжи. Бедерные грыжи. Пупочная грыжа. Грыжа белой линии живота. Редкие формы грыж. Инородные тела желудочно-кишечного тракта. Травма живота. Травмы полых органов. Изолированные ранения органов брюшной полости. Перитонит и остаточные гнойники брюшной полости.</p>
<b>1</b>	УК-1,УК-2, ПК-1,ПК-2, ПК-5,ПК-6, ПК-8, ПК-9	Раздел 2 «Заболевания сосудов»	<p>Заболевания венозной системы. Основные тромботические и воспалительные поражения системы нижней полой вены. Флебит, тромбофлебит. Посттромбофлебитический синдром. Острый тромбоз системы верхней полой вены. Заболевания артериальной системы. Облитерирующий тромбангиит. Облитерирующий атеросклероз. Артериовенозные аневризмы. Эмболия и острые тромбозы артерий конечностей. Тромбоэмболия легочной артерии. Повреждения кровеносных сосудов. Заболевания лимфатической системы конечностей. Лимфедема. Лимфангоит. Лимфаденит</p>
<b>1</b>	УК-1,УК-2, ПК-1,ПК-2, ПК-5,ПК-6, ПК-8, ПК-9	Раздел 3 «Торакальная хирургия»	<p>Абсцесс и гангрена легкого. Бронхоэктатическая болезнь. Спонтанный пневмоторакс. Легочное кровотечение. Бронхиальные свищи. Плевриты. Острый пиопневмоторакс. Доброкачественные опухоли легких. Злокачественные опухоли легких. Медиастенит. Доброкачественные и злокачественные опухоли средостения. Заболевания пищевода. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Травма пищевода. Химические ожоги пищевода. Злокачественные опухоли пищевода и кардии. Доброкачественные опухоли пищевода. Дивертикулы пищевода. Травма грудной клетки. Ранения и разрывы легких. Повреждения сердца при проникающем ранении. Закрытые повреждения грудной клетки. Доброкачественные опухоли молочной железы. Злокачественные опухоли молочной железы.</p>

1	УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9	Раздел 4 «Болезни эндокринной системы»	Тиреотоксикоз. Эндемический зоб. Узловой зоб. Хронические тиреоидиты. Рак щитовидной железы. Предраковые заболевания. Гиперпаратиреоз. Инсулома. Ульцерогенная аденома. Клиника синдрома Золлингера–Эллисона. Опухоль мозгового слоя надпочечника. Опухоли коркового слоя надпочечников. Аддисонова болезнь.
1	УК-1,УК-2, ПК-1,ПК-2, ПК-5,ПК-6, ПК-8, ПК-9	Раздел 5 «Хирургическая инфекция»	Учение о ранах. Рожистое воспаление. Флегмона. Фурункул. Фурункулез. Карбункул. Абсцесс. Панариций. Флегмона кисти. Остеомиелиты. Маститы. Трофические язвы. Гнойные свищи. Пролежни. Гангрена. Хирургический сепсис. Клостридиальная инфекция. Столбняк. Анаэробная неклостридиальная инфекция. Гнойная хирургическая инфекция у больных с сахарным диабетом..

**Тестовые задания текущего контроля**  
**Раздел 1 «Хирургия органов брюшной полости»**  
**Выберите один или несколько правильных ответов**

Компетенции: УК-1, ПК-6

1. Тампонирование подпеченочного пространства после холецистэктомии наиболее показано:

- а) При остром деструктивном холецистите
- б) При неушитом ложе удаленного желчного пузыря
- в) При возможности возникновения кровотечения из ложа желчного пузыря
- г) При редких швах ложа удаленного желчного пузыря
- д) Тампон не ставят

Эталон ответа: в.

Компетенции: УК-1, ПК-6

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

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

Эталон ответа: б.

Компетенции: УК-1, ПК-5

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

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

Эталон ответа: г.

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-5, ПК-6

4. При язвенной болезни, осложненной кровотечением, рвота содержимым желудка цвета "кофейной гущи" может наблюдаться при всех следующих локализациях язвы: 1. На ма-

лой кривизне желудка 2. В кардиальном отделе желудка 3. В антральном отделе желудка 4. В нижнем отделе пищевода 5. В постбульбарном отделе двенадцатиперстной кишки

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

Эталон ответа: д

Компетенции: УК-1, ПК-6, ПК-9

5. При лечении прободной язвы 12-перстной кишки могут быть применены, как правило, все перечисленные методы оперативного вмешательства: 1. Иссечение язвы 2. Ушивание язвы 3. Резекция желудка 4. Пилоропластики с ваготомией 5. Наложение гастроэнтероанастомоза

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

Эталон ответа: д.

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-5

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

- а) Инсулемы поджелудочной железы
- б) Синдрома приводящей петли
- в) Пептической язвы анастомоза
- г) Демпинг-синдрома
- д) Синдрома малого желудка

Эталон ответа: г.

Компетенции: УК-1

7. Секретин образуется:

- а) В двенадцатиперстной кишке
- б) В печени
- в) В поджелудочной железе
- г) В дистальных отделах тонкой кишки
- д) В гипоталамусе

Эталон ответа: а.

Компетенции: УК-1

8. Основным стимулятором освобождения секретина является:

- а) Соляная кислота
- б) Продукты расщепления белков
- в) Жиры
- г) Углеводы
- д) Все перечисленные факторы

Эталон ответа: а.

Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-5

9. К симптомам стенозирующей язвы двенадцатиперстной кишки относятся: 1. Рвота 2. Шум плеска над проекцией желудка 3. Наличие чаш Клойбера 4. Отрыжка 5. Похудание

- а) Верно 1,2,3,4,5
- б) Верно 2,3,4,5
- в) Верно 1,2,4,5

- г) Верно 1,3,4,5
- д) Верно 1,2,3,4

Эталон ответа: в.

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-6, ПК-9

10. Для подготовки больного к операции по поводу стеноза желудка язвенного происхождения необходимо: 1. Назначение соляной кислоты с пепсином в большом количестве 2. Промывание желудка 3. Введением растворов электролитов 4. Введение белковых растворов 5. Коррекция нарушения кислотно-щелочного состояния

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

Эталон ответа: а.

Компетенции: УК-1, ПК-6

11. Резекция на выключение может быть выполнена:

- а) При низкой постбульбарной язве
- б) При пенетрации язвы в печеночно-дуоденальную связку
- в) При плотном воспалительном инфильтрате в области двенадцатиперстной кишки
- г) При пенетрации язвы в головку поджелудочной железы
- д) При пенетрации язвы в печень

Эталон ответа: д.

Компетенции: УК-1, ПК-5

12. Одним из ранних симптомов острого расширения желудка после операции является:

- а) Икота
- б) Отсутствие кишечных шумов
- в) Вздутие в области эпигастрия
- г) Тахикардия
- д) Рвота

Эталон ответа: в.

Компетенции: УК-1, ПК-5

13. Острое расширение желудка может быть быстро распознано:

- а) Рентгенографией грудной клетки в вертикальном положении
- б) Лапароцентезом
- в) Назогастральной интубацией
- г) Перкуссией брюшной стенки
- д) Исследованием плазмы крови на серотонин

Эталон ответа: в.

Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-5

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

- а) Снижением болевого синдрома, что приводит к угасанию рефлексов со стороны передней брюшной стенки
- б) Поздней обращаемостью
- в) Возможностью психозов
- г) Возможностью суицидальных попыток
- д) Всем перечисленным

Эталон ответа: а.

Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-6

15. Наиболее достоверными клиническими проявлениями перфоративной язвы желудка являются:

- а) Рвота
- б) желудочное кровотечение
- в) Напряжение передней брюшной стенки, отсутствие печеночной тупости
- г) Частый жидкий стул
- д) Икота

Эталон ответа: в.

Компетенции: УК-1, ПК-5

16. Злокачественную трансформацию наиболее часто претерпевают:

- а) Язвы луковицы двенадцатиперстной кишки
- б) Постбульбарные язвы
- в) Язвы малой кривизны желудка
- г) Язвы большой кривизны желудка
- д) Язвы всех указанных локализаций

Эталон ответа: в.

Компетенции: УК-1, ПК-6

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

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

Эталон ответа: г.

Компетенции: УК-1, ПК-5

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

- а) Доскообразный живот
- б) Сильные боли в эпигастрии
- в) Боли в поясничной области
- г) Повышение лейкоцитоза до 15000
- д) Легкая желтуха склер и кожных покровов

Эталон ответа: а.

Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-5

19. Напряжение мышц в правой подвздошной области, нередко возникающее при прободной язве двенадцатиперстной кишки, можно объяснить:

- а) Затекание содержимого по правому боковому каналу
- б) Рефлекторными связями через спинномозговые нервы
- в) Скоплением воздуха в брюшной полости, в частности в правой подвздошной области
- г) Развивающимся разлитым перитонитом
- д) Висцеро-висцеральным рефлексом с червеобразного отростка

Эталон ответа: а.

Компетенции: УК-1, ПК-6

20. Срочное хирургическое вмешательство требуется при следующих осложнениях язвенной болезни:

- а) Остановившееся желудочное кровотечение
- б) Перфоративная язва
- в) Пенетрирующая язва
- г) Стеноз выходного отдела желудка
- д) Малигнизированная язва

Эталон ответа: б.

Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-6

21. Экономная резекция желудка, выполненная по поводу язвенной болезни, чаще приводит к возникновению:

- а) Демпинг-синдрома
- б) Гипогликемического синдрома
- в) Синдрома "малого желудка"
- г) Пептической язвы анастомоза
- д) Синдрома приводящей петли

Эталон ответа: г.

Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-6

22. Язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки необходимо дифференцировать с заболеваниями: 1. Хроническим холециститом 2. Хроническим колитом 3. Хроническим аппендицитом 4. Хроническим панкреатитом 5. Мезоаденитом

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

Эталон ответа: д.

Компетенции: УК-1, ПК-2, ПК-8, ПК-9

23. Пациенты после операции на желудке по поводу язвенной болезни и после холецистэктомии могут быть направлены на реабилитацию в условия санатория:

- а) при зажившем операционном рубце;
- б) при наличии признаков обострения хронического панкреатита;
- в) при отсутствии хирургических осложнений операции;
- г) при наличии симптомов обострения хронического холангита.

Эталон ответа: а, в

Компетенции: УК-1, ПК-2, ПК-8, ПК-9

24. При реабилитации пациентов в ранние (2–3 недели) сроки после операций на желудке по поводу язвенной болезни рекомендуется применение:

- а) питьевых минеральных вод;
- б) йодобромных ванн;
- в) электрофореза лекарственных препаратов;
- г) синусоидальных модулированных токов,
- д) лечебной физкультуры,
- е) все ответы правильные.

Эталон ответа: е.

Компетенции: УК-1, ПК-6

25. Консервативное лечение перфоративной язвы желудка или двенадцатиперстной кишки по Тейлору заключается:

- а) В применении щелочей и средств, снижающих перистальтику желудка
- б) В периодическом (каждые 4-5 часов) зондировании желудка, внутривенном вливании жидкости и фармакологической блокаде блуждающего нерва

- в) В постоянном промывании желудка охлажденным физиологическим раствором
- г) В местной гипотермии и внутривенном вливании жидкости
- д) В постоянной аспирации содержимого желудка, внутривенном введении жидкостей, назначением антибиотиков.

Эталон ответа: д.

## СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

### Задача № 1.

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-5, ПК-6

Больной Б., 42 лет, поступил в клинику на вторые сутки с момента травмы с жалобами на сильные боли в правой половине живота, тошноту, двукратную рвоту. Больным себя считает с момента после отрезвления от алкогольного опьянения, когда почувствовал сильные боли в животе, особенно справа; они сопровождались тошнотой и рвотой съеденной пищей. С этими явлениями он оставался дома и не обращался за медицинской помощью. Постепенно состояние ухудшилось, боли в животе усилились, после чего и вызвал скорую помощь. При поступлении: общее состояние средней тяжести, кожа и видимые слизистые обычной окраски, на животе имеются ссадины и кровоизлияния. АД 130/80 мм.рт.ст, ЧСС – 110 уд. в минуту. Язык сухой, обложен белым налетом, живот равномерно вздут, слабо участвует в акте дыхания. Положителен симптом Спизарного-Кларка. Пальпаторно живот напряжен, положителен симптом Щеткина-Блюмберга. Температура – 37,8<sup>0</sup>С, лейкоцитоз – 11,5x10<sup>9</sup>/л. На обзорной рентгеноскопии: единичные, умеренной величины чаши Клойбера, под куполом диафрагмы полоска воздуха.

1. Ваш диагноз, дифференциальная диагностика?
2. Хирургическая тактика.

На операции выявлен полный разрыв тонкой кишки на расстоянии 40 см от связки Трейтца с явлениями разлитого перитонита; края поврежденной кишки гиперемированы, покрыты фибрином.

3. Дальнейшие действия хирурга?
4. Классификация закрытых повреждений живота.

### Ответы

1. Закрытая тупая травма живота. Разрыв полого органа. Разлитой перитонит. Дифференциальная диагностика с прободной язвой желудка, острым деструктивным аппендицитом, дивертикулезом толстой кишки.
2. Лапаротомия, ревизия.
3. Резекция кишки с выведением стомы, затем, после купирования перитонита анастомоз. Санация брюшной полости и дренирование ее назоинтестинальная интубация для разгрузки анастомоза.
4. Повреждение передней брюшной стенки (гематома, ушиб, разрывы мышц), с повреждением полых или паренхиматозных органов, органов забрюшинного пространства.

### Задача № 2.

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8

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

На 14 сутки у больного отмечена субфебрильная температура - 37,4<sup>0</sup>С. На следующий день состояние больного резко ухудшилось: больной в сопоре, кожные покровы землистого цвета с желтушным оттенком, имеется пете-хиальная сыпь, температура тела 39,8<sup>0</sup>С, потрясающие ознобы, АД 60/40 мм.рт.ст., ЧСС 128 уд.в мин., лейкоциты 30x10<sup>9</sup>/л, мочевого пузыря пуст, креатинин 343 мкмоль/л, мочевины 10 ммоль/л, остаточный азот 30 ммоль/л.

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

#### **Ответы**

1. Септический панкреонекроз. Эндотоксикоз 3 степени, ОПН
2. Гнойные осложнения и эндогенные интоксикации
3. Увеличение температуры, ухудшение состояния, лейкоцитоз
4. УЗИ, КТ, б/х, РГ с барием ЖКТ, Rg скопия грудной клетки, лапароскопия, ОАК, ОАМ
5. Лечение панкреатита (соматостатин, контрикал, фамотидин, спазмолитики, антибиотиков, экстракорпоральная детоксикация – электрохимическая детоксикация). Оперативное лечение – некрэксвезрэктомия, дренирование сальниковой сумки.
6. Тиенам, цефепим, ципро- и спарфлоксацин, метронидазол, амоксиклав
7. Показана (дренирование грудного лимфатического протока, с электрохимической детоксикации лимфы, гемосорбция)
8. Тромбогеморрагические расстройства на фоне гиперферментемии.
9. Ингибиторы ферментов (контрикал), гепарин при контроле времени свёртывания.
10. Сложный.

#### **Задача № 3.**

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-2, ПК-5, ПК-6

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

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

1. Какой предварительный диагноз можно поставить?
2. Какие методы лабораторной и инструментальной диагностики помогут установить окончательный диагноз?
3. Каким образом можно помочь больному?

#### **Ответ**

1. Опухоль периапулярной области (гепатодуоденальной зоны), механическая желтуха.
2. УЗИ, КТ, ФГДС, РХПГ, лапароскопия с биопсией
3. Первый этап – дренирующая операция для устранения желтухи (холецистостомия, билиодегистивные анастомозы). Второй этап – ПДР, папиллоэктомия, возможно п/о химиотерапия

#### **Задача № 4.**

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-2, ПК-5, ПК-6

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

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

**Ответы**

1. Перфоративный рак желудка.
2. Биопсия
3. Субтотальная резекция с региональными л/у

**Задача № 5.**

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-9

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

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

1. Ваш диагноз?
2. Какое вмешательство следует выполнить в операбельном случае?

**Ответы**

1. Перстневидноклеточный рак желудка T4NxM0
2. Гастрэктомия с удалением регионарных л/у.

**Раздел 2 «Заболевания сосудов»**

***Выберите один или несколько правильных ответов***

Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-6

1. Антикоагулянтная терапия в лечении тромбоза вен применяется с целью:
  - а) растворения фибрина
  - б) приостановления роста тромба
  - в) увеличения количества сгустков
  - г) изменения внутренней оболочки сосудов
  - д) снижения активности ДНК

Эталон ответа: б.

Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9

2. Причиной тромбоэмболии легочной артерии наиболее часто является тромбофлебит:
  - а) лицевых вен
  - б) глубоких вен нижних конечностей и вен малого таза
  - в) глубоких вен верхних конечностей

- г) поверхностных вен нижних конечностей
- д) поверхностных вен верхних конечностей

Эталон ответа: б.

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-5, ПК-6

3. Для острого тромбоза глубоких вен нижних конечностей характерны:
- а) резкий отек нижней конечности
  - б) некроз пальцев стоп
  - в) похолодание стопы
  - г) симптом перемежающейся хромоты
  - д) отек и гиперемия по ходу пораженных вен

Эталон ответа: а.

Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-2

4. К основным предрасполагающим к тромбозу факторам относятся все перечисленные, кроме:
1. замедления тока крови в венах
  2. нарушения целостности внутренней выстилки вен
  3. варикозного расширения вен
  4. снижения фибринолитической активности крови
  5. мерцательной аритмии
- а) верно 1,2,3,4,5
  - б) верно 1,3,4,5
  - в) верно 3,4,5
  - г) верно 2,3,4,5
  - д) верно 1,2,3,4

Эталон ответа: д.

Компетенции: УК-1, ПК-5

5. Маршевая проба проводится с целью выявления:
- а) несостоятельных коммуникантных вен
  - б) проходимости глубоких вен нижних конечностей
  - в) недостаточности артериального кровообращения в нижних конечностях
  - г) тромбоза подколенной артерии
  - д) острого тромбоза

Эталон ответа: б.

Компетенции: УК-1, ПК-5

6. Проба Претта проводится с целью выявления:
- а) проходимости глубоких вен нижних конечностей
  - б) недостаточности артериального кровообращения в нижних конечностях
  - в) несостоятельных коммуникативных вен
  - г) острого тромбоза
  - д) тромбоза подколенной артерии

Эталон ответа: в.

Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-6

7. Наиболее частыми симптомами тромбоза поверхностных вен нижних конечностей являются:
1. дистальные отеки
  2. распирающие боли
  3. повышение температуры тела
  4. гиперемия кожи и отек по ходу вен
  5. резкая болезненность при пальпации
- а) верно 1,2,3,4
  - б) верно 1,2,3,4,5
  - в) верно 2,3,4,5
  - г) верно 1,2,4,5
  - д) верно 2,3,5

Эталон ответа: б.

Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-9

8. Тромбообразованию после полостных операций способствует: 1. повышение фибринолитической активности 2. ожирение 3. гиподинамия 4. онкологические заболевания 5. ишемическая болезнь сердца
- а) верно 2,3,4,5
  - б) верно 1,2,3,4
  - в) верно 1,3,4,5
  - г) верно 1,2,4,5
  - д) верно 3,4,5

Эталон ответа: а.

Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-6

9. Симптомами варикозного расширения подкожных вен нижних конечностей являются: 1. отеки дистальных отделов конечностей по вечерам 2. перемежающаяся хромота 3. признаки трофических расстройств кожи голени 4. судороги по ночам 5. видимое расширение подкожных вен
- а) верно 1,2,3,4
  - б) верно 1,3,4,5
  - в) верно 2,3,4,5
  - г) верно 3,4,5
  - д) верно 2,4,5

Эталон ответа: б.

Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-8, ПК-9

10. К факторам, способствующим улучшению венозного кровотока в послеоперационном периоде, относятся:
- а) сокращение икроножных мышц
  - б) возвышенное положение нижних конечностей
  - в) длительный постельный режим
  - г) бинтование ног эластическими бинтами
  - д) раннее вставание

Эталон ответа: в.

Компетенции: УК-1, ПК-6

11. При несостоятельности коммуникантных вен нижних конечностей наиболее целесообразной операцией следует считать операцию:
- а) Бэбкока
  - б) Нарата
  - в) Маделунга
  - г) Троянова-Тренделенбурга
  - д) Линтона

Эталон ответа: д.

Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-8, ПК-9

12. Профилактика тромбозных осложнений в послеоперационном периоде включает в себя все ниже перечисленное: 1. назначение гепарина 2. назначение дезагрегантов 3. лечебная физкультура 4. длительный постельный режим 5. бинтование ног эластичным бинтом
- а) верно 1,2,3,4
  - б) верно 2,3,4,5
  - в) верно 1,3,4,5
  - г) верно 1,2,3,5
  - д) верно 2,3,5

Эталон ответа: г.

Компетенции: УК-1, ПК-6

13. Операция Троянова-Тренделенбурга заключается:
- а) в перевязке большой подкожной вены в области ее устья со всеми притоками в области сафено-фemorального треугольника
  - б) в удалении подкожных вен методом тоннелирования
  - в) в удалении подкожных вен зондом
  - г) в перевязке коммуникантных вен над фасцией
  - д) в субфасциальной перевязке коммуникантных вен

Эталон ответа: а.

Компетенции: УК-1, ПК-6

14. Операция Нарата заключается:
- а) в удалении подкожных вен из лампасных разрезов на бедре и голени
  - б) в удалении подкожных вен методом тоннелирования
  - в) удаление подкожных вен с помощью зонда
  - г) в чрескожном прошивании варикозных вен кетгутом
  - д) в субфасциальной перевязке коммуникантных вен

Эталон ответа: б.

Компетенции: УК-1, ПК-6

15. Операция Маделунга заключается:
- а) в удалении подкожных вен из лампасных разрезов на бедре и голени
  - б) в удалении подкожных вен методом тоннелирования
  - в) в удалении подкожных вен зондом
  - г) в чрескожном прошивании варикозных вен кетгутом
  - д) в надфасциальной перевязке коммуникантных вен

Эталон ответа: а.

Компетенции: УК-1, ПК-6

16. Операция Клаппа заключается:
- а) в удалении подкожных вен из лампасных разрезов на бедре и голени
  - б) в удалении подкожных вен методом тоннелирования
  - в) в удалении подкожных вен зондом
  - г) в чрескожном прошивании варикозных вен кетгутом
  - д) в надфасциальной перевязке коммуникантных вен

Эталон ответа: г.

Компетенции: УК-1, ПК-6

17. Операция Кокетта заключается:
- а) в удалении подкожных вен методом тоннелирования
  - б) в удалении подкожных вен с помощью зонда
  - в) в чрескожном прошивании варикозных вен кетгутом
  - г) в надфасциальной перевязке коммуникантных вен
  - д) в субфасциальной перевязке коммуникантных вен

Эталон ответа: г.

Компетенции: УК-1, ПК-6

18. Операция Линтона заключается:
- а) в удалении подкожных вен методом тоннелирования
  - б) в удалении подкожных вен с помощью зонда
  - в) в чрескожном прошивании варикозных вен кетгутом
  - г) в надфасциальной перевязке коммуникантных вен
  - д) в субфасциальной перевязке коммуникантных вен

Эталон ответа: д.

Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-6

19. Наименшее количество рецидивов после оперативного лечения варикозного расширения подкожных вен нижних конечностей достигается:

- а) Комбинированным оперативным методом
- б) Операцией Линтона
- в) Операцией Бебкока
- г) Операцией Нарата
- д) Операцией Маделунга

Эталон ответа: а.

Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-6

20. Основные лечебные мероприятия при тромбозе включают в себя:

- а) Антибиотики
- б) Спазмолитики
- в) Антикоагулянты
- г) Активные движения
- д) Парентеральное введение больших объемов жидкостей

Эталон ответа: в.

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-9

21. Для острого тромбоза глубоких вен конечностей характерно: 1. Резкие боли распирающего характера 2.Повышение температуры тела 3.Отек конечности 4. Цианоз 5.Гиперемия кожи по ходу больной вены

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

Эталон ответа: д.

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-6

22. Для консервативной терапии острого тромбоза поверхностных вен нижних конечностей рекомендуется: 1. Постельный режим 2. Бутадион 3.Компрессы с мазью Вишневского 4.Ходьба 5.Возвышенное положение конечности

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

Эталон ответа: а.

Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-5

23. Послеоперационные эмболии легочной артерии обычно бывают следствием:

- а) Абсцессов
- б) флегмон
- в) флеботромбозов
- г) Лимфаденитов
- д) Эндартериита

Эталон ответа: в.

Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-8, ПК-9

24. Смысл бинтования голени эластическими бинтами в послеоперационном периоде состоит:

- а) В необходимости профилактики лимфостаза
- б) В необходимости воздействия на артериальный кровоток
- в) В ускорении кровотока по глубоким венам
- г) В профилактике трофических расстройств
- д) В необходимости большей концентрации кровообращения

Эталон ответа: в

Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-9

25. Флеботромбозы встречаются чаще у больных: 1.С ожирением 2. С варикозным расширением вен 3.С онкологическими заболеваниями 4.С почечной недостаточностью 5.С ишемической болезнью сердца:

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

Эталон ответа: г.

## СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

### Задача № 1.

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9

Больная Г., 59 лет, обратилась в клинику с жалобами на боли в правой голени, повышение температуры тела до 38,5<sup>0</sup>С. Заболела неделю тому назад. Лечилась самостоятельно путем применения спиртовых компрессов на голень. Боли не прошли, стойко держалась высокая температура тела.

При осмотре: общее состояние удовлетворительное, пульс 96 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения.

Местно: кожа голени гиперемирована по ходу варикозно расширенной вены в нижней трети голени, там же уплотнение кожи. Умеренный отек голени, движения в суставах конечности пассивные. В средней трети голени язва размерами 2х3 см с подрытыми краями, умеренным гнойным отделяемым. В очаге уплотнения вены имеется флюктуация.

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

### Ответы

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

## Задача № 2

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-5, ПК-6

Пациент И., 55 лет, поступил с жалобами на наличие язвы по латеральной поверхности нижней трети левой голени и явления перемежающейся хромоты слева. При осмотре обнаружена язва размером 4Х6 см, пульсация на артериях стопы резко ослаблена. Обращали на себя внимание резко расширенные вены голени и особенно бедра. В подколенной ямке рукой ощущалось дрожание, напоминающее кошачье мурлыканье, прослушивался грубый систоло-диастолический шум. Более 10 лет назад у больного было ножевое ранение в области левого коленного сустава, однако расширенные вены и язвы голени появились только в этом году.

1. Какой диагноз вы поставите больному?
2. Какой должна быть лечебная тактика?

### Ответы:

1. Хроническая венозная недостаточность, III, С4.
2. Если трофическая язва без признаков нагноения, то показано оперативное лечение после УЗДГ сосудов -комбинированная венэктомия с перевязкой притоков большой подкожной вены. В случае если в области язвы обнаруживаются гнойно-некротические изменения, то операция возможна после комплексного консервативного лечения.

## Задача № 3.

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9

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

1. Какие осложнения развились у больного?
2. Как подтвердить Ваше предположение?
3. Какие изменения Вы обнаружили на представленной артериограмме?
4. Какова лечебная тактика?

### Ответы:

1. У больного тромбоз поверхностной бедренной артерии.
2. Необходима ультразвуковая доплерография, аортоартериография по Сельдингеру через левую бедренную артерию.
3. На представленной артериограмме определяется обрыв контрастированной поверхностной бедренной артерии справа в средней трети, стенки артерии изъеденные, неровные.
4. Больному показано оперативное лечение: при проходимости подколенной артерии голени – аутовенозное шунтирование или протезирование поверхностной бедренной артерии (ПБА). До операции и в послеоперационном периоде – антикоагулянтная терапия.

## Задача № 4

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9

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

1. Какой диагноз Вы поставите больному?
2. Какими исследованиями подтвердите диагноз?

3. Какие изменения Вы отмечаете на рентгенограмме?
4. Какова должна быть лечебная тактика?
5. Возможная профилактика заболевания.

**Ответы:**

1. У больного эмболия подколенной артерии, ишемия II- Б степени.
2. Уточнить диагноз может ультразвуковая доплерография и ангиография.
3. На представленной аортограмме определяется обрыв контрастированной поверхностной артерии бедра на уровне подколенной артерии.
4. Лечение оперативное – срочная эмболектомия с последующей консервативной терапией: препараты, улучшающие реологические свойства крови, антикоагулянты, спазмолитики, ГБО.
5. Профилактика в первую очередь заключается в лечении сопутствующей патологии и ведении правильного образа жизни. Поэтому важным элементом предупреждения болезни является соблюдение диеты и физической нагрузки:

**Задача № 5**

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9

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

1. Какой диагноз Вы поставите больному?
2. Какие дополнительные исследования подтвердят Ваш диагноз?
3. Как лечить больного?

**Ответы:**

1. У больного синдром Лериша с окклюзией внутренних позвоночных артерий.
2. Больному показана ультразвуковая доплерография аорты и артерий нижних конечностей, ангиография.
3. Больному показано оперативное лечение. При проходимости бедренных артерий, установленных во время операции открытой ангиографией, показано бифуркационное аорто-бедренное шунтирование.

**Раздел 3 «Торакальная хирургия»**

*Выберите один или несколько правильных ответов*

Компетенции: УК-1, ПК-1

1. Основная причина спонтанного пневмоторакса:
  - а) буллезные изменения альвеол и кисты легкого
  - б) парапневмонический абсцесс легкого
  - в) рак легкого
  - г) бронхоэктазы
  - д) туберкулез легких

Эталон ответа: 1.

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-6

2. Неотложная помощь при клапанном пневмотораксе начинается с:
  - а) трахеостомии
  - б) пункции и дренажа с аспирацией воздуха из плевральной полости
  - в) блокады межреберных нервов
  - г) обездвижения грудной клетки
  - д) блокады диафрагмального нерва

Эталон ответа: 2.

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-5

3. Молодой мужчина при автокатастрофе ударился правой половиной грудной клетки. Его беспокоят сильные боли в области ушиба, особенно при дыхании. При осмотре: выраженная болезненность при пальпации V–VII ребер справа от переднеподмышечной линии. Подкожная эмфизема в этой области. При аускультации ослабление дыхания справа. При перкуссии тимпанит. Состояние больного относительно удовлетворительное, одышки и тахикардии нет. Некоторая бледность кожных покровов. Ваш предварительный диагноз?

- а) посттравматическая пневмония справа
- б) перелом V–VII ребер справа
- в) контузия правого легкого
- г) перелом V–VII ребер справа, травматический пневмоторакс
- д) гематома грудной стенки в области V–VII ребер

Эталон ответа: 4.

Компетенции: УК-1, ПК-6, ПК-8

4. Клинико-рентгенологически установлен диагноз острой эмпиемы плевры, гнойно-резорбтивная лихорадка. Какие из перечисленных методов лечения следует последовательно применять: а) курс санационной бронхоскопии; б) плевральные пункции с промыванием полости плевры и введением антибиотиков; в) дренирование плевральной полости с активной аспирацией содержимого; г) дезинтоксикационная и антибиотикотерапия; д) срочная операция плеврэктомиа с декортикацией легкого. Выберите правильную комбинацию ответов:

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

Эталон ответа: 4.

Компетенции: УК-1, ПК-5

5. Какие методы применяются при исследовании аспирированной из плевры геморрагической жидкости у больного с заболеванием легких? а) определение форменных элементов крови; б) цитологическое исследование; в) определение белка в жидкости; г) определение гемоглобина; д) посев на чувствительность к антибиотикам. Выберите правильную комбинацию ответов:

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

Эталон ответа: 3.

Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-5

6. Мужчина 40 лет в алкогольном опьянении 4–5 часов проспал на улице. Через 2 дня у него повысилась температура, появились боли в грудной клетке. В последующем повышение температуры до 39°C. Через 2 недели внезапно при кашле отошло около 200 мл гноя с неприятным запахом. Ваш предварительный диагноз?

- 1) бронхоэктатическая болезнь
- 2) острый абсцесс легкого
- 3) плеврит
- 4) обострение хронического бронхита
- 5) рак легкого с развитием пневмонита

Эталон ответа: 2.

Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-5

7. У больного 55 лет около 2 месяцев назад клинически и при рентгенологическом исследовании была диагностирована крупозная пневмония. В связи с непереносимостью антибиотиков лечился в основном физиотерапевтическими процедурами. Через три недели возобновилась гипертермия с проливными потами, похуданием, болью в грудной клетке при глубоком дыхании. 2 дня назад появился приступ сильного кашля, отходило много мокроты с гноем и прожилками крови, после чего температурная реакция нормализовалась. Диагноз?

- 1) хроническая неспецифическая пневмония
- 2) абсцесс легкого
- 3) туберкулез легких
- 4) эмпиема плевры
- 5) бронхогенный рак легкого

Эталон ответа: 2.

Компетенции: УК-1, ПК-5

8. У больной с абсцессом правого легкого появились резкие боли в грудной клетке, одышка. Рентгенологически выявлено колабирование правого легкого, широкий горизонтальный уровень жидкости, резкое смещение тени средостения влево. Диагноз?

- 1) эмпиема плевры
- 2) бронхолегочная секвестрация
- 3) тромбоэмболия правой главной ветви легочной артерии
- 4) напряженный спонтанный пневмоторакс
- 5) пиопневмоторакс

Эталон ответа: 5.

Компетенции: УК-1, ПК-6

9. У больного с абсцессом легкого развилась клиническая картина пиопневмоторакса. Ваши действия в первые сутки с момента диагностики этого осложнения?

- 1) массивная антибиотикотерапия
- 2) лечебная бронхоскопия
- 3) дренирование плевральной полости с активной аспирацией и антибиотикотерапия
- 4) торакотомия и санация плевральной полости
- 5) резекция доли, несущей полость абсцесса

Эталон ответа: 3.

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-6, ПК-8

10. Какова должна быть лечебная тактика у больного с острым абсцессом легкого в стадии формирования, без прорыва в бронх?

- а) оперативное лечение – резекция легкого
- б) оперативное лечение – пневмотомия
- в) пункция плевральной полости
- г) оперативное лечение – торакопластика
- д) консервативные методы лечения, антибиотики, детоксикация

Эталон ответа: 5.

Компетенции: УК-1, ПК-9

11. Укажите три наиболее частых осложнения острого абсцесса легкого: а) эмпиема плевры; б) пиопневмоторакс; в) флегмона грудной клетки; г) амилоидоз; д) абсцесс головного мозга; е) легочное кровотечение. Выберите правильную комбинацию ответов:

- 1) а, б, е
- 2) а, б, г
- 3) б, в, д

- 4) в, г, е
- 5) б, д, е

Эталон ответа: 1.

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-6, ПК-8

12. У больного 70 лет с острым абсцессом легкого диаметром до 10 см, расположенным вблизи грудной стенки, имеются признаки тяжелой интоксикации. Какому методу лечения следует отдать предпочтение?

- 1) пункция и дренирование плевральной полости
- 2) торакотомия с тампонадой полости абсцесса
- 3) торакотомия с лобэктомией
- 4) пункционное дренирование абсцесса через грудную клетку под контролем УЗИ с промыванием полости антисептиками и антибиотиками
- 5) общая антибиотикотерапия

Эталон ответа: 4.

Компетенции: УК-1, ПК-6

13. Укажите наиболее часто применяемую операцию при хроническом абсцессе легкого, занимающем 1–2 сегмента:

1. сегментарная резекция легкого
2. дренирование полости абсцесса
3. пульмонэктомия
4. иссечение полости абсцесса
5. лобэктомия

Эталон ответа: 5.

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5

14. У больного 57 лет с жалобами на кашель с гнойной мокротой, перенесшего год назад тяжелую пневмонию, при рентгенографии обнаружено округлое образование в нижней доле легкого, содержащее жидкость и газ. Ваш предположительный диагноз?

1. кавернозный туберкулез
2. паразитарная киста легкого
3. бронхоэктатическая болезнь
4. рак легкого
5. хронический абсцесс легкого

Эталон ответа: 5.

Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-9

15. Бронхоэктазы развиваются вследствие: а) врожденных причин; б) хронической пневмонии; в) туберкулеза легких; г) нарушения проходимости бронхиального дерева; д) курения.

Выберите правильную комбинацию ответов: 1) а, в, д

1. б, г, д
2. а, б, г
3. а, в, г, д
4. в, г, д

Эталон ответа: 3.

Компетенции: УК-1, ПК-5

16. Больной 36 лет поступил в больницу с подозрением на бронхоэктатическую болезнь. Общее состояние удовлетворительное. Небольшой цианоз губ, эмфизематозно расширена грудная клетка, изменение пальцев рук по типу «барабанных палочек», коробочный оттенок перкуторного звука, рассеянные сухие хрипы. Для подтверждения диагноза какому методу отдадите предпочтение?

1. бронхоскопия

2. спирометрия
3. бронхография
4. томография
5. рентгеноскопия грудной клетки

Эталон ответа: 3.

Компетенции: УК-1, ПК-6

17. Для санации бронхиального дерева у больных с бронхоэктатической болезнью наиболее эффективен метод:

1. дыхательной гимнастики
2. внутримышечной антибиотикотерапии канамицином
3. лечебной бронхоскопии
4. ингаляции с тетрациклином
5. массажа грудной клетки

Эталон ответа: 3.

Компетенции: УК-1, ПК-6, ПК-9

18. У больной 55 лет в нижней доле правого легкого выражено проявление бронхоэктатической болезни со значительным количеством гнойной мокроты, иногда с кровотечением. Консервативная терапия не эффективна. Больная госпитализирована для оперативного лечения. Определите лечебную тактику:

1. удаление нижней доли
2. пульмонэктомия
3. лечебный пневмоторакс
4. отказаться от операции
5. удаление верхней доли

Эталон ответа: 1.

Компетенции: УК-1, ПК-5

19. Перечислите заболевания, с которыми следует дифференцировать периферические доброкачественные опухоли легких: а) периферический рак; б) туберкулома; в) киста; г) буллезная эмфизема; д) междолевой плеврит. Выберите правильную комбинацию ответов:

1. а, б, в
2. а, б, г
3. б, в, г
4. в, г, д
5. б, в, д

Эталон ответа: 1.

Компетенции: УК-1, ПК-2, ПК-5

20. При рентгенологическом исследовании грудной клетки у больного 32 лет, который обратился к врачу в связи с упорным кашлем, дисфагией, одышкой, обнаружено округлое затемнение, расположенное в области трахеи и несколько смещающее главный бронх. Два года назад уже была подобная клиническая картина, однако тогда она самостоятельно устранилась после кашля с обильным отхождением слизистой мокроты с прожилками крови. Ваш диагноз?

1. бронхоэктатическая болезнь
2. бронхогенный рак
3. бронхогенная киста
4. хронический медиастинит
5. эхинококкоз легкого

Эталон ответа: 3.

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5

21. Больная 42 лет предъявляет жалобы на приступообразный сухой кашель, периодическое кровохаркание. Больна в течение 8 лет. На томограммах в просвете правого главного бронха определяется округлая тень диаметром 1,2 см с четкими контурами. Ваш диагноз?

1. доброкачественная опухоль (аденома)
2. рак
3. бронхостеноз
4. дивертикул бронха
5. инородное тело

Эталон ответа: 1.

Компетенции: УК-1, ПК-6

22. У больного в нижней доле правого легкого обнаружена периферическая эхинококковая киста диаметром 4 см. Какая операция необходима?

1. пульмонэктомия
2. сегментэктомия
3. эхинококкотомия, наружное дренирование кисты
4. эхинококкотомия, обработка полости 5% р-ром формалина
5. лобэктомия

Эталон ответа: 5.

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9

23. Больной 57 лет поступил с жалобами на кашель со слизисто-гноющей мокротой, одышку, общую слабость, повышение температуры, кровохарканье. Из анамнеза: 10 лет болеет инфекционно-аллергической формой бронхиальной астмы, гормонозависимый, принимает гормоны по схеме. При рентгенологическом исследовании: патологических изменений в обоих легких не выявлено. При бронхоскопии: двусторонний эндобронхит 1У степени. Какой метод лечения больному рекомендовать ?

- а) интенсивную консервативную терапию
- б) гемостатическую терапию
- в) лечебную бронхоскопию
- г) эмболизацию бронхиальных артерий
- д) хирургическое лечение

Ответ: а, б, в

Компетенции: УК-1, ПК-6

24. Больной 50 лет получил ножевое ранение левой половины грудной клетки, состояние крайне тяжелое, сознание спутанное, кожные покровы бледные, покрыты холодным потом, АД - 60/40 мм рт. ст., пульс периферических сосудов определяется. Рана грудной клетки слева располагается в 3-м межреберье 1,5 см длиной по парастернальной линии, тоны сердца глухие, дыхание слева резко ослаблено. Подозревается ранение сердца. Какой метод лечения нужно рекомендовать больному ?

- а) пункция плевральной полости
- б) комплекс реанимационных мероприятий
- в) пункция перикарда
- г) переливание крови
- д) немедленная торакотомия

Ответ: б, д

Компетенции: УК-1, ПК-5

25. У больного 65 лет на рентгенограмме легких выявлена округлая периферическая тень. Что необходимо для верификации диагноза?

1. чрезкожная пункция легких с биопсией под контролем УЗИ
2. бронхография
3. томография
4. бронхоскопия с биопсией
5. динамическое наблюдение с контролем через два месяца

Эталон ответа: 1.

## СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

### Задача № 1.

Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9

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

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

1. Ваш диагноз, стадия заболевания?
2. В чем состоит тактическая ошибка в ведении больной?
3. План лечения больной?

#### Ответы

1. Рак молочной железы справа. Узловатая форма. T1N0M0
2. Сначала нужно было взять биопсию и оперировать с учётом полученных данных, предоперационное лучевая терапия, маммография
3. Полное обследование, предоперационная лучевая терапия всех молочной железы, а также подмышечных, над- и подключичных л/у. Мастэктомия. В п/о периоде облучение парастеральной области.

### Задача № 2.

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9

Больной Ш., 24 лет, поступил в клинику с жалобами на одышку, боли в правой половине грудной клетки, кашель с гнойной мокротой, количество которой доходило до 1 литра в сутки.

Заболел 6 месяцев назад, когда появилось общее недомогание, головная боль, боль в правой половине грудной клетки, температура повысилась до 39,2<sup>0</sup>С. Через 5 дней появился кашель с гнойной мокротой, в которой была примесь крови. До поступления получал антибиотикотерапию с переменным успехом.

При поступлении: общее состояние тяжелое, кожные покровы с желтоватым оттенком, лицо одутловатое, губы и видимые слизистые цианотичные, ногтевые фаланги по типу «барабанных палочек».

При осмотре: правая половина грудной клетки отстает при дыхании, пальпация правой половины грудной клетки болезненна, перкуторный звук на всей поверхности правой половины грудной клетки укорочен; дыхание ослабленное, жесткое, с большим количеством разнокалиберных сухих и влажных хрипов, число дыхательных движений – 40 в минуту.

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

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

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

## Ответы

1. Бронхоэктатическая болезнь III А (декомпенсация, с частичнообратимыми изменениями в органах).
2. Туберкулез, хронический абсцесс легкого.
3. Обязательный + рентген грудной клетки, томография, бронхография, бронхоскопия, посев мокроты и промывных вод бронхов, реакция Манту.
4. Хронический абсцесс правого легкого.
5. Дезинтоксикационная терапия, санация бронхиального дерева, антибиотикотерапия, коррекция водно-электролитных нарушений и белкового обмена, нарушений ДС и ССС, повышение иммунологической резистентности организма. Оксигенотерапия.
6. Наличие абсцесса. Методы: лоб-, билоб- или пульмонэктомия.

### Задача № 3.

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9

Больной М, 57 лет поступил в клинику с жалобами на кашель, с мокротой, иногда с прожилками крови, слабость, потливость, повышение температуры тела по вечерам до 37.5°C. В анамнезе: дважды в течение 3 месяцев больной госпитализировался в терапевтический стационар с диагнозом: правосторонняя пневмония. После курса антибиотикотерапии выписывался домой со значительным улучшением состояния. При осмотре: состояние средней тяжести. Правая половина грудной клетки отстает при дыхании, перкуторно справа отмечается притупление перкуторного звука, отсутствие голосового дрожания, ослабление дыхательных шумов. При рентгенологическом исследовании отмечается расширение тени корня правого легкого, ателектаз верхней доли правого легкого.

1. Предварительный диагноз?
2. Наиболее информативные диагностические методы для уточнения диагноза
3. Вы установили правильный диагноз. Какова Ваша тактика лечения
4. Какие методы профилактики данного заболевания Вы могли бы предложить?

**Ответ:**

1. Рак легкого.
2. Компьютерная томография легких, бронхоскопия с биопсией.
3. Хирургическое лечение с последующей химиотерапией.
4. Борьба с курением, поддержание чистоты воздуха, регулярные флюорографии, профилактические мероприятия с лицами, относящимися к группам риска, дыхательная гимнастика.

### Задача № 4.

Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9

Больная Г., 40 лет поступила с жалобами на боли в обеих молочных железах, возникающие за 2-3 дня перед менструацией, выделения из правой молочной железы. Боли в обеих молочных железах беспокоят в течение 5 лет. К врачам не обращалась. В течение последних 3 месяцев обратила внимание на выделения из правой молочной железы. При осмотре молочные железы развиты правильно. Кожа над ними не изменена. При пальпации отмечается диффузное уплотнение и болезненность обеих молочных желез. Узловых образований не выявлено. При надавливании из правого соска светлые прозрачные выделения зеленоватого цвета.

1. Предварительный диагноз
2. Дополнительные методы обследования
3. Консервативное лечение при доброкачественных поражениях молочных желез
4. Вы поставили правильный диагноз. Определите тактику лечения больной

**Эталон ответа:**

1. Диффузная фиброзно-кистозная мастопатия, внутрипротоковая папиллома правой молочной железы.
2. Маммография, цитологическое исследование отделяемого, дуктография.
3. Подавление фолликулостимулирующего гормона, подавление лютеинизирующего гормона, антипролактиновые препараты.
4. Консервативная терапия, пункция и аспирация крупных кист под контролем УЗИ.

### Задача № 5.

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9

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

1. Ваш диагноз?
2. Какие диагностические средства следует использовать для подтверждения диагноза и уточнения распространенности процесса?
3. Ваша тактика в лечении больной?

#### Ответы

1. Плоскоклеточный рак пищевода IV стадии.
2. РГ с барием (можно с пневмомедиастинумом), КТ, лимфодуктография, азиография, медиастиноскопия, радиоизотопное исследование с РГ.
3. Больной неоперабелен – наложение гастростомы, лучевое лечение, можно химиотерапию (малоэффективно).

### Раздел 4. «Болезни эндокринной системы» Выберите один или несколько правильных ответов

Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-9

1. Перед исследованием щитовидной железы с помощью радиоактивного изотопа йода-131 не должны применяться йодистый и тиреостатические препараты в течение:

- а) 10 дней
- б) 20 дней
- в) 30 дней
- г) 40 дней
- д) 50 дней

Эталон ответа: в.

Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-5

2. С помощью сканирования щитовидной железы можно определить: 1. Форму железы 2. Наличие "горячих" узлов 3. Наличие "холодных" узлов 4. Наличие гипертиреоза 5. Подвижность железы

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

Эталон ответа: д.

Компетенции: УК-1, ПК-5

3. Пункционную биопсию щитовидной железы целесообразно проводить при: 1. Дифференциальной диагностике различных заболеваний железы 2. Определении степени включения радиофарм-препарата в ткань железы 3. Определении характера патологического процесса 4.

Определение локализации и распространенности патологического процесса 5. Установление длительности заболевания

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

Эталон ответа: д.

Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-9

4. Возможные осложнения хирургического лечения тиреотоксикоза: 1. Тиреотоксический криз 2. Парез голосовых связок 3. Послеоперационный тиреотоксикоз 4. Кровотечение 5. Ухудшение слуха и зрения

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

Эталон ответа: д.

Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-6

5. При развитии тяжелого послеоперационного тиреотоксического криза наблюдается: 1. Психическое возбуждение 2. Беспокойство 3. Повышение температуры тела и учащение пульса 4. Появление холодного пота 5. Нарастание экзофтальма

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

Эталон ответа: д.

Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-6

6. При развитии тяжелого послеоперационного тиреотоксического криза необходимо применить: 1. Кортикостероиды 2. Сердечные средства 3. Жаропонижающие 4. Внутривенное введение глюкозо-новокаиновой смеси 5. Антикоагулянты

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

Эталон ответа: д.

Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-9

7. Возможные осложнения оперативного лечения диффузного токсического зоба: 1. Ранение ветвей возвратного нерва 2. Кровотечение во время операции и в ближайшие часы после неё 3. Гипопаратиреоз 4. Ларингоспазм 5. Ранение трахеи

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

Эталон ответа: д.

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-5

8. При острой паратиреоидной тетании приступы судорог могут развиваться в ближайшие:
- а) 2 ч
  - б) 4 ч
  - в) 6 ч
  - г) 8 ч
  - д) 12 ч
- Эталон ответа: в.

Компетенции: УК-1

9. Кровотечение в послеоперационном периоде у больных тиреотоксикозом встречается:
- а) У 1% больных
  - б) У 3-5% больных
  - в) У 6-8% больных
  - г) У 9-10% больных
  - д) Более чем у 10 % больных
- Эталон ответа: а.

Компетенции: УК-1, ПК-8, ПК-9

10. Противопоказаниями к лечению тиреотоксикоза радиоактивным изотопом I-131 являются: 1. Беременность и период лактации 2. Лейкопения 3. Токсический зоб, локализующийся в загрудинном пространстве и позади пищевода 4. Узловые и смешанные формы токсического зоба 5. Пожилой возраст
- а) Верно 1,2,3,5
  - б) Верно 1,2,3,4,5
  - в) Верно 1,2,4,5
  - г) Верно 2,3,4,5
  - д) Верно 1,2,3,4
- Эталон ответа: д.

Компетенции: УК-1, ПК-6, ПК-8, ПК-9

11. Показаниями к применению I-131 в лечебных целях являются: 1. Отказ больных от операции 2. Наличие декомпенсации сердца у больных с токсическим зобом 3. Рецидив тиреотоксикоза после субтотальной резекции щитовидной железы 4. Отсутствие эффекта консервативного лечения больных с тяжелым и средней тяжести диффузным токсическим зобом 5. Аллергия к тиреоидину
- а) Верно 1,2,3,4,5
  - б) Верно 1,2,3,5
  - в) Верно 1,3,4,5
  - г) Верно 2,3,4,5
  - д) Верно 1,2,3,4
- Эталон ответа: д.

Компетенции: УК-1

12. Нормальным количеством околощитовидных желез у человека принято считать:
- а) 1 пару
  - б) 2 пары
  - в) 3 пары
  - г) 4 пары
  - д) 5 пар
- Эталон ответа: б.

Компетенции: УК-1, ПК-5

13. Типичными местами расположения околощитовидных желез являются:
- а) Передняя поверхность верхних полюсов обеих долей

- б) Передняя поверхность средних отделов обеих долей
  - в) Передняя поверхность нижних полюсов обеих долей
  - г) Задняя поверхность верхних и нижних полюсов обеих долей
  - д) Загрудинное пространство
- Эталон ответа: г.

Компетенции: УК-1, ПК-5

14. Нормальный размер околощитовидной железы:

- а) 2х1х0,5 мм
- б) 3х2х1,5 мм
- в) 4х2,5х2 мм
- г) 6х3х1,5 мм
- д) 7,5х5х3 мм

Эталон ответа: г.

Компетенции: УК-1, ПК-5

15. Форма нормальной околощитовидной железы:

- а) Серповидная
- б) Шарообразная
- в) Цилиндрическая
- г) Конусообразная
- д) Дискообразная

Эталон ответа: д.

Компетенции: УК-1, ПК-5

16. Окраска нормальной околощитовидной железы:

- а) Коричневая
- б) Оранжевая
- в) Желтая
- г) Серая
- д) Вишневая

Эталон ответа: в.

Компетенции: УК-1, ПК-5

17. Гиперкальциемией принято считать уровень кальция в крови, превышающий:

- а) 11 мг%
- б) 12 мг%
- в) 13 мг%
- г) 14 мг%
- д) 15 мг%

Эталон ответа: а.

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-6, ПК-8

18. При развитии гиперкальциемического криза следует применить: 1. Серноокислую магнезию 2. 5% раствор глюкозы 3. Сердечные средства 4. Кислород 5. Паратгормон

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

Эталон ответа: д.

Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-6

19. Гиперкальциемия может проявляться: 1. Неприятной тянущей мышечной болью локального или диффузного характера 2. Болью в костях и суставах, чаще мигрирующего характера 3. Жаждой и тошнотой 4. Головной болью, головокружением и сердцебиением 5. Зевотой и икотой

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

Эталон ответа: д.

Компетенции: УК-1

20. Максимум действия парагормона после введения его в организм наступает через:

- а) 20 мин.
- б) 30 мин.
- в) 40 мин.
- г) 50 мин.
- д) 60 мин.

Эталон ответа: д.

Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-9

21. К наиболее ранним симптомам гиперпаратиреоза относятся: 1. Общая слабость 2. Быстрая утомляемость 3. Снижение нервномышечной возбудимости и развитие гипотонии в отдельных группах мышц 4. Боль в стопах 5. Переломы костей

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

Эталон ответа: д.

Компетенции: УК-1

22. Частота сочетания гиперпаратиреоза с панкреатитом составляет:

- а) Менее 3%
- б) 3-5%
- в) 6-10%
- г) 11-15%
- д) Свыше 15%

Эталон ответа: а.

Компетенции: УК-1

23. Частота рака аденомы околощитовидной железы составляет:

- а) 2%
- б) 6%
- в) 10%
- г) 12%
- д) 15%

Эталон ответа: а.

Компетенции: УК-1, ПК-1

24. Гиперпаратиреоз является причиной развития мочекаменной болезни приблизительно:

- а) У 2-6% больных
- б) У 8-10% больных
- в) У 10-15% больных

- г) У 20% больных
  - д) Более чем у 20 % больных
- Эталон ответа: в.

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-5, ПК-6

25. Для гиперкальциемического криза характерны: 1. Неукротимая рвота 2. Постоянная тошнота 3. Частая икота 4. Тахикардия 5. Сердцебиение

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

Эталон ответа: в.

## СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

### Задача № 1.

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6

У больной на 2-е сутки после тиреоидэктомии по поводу многоузлового зоба появились парестезии в области кончиков пальцев рук, ощущение «мурашек». Позднее диагностирован симптом «руки акушера», боли и судороги в мышцах.

1. Какое осложнение послеоперационного периода можно предположить
2. Какое исследование наиболее информативно для уточнения характера осложнения
3. Вы поставили правильный диагноз. Ваша тактика
4. Укажите основную причину первичного гиперпаратиреоза

Эталон ответа:

1. Гипопаратиреоз
2. Определение уровня ионизированного кальция и паратгормона крови
3. Введение препаратов кальция и витамина D3
4. Аденома паращитовидной железы

### Задача № 2

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9

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

1. Какой Вы поставите диагноз?
2. Как можно его подтвердить?
3. Как лечить больную?

Эталон ответа:

1. Имеются все основания заподозрить у больной малигнизацию зоба.
2. Подтвердить диагноз рака щитовидной железы помогут исследования крови, УЗИ и данные радиоактивного сканирования щитовидной железы, пункционная биопсия.
3. Больной показана операция – струмэктомия с удалением регионарных лимфатических узлов и последующей лучевой терапией, лечением препаратами щитовидной железы.

### Задача № 3.

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6

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

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

1. Что представляет собой это образование и чем оно может оказаться?
2. Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения диагноза?
3. Ваш диагноз и тактика в лечении больной?

**Эталон ответа:**

1. Надо прежде всего думать о наличии аберрантного тиреотоксического зоба.
2. Помочь постановке диагноза может исследование функции щитовидной железы с радиоактивным йодом и сканирование железы. Исключить эхинококковую кисту средостения помогут данные анамнеза (контакт с животными), анализ крови (эозинофилия), проба с эхинококковым антигеном (реакция латекс-агглютинации). Округлое образование может оказаться и опухолью и дермоидной кистой средостения.
3. В любом случае больная подлежит оперативному лечению.

**Задача № 4.**

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9

Больная 25 лет обратилась на прием с жалобами на раздражительность, плаксивость, быструю утомляемость, головную боль, чувство спазма в области гортани. Работает и учится, мало отдыхает, спит до 6 часов в сутки.

Объективно: Пониженного питания, глаза блестят, легкое дрожание пальцев кистей. Шея обычная, щитовидная железа заметна только при глотании. При пальпации отчетливо определяются только боковые доли, последние равномерно мягкие, аускультативно над ними ничего не выслушивается. Пульс 100 в минуту, с единичными экстрасистолами. Артериальное давление 150/60. При аускультации сердца систолический шум. При пальпации живота без особенностей.

1. Ваш диагноз?
2. Этиология и патогенез данного заболевания?
3. Какие дополнительные лабораторные и инструментальные методы исследования необходимо выполнить?
4. Какую клиническую классификацию следует применить для постановки диагноза?
5. Какие осложнения могут развиваться у больной?
6. Какова должна быть лечебная тактика? Показания к оперативному лечению при данной патологии?
7. Принципы оценки трудоспособности при данном заболевании?

**Эталон ответа:**

1. Диффузный токсический зоб. Тиреотоксикоз.
2. Диффузный токсический зоб (базедова болезнь, болезнь Грейвса) – заболевание, обусловленное повышением продукции тиреоидных гормонов и характеризующееся диффузным увеличением щитовидной железы разной степени. Диффузный токсический зоб рассматривают как аутоиммунное заболевание, при котором анормальный IgG (тиреоид-стимулирующий Ig) связывается с рецепторами ТТГ на фолликулярных клетках щитовидной железы, что приводит к диффузному увеличению железы и стимуляции выработки тиреоидных гормонов.
2. УЗИ. Определение уровня тиреотропного (ТТГ) и тиреоидных гормонов (тироксин – Т4 и трийодтиронин – Т3), белково-связанного йода. При подозрении на токсическую аденому – радиоизотопное сканирование
3. Тиреотоксикоз: легкий, средней и тяжелый. Стадии: нейровегетативная стадия; нейроэндокринная стадия; висцеропатическая стадия; кахектическая.
4. Аритмия, эндокринная офтальмопатия, сердечно-сосудистая недостаточность, необратимые склеротические изменения внутренних органов и др.
5. Консервативно лечится тиреотоксикоз легкой и средней тяжести.
6. Оперативному лечению подлежит тяжелый тиреотоксикоз и рецидив тиреотоксикоза после медикаментозного лечения
7. Если операция выполнялась по поводу токсического зоба, в послеоперационном периоде эти больные должны находиться на больничном листке по временной нетрудоспособности

до 4 месяцев. Больным, у которых в послеоперационном периоде длительное время сохраняются остаточные явления тиреотоксикоза, противопоказан тяжелый физический труд и работа в условиях повышенной температуры. Если в течение шести месяцев остаточные явления тиреотоксикоза не проходят и у больных не восстанавливается трудоспособность, то их направляют на МСЭК для решения вопроса о нетрудоспособности.

#### **Задача № 5.**

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6

У пациентки 28 лет во время беременности в сроке 28 -30 недель появились эпизоды подъема АД до 200 мм рт ст с приступами головной боли, возбуждения, тахикардией, ознобами без подъема температуры тела. При УЗИ обнаружено увеличение правого полюса левой почки.

1. Каков предположительный диагноз?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести?
3. Предпочтительный способ лечения?

**Эталон ответа:**

1. Феохромоцитома.
2. Необходимо определение уровня адреналина и норадреналина в крови.
3. Лапароскопическая адреналэктомия.

### **Раздел 5. «Хирургическая инфекция»**

*Выберите один или несколько правильных ответов*

Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-5

1. Фурункул, как правило, вызывается:
  - а) Стрептококком
  - б) Стафилококком
  - в) Гонококком
  - г) Синегнойной палочкой
  - д) Протеом

Эталон ответа: б.

Компетенции: УК-1, ПК-6, ПК-8

2. Лечение фурункула включает:
  1. Протирание окружающей кожи 70° спиртом
  2. Выдавливание и повязки с гипертоническим раствором поваренной соли при наличии некроза
  3. Обкладывание пеницилином с новокаином вокруг воспалительного инфильтрата
  4. Прием сульфаниламидных препаратов внутрь
  5. Ультрафиолетовое облучение
  - а) Верно 1,2,3,4
  - б) Верно 1,3,4,5
  - в) Верно 1,2,3,4,5
  - г) Верно 2,3,4,5
  - д) Верно 1,2,4,5

Эталон ответа: б.

Компетенции: УК-1, ПК-6, ПК-8

3. При карбункуле шеи показано:
  1. Согревающий компресс с мазью Вишневского
  2. Антибиотики внутримышечно
  3. Сульфаниламидные препараты внутрь
  4. Витаминотерапия
  5. Ультрафиолетовое облучение
  - а) Верно 2,3,4,5
  - б) Верно 1,2,3,4
  - в) Верно 1,3,4,5
  - г) Верно 1,2,3,4,5
  - д) Верно 1,2,4,5

Эталон ответа: а.

Компетенции: УК-1, ПК-5

4. Возбудителем гидраденита чаще всего является:
- а) Стрептококк
  - б) Протей
  - в) Стафилококк
  - г) Синегнойная палочка
  - д) Кишечная палочка

Эталон ответа: в.

Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-6

5. Для флегмоны характерно: 1. Общее недомогание 2. Повышение температуры тела 3. Локальная болезненность 4. Локальная гиперемия кожи 5. Полость с гноем, окруженная капсулой
- а) Верно 1,2,3,4,5
  - б) Верно 1,3,4,5
  - в) Верно 2,3,4,5
  - г) Верно 1,2,4,5
  - д) Верно 1,2,3,4

Эталон ответа: д.

Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-5

6. В этиологии парапроктита характерно проникновение инфекции в параректальную клетчатку через:
- 1. Трещины заднего прохода
  - 2. Воспаленные геморроидальные узлы
  - 3. Бытовым путем
  - 4. Поврежденную слизистую оболочку прямой кишки
  - 5. Расчесы области заднего прохода
- а) Верно 1,2,3,4
  - б) Верно 1,3,4,5
  - в) Верно 1,2,4,5
  - г) Верно 1,2,3,5
  - д) Верно 1,2,3,4,5

Эталон ответа: в.

Компетенции: УК-1, ПК-5

7. Наиболее тяжелые формы гнойного артрита вызываются:
- а) Стафилококком
  - б) Пневмококком
  - в) Протеем
  - г) Синегнойной палочкой
  - д) Гемолитическим стрептококком

Эталон ответа: д.

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-6, ПК-8, ПК-9

8. При фурункуле лица с высокой температурой применяется:
- 1. Строгий постельный режим
  - 2. Широкое раскрытие гнойного очага
  - 3. Пища в жидком состоянии
  - 4. Инфузионная дезинтоксикационная терапия
- а) Верно 1,2
  - б) Верно 1,4
  - в) Верно 2,3
  - г) Верно 2,4
  - д) Верно 1,3

Эталон ответа: д.

Компетенции: УК-1, ПК-5

9. Возбудителем рожи является:
- а) Золотистый стафилококк
  - б) Стрептококк
  - в) Кишечная палочка
  - г) Ассоциация микроорганизмов
  - д) Синегнойная палочка

Эталон ответа: б.

Компетенции: УК-1

10. К осложнениям оперативного лечения гнойного паротита относится:
- а) Свищ
  - б) Флегмона шеи
  - в) Остеомиелит нижней челюсти
  - г) Парез ветвей лицевого нерва
  - д) Парез ветвей тройничного нерва

Эталон ответа: г.

Компетенции: УК-1

11. Наиболее опасные осложнения флегмоны шеи: 1. Гнойный медиастинит 2. Гнойный менингит 3. Сдавнение дыхательных путей 4. Прорыв гноя в пищевод 5. Сепсис
- а) Верно 1,2,3,4
  - б) Верно 2,3,4,5
  - в) Верно 1,2,4,5
  - г) Верно 1,2,3,4,5
  - д) Верно 1,3,4,5

Эталон ответа: в.

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-6

12. После установления диагноза острого гнойного медиастинита в первую очередь необходимы:
- а) Массивная антибиотикотерапия
  - б) Иммунотерапия
  - в) Дезинтоксикационная терапия
  - г) Хирургическое лечение
  - д) Гемотрансфузия

Эталон ответа: г.

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-2

13. При рецидивирующей роже нижних конечностей наиболее частым осложнением бывает:
- а) Остеомиелит
  - б) Тромбофлебит
  - в) Периостит
  - г) Лимфостаз
  - д) Сепсис

Эталон ответа: г.

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-6

14. При гнилостном парапроктите целесообразно применение:
- а) Клафорана
  - б) Гентамицина
  - в) Вибрамицина
  - г) Метроджила и клиндамицина

д) Любого из перечисленных антибиотиков

Эталон ответа: г.

Компетенции: УК-1, ПК-9

15. Основной опасностью фурункула лица является:

- а) Нарушение дыхания за счет отека
- б) Выраженная интоксикация
- в) Угроза развития осложнений со стороны органов зрения
- г) Развитие восходящего лицевого тромбоза
- д) Образование некрозов кожи с последующим грубым рубцеванием

Эталон ответа: г.

Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-9

16. Факторами риска, способствующими появлению госпитальной инфекции в дооперационном периоде являются: 1. Сахарный диабет 2. Предшествующие инфекционные заболевания 3. Ожирение 4. Авитаминоз

- а) Верно 1,3
- б) Верно 1,4
- в) Верно 2,3
- г) Верно 3,4
- д) Верно 1,2

Эталон ответа: д.

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-6

17. Операцию артротомии при гнойном артрите производят:

- а) При обширном разрушении суставных концов костей
- б) При многократных повторных пункциях сустава, не дающих эффекта
- в) При наличии гноя в полости сустава
- г) При разрушении связочного аппарата сустава
- д) При резко выраженном болевом синдроме

Эталон ответа: б.

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-5, ПК-6

18. К характерным местным симптомам туберкулеза суставов относятся: 1. Боль 2. Нарушение функции сустава 3. Деформация сустава 4. Выраженная гиперемия кожи 5. Прогрессирующая мышечная атрофия конечностей

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

Эталон ответа: г.

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-5, ПК-6

19. Ярко выраженная картина столбняка обычно протекает со следующими симптомами:

1. Распространенные судороги мышц туловища и конечностей 2. Повышение температуры тела до 42 С 3. Отсутствие сознания 4. Резко выраженная тахикардия 5. Задержка мочеиспускания

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

Эталон ответа: в.

Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-2

20. Профилактическое введение противостолбнячной сыворотки необходимо при: 1. Ушибленной ране головы 2. Термическом ожоге бедра 2-й степени 3. Остром гангренозном аппендиците 4. Открытом переломе плеча 5. Закрытом переломе голени

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

Эталон ответа: д.

Компетенции: УК-1, ПК-6

21. При лечении столбняка применяется: 1. Противостолбнячная сыворотка 2. Столбнячный анатоксин 3. Мышечные релаксанты 4. Хлоралгидрат 5. Нейролептики

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

Эталон ответа: в.

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-6, ПК-8

22. В ранней стадии гематогенного остеомиелита показаны: 1. Экстренная операция 2. Введение антибиотиков 3. Переливание крови 4. Введение витаминов 5. Создание функционального покоя пораженной области

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

Эталон ответа: а.

Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-9

23. К предрасполагающим факторам развития гематогенного остеомиелита относятся:

- а) Травма кости
- б) Общее или местное охлаждение
- в) Перенесенные инфекции
- г) Наличие гнойно-воспалительного процесса
- д) Авитаминоз

Эталон ответа: г.

Компетенции: УК-1, ПК-5

24. Наиболее часто при остром гематогенном остеомиелите поражается: 1. Нижний метафиз бедра 2. Верхний метафиз бедра 3. Нижний метафиз голени 4. Верхний метафиз голени

- а) Верно 1,2
- б) Верно 1,3
- в) Верно 2,3
- г) Верно 3,4
- д) Верно 1,4

Эталон ответа: г.

Компетенции: УК-1, ПК-5

25. При септикопиемическом осложнении острого гематогенного остеомиелита гнойные очаги чаще локализуются:

- а) В печени
- б) В легких
- в) В селезенке
- г) В головном мозге
- д) В сердце

Эталон ответа: г.

## **СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ**

### **Задача № 1.**

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9

Больной П., 62 лет, находится в хирургическом отделении по поводу острого гангренозного аппендицита. Операция 5 суток назад. Сегодня появились боли в области послеоперационной раны, озноб, температура тела поднялась до 38,5°C.

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

Лабораторные данные: Лейкоцитоз -  $32 \cdot 10^9/\text{л}$ , п/я – 18 %, с/я – 43 %, СОЭ – 32 мм/час, определяется анизо- и - пойкилоцитоз.

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

#### **Эталон ответа:**

1. Гангренозный аппендицит, аппендэктомия, нагноение п/о раны.
2. Нагноение п/о раны
3. Лейкоцитоз со сдвигом влево, повышенное СОЭ, лихорадка
4. Снять швы, вести как гнойную рану
5. Антибиотики в/м, промывание растворами АС, водорастворимые мази (левомеколь, диоксиколь), повязки с АС
6. В гнойную хирургию
7. Активная, пассивная, проточно-промывная дренирование
8. Асептика: организационные мероприятия (планирование хирургического отделения, разделение потоков больных), обязательное ношение масок, кварцевание, проветривание, влажная уборка, стерилизация хирургического инструментария, шовного материала, имплантантов, обработка хирургического поля, рук хирурга.

### **Задача № 2**

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-6, ПК-8

Больной Г., 51 года, находится в стационаре 30 суток. Поступил с диагнозом закрытая травма живота, внутрибрюшное кровотечение. При выполненной экстренной лапаротомии выявлен разрыв селезенки, которая удалена. Брюшная полость ушита наглухо, без дренажа. Через 14 суток после лапаротомии появилась температура до 37,5 градусов. Рана без нагноения. Больной стал отмечать боли в левом подреберье, озноб, головные боли, тахикардию, повышение температуры тела до 39-40 градусов. При УЗИ правого подреберья выявлен абсцесс, который вскрыт и дренирован. В анализах крови появилась анемия, лейкоцитоз, палочко-ядерный сдвиг влево, высокое СОЭ, снижение количества лимфоцитов. Отмечено появление геморрагической сыпи на коже. Был эпизод желудочного кровотечения из эрозий слизистой желудка.

1. Хирургические методы лечения сепсиса?
2. Консервативное лечение сепсиса?

**Эталон ответа:**

1. Задачей хирургического лечения сепсиса является ликвидация гнойного очага, дренирование и санация растворами антисептиков.
2. Консервативные мероприятия по лечению сепсиса состоят в направленной антибактериальной терапии и: дезинтоксикационной и симптоматической терапии, иммунокоррекции. Возможно подключение экстракорпоральных методов лечения.

**Задача № 3**

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-5, ПК-6

Больная С., 25 лет, поступила с жалобами на наличие опухолевидного образования в левой молочной железе, боль и покраснение кожи в области образования, повышение температуры тела до 38 гр. С. Из анамнеза известно, что больная в течении 6 месяцев после родов кормит ребенка грудью. За последнюю неделю появились вышеперечисленные жалобы. При осмотре в верхне-наружном квадранте левой молочной железы имеется гиперемия и кожи. При пальпации над этой областью определяется опухолевидное образование диаметром 6-7 см, плотно-эластической консистенции, с нечеткими контурами, резко болезненное при пальпации. Из сосков отделяемое белого цвета без запаха.

1. Предварительный диагноз
2. Наиболее частый возбудитель мастита
3. Какие методы обследования необходимы для уточнения диагноза
4. Какова тактика лечения больной.

**Эталон ответа:**

1. Острый мастит
2. Стафилококк
3. Пункция образования под контролем УЗИ.
4. Антибактериальная терапия, вскрытие и дренирование мастита, подавление лактации.

**Задача № 4.**

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-5, ПК-6

На прием в поликлинику обратилась пациентка 19 лет с жалобами на наличие в надлобковой области болезненного инфильтрата. Состояние удовлетворительное. Не лихорадит. Больна пять дней, беспричинно. При осмотре по верхней границе роста волос обнаружен инфильтрат под гиперемированной кожей диаметром около 3 см с «головкой» желтого цвета и размягчением в центре. Пальпация болезненна, инфильтрат подвижен относительно подлежащих тканей.

1. Ваш диагноз?
2. Что делать?

**Эталон ответа:**

1. Наличие подвижного инфильтрата с «головкой» указывает на наличие фурункула, сроки заболевания и наличие размягчения в центре говорят о наличии абсцедирования. Таким образом, у больной - абсцедирующий фурункул надлобковой области.
2. Показано хирургическое лечение – вскрытие гнойника.

**Задача № 5.**

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9

На прием в поликлинику обратилась пациентка 61 года страдающая сахарным диабетом в течение 5 лет. Принимала таблетированные сахароснижающие препараты. Два дня назад в быту получила незначительную ссадину левой голени. На следующий день вокруг ссадины появилась гиперемия, отек. Отметила резкое ухудшение состояния, резкую боль, лихорадку. При осмотре состояние средней тяжести, ближе к тяжелому, температура тела 39,1°C. ЧСС

92 в мин. АД 130/90. ЧДД 22 в мин. На левой голени в средней и нижней трети циркулярная гиперемия с довольно четким контуром в верхней трети голени, выраженный отек. В нижней трети голени по передней поверхности имеется ссадина 5x0,2 см под струпом. Рядом с ней имеются несколько пузырей диаметром 1,5-3 см с тонкой прозрачной оболочкой, через которую просвечивает желтое содержимое. Гиперемия в этой области с синюшным оттенком. Пальпация всей области гиперемии сопровождается выраженной болезненностью, в области ссадины определяется симптом флюктуации.

1. Ваш диагноз?
2. Что делать?

**Эталон ответа:**

1. Формулировка предварительного диагноза: «Сахарный диабет, 2 тип, тяжелое течение. Ссадина левой голени. Рожистое воспаление левой голени, эритематозно-буллезная форма. Подкожная флегмона левой голени».
2. Необходима экстренная госпитализация больной в отделение гнойной хирургии, вскрытие флегмоны, обработка пузырей, назначение антибактериальной, антиагрегантной и десенсибилизирующей терапии. Кроме того, необходим мониторинг уровня гликемии и других показателей углеводного обмена. Целесообразен переход на дробное введение короткого инсулина. Показана экстренная профилактика столбняка.

**Оценочные средства для промежуточной аттестации  
по дисциплине «Хирургия (подготовка в стационаре)»**

**Изучение данной дисциплины направлено на формирование у обучающихся следующих универсальных (УК) и профессиональных (ПК) компетенций:**

**Универсальные компетенции:**

готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);

готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);

**Профессиональные (ПК) компетенции:**

**профилактическая деятельность:**

готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);

готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2);

**диагностическая деятельность:**

готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);

**лечебная деятельность:**

готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи (ПК-6)

**реабилитационная деятельность:**

готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8);

**психолого-педагогическая деятельность:**

готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9).

**Цель промежуточной аттестации - формирование компетенций в процессе освоения дисциплины**

**Этапы формирования компетенций в процессе освоения дисциплины**

<b>Курс обучения</b>	<b>КОМПЕТЕНЦИИ</b>	<b>Наименование раздела дисциплины</b>	<b>Содержание раздела:</b>
1	УК-1,УК-2, ПК-1,ПК-2, ПК-5,ПК-6, ПК-8, ПК-9	Раздел 1 «Хирургия органов брюшной полости»:	Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Гастродуоденальные кровотечения неязвенной этиологии. Полипы желудка. Рак желудка. Неэпителиальные опухоли желудка. Дивертикулы 12-перстной и тонкой кишок. Злокачественные опухоли 12-перстной кишки (рак, саркомы, злокачественные лимфомы и др.). Доброкачественные опухоли 12-перстной кишки. Новообразования тонкой кишки. Острая кишечная непроходимость. Острый аппендицит. Хронический аппендицит. Опухоли и кисты брыжейки ободочной кишки. Опухоли ободочной кишки. Наружные кишечные свищи. Мезоаденит. Доброкачественные и злокачественные

			<p>опухоли печени. Непаразитарные кисты печени. Паразитарные заболевания печени. Абсцессы печени. Циррозы печени и портальная гипертензия. Желчнокаменная болезнь. Механическая желтуха. Острый холецистит. Хронический калькулезный холецистит. Рак желчного пузыря и желчных протоков. Рак большого дуоденального сосочка. Реконструктивно-восстановительная хирургия желчных протоков. Хирургические заболевания селезенки. Острый панкреатит. Хронический панкреатит. Опухоли поджелудочной железы. Кисты поджелудочной железы. Псевдокисты поджелудочной железы. Грыжи. Диафрагмальные грыжи. Грыжи пищевода отверстия. Паховые грыжи. Травматические грыжи. Послеоперационные грыжи. Бедренные грыжи. Пупочная грыжа. Грыжа белой линии живота. Редкие формы грыж. Инородные тела желудочно-кишечного тракта. Травма живота. Травмы полых органов. Изолированные ранения органов брюшной полости.</p>
1	УК-1,УК-2, ПК-1,ПК-2, ПК-5,ПК-6, ПК-8, ПК-9	Раздел 2 «Заболевания сосудов»	<p>Заболевания венозной системы. Основные тромботические и воспалительные поражения системы нижней полой вены. Флебит, тромбфлебит. Посттромбофлебитический синдром. Острый тромбоз системы верхней полой вены. Заболевания артериальной системы. Облитерирующий тромбангиит. Облитерирующий атеросклероз. Артериовенозные аневризмы. Эмболия и острые тромбозы артерий конечностей. Тромбоэмболия легочной артерии. Повреждения кровеносных сосудов. Заболевания лимфатической системы конечностей. Лимфедема. Лимфангоит. Лимфаденит.</p>
1	УК-1,УК-2, ПК-1,ПК-2, ПК-5,ПК-6, ПК-8, ПК-9	Раздел 3 «Торакальная хирургия»	<p>Абсцесс и гангрена легкого. Бронхоэктатическая болезнь. Спонтанный пневмоторакс. Легочное кровотечение. Бронхиальные свищи. Плевриты. Острый пиопневмоторакс. Доброкачественные опухоли легких. Злокачественные опухоли легких. Медиастенит. Доброкачественные и злокачественные опухоли средостения. Заболевания пищевода. Грыжи пищевода отверстия диафрагмы. Травма пищевода. Химические ожоги пищевода. Злокачественные опухоли пищевода и кардии. Доброкачественные опухоли пищевода. Дивертикулы пищевода. Травма грудной клетки. Ранения и разрывы легких. Повреждения сердца при проникающем ранении. Закрытые повреждения грудной клетки. Доброкачественные опухоли молочной железы. Злокачественные опухоли молочной железы.</p>
1	УК-1,УК-2, ПК-1,ПК-2, ПК-5,ПК-6,	Раздел 4 «Болезни эндокринной си-	<p>Тиреотоксикоз. Эндемический зоб. Узловой зоб. Хронические тиреоидиты. Рак щитовидной железы. Предраковые заболевания. Гиперпаратир-</p>

	ПК-8, ПК-9	стемы»	реоз. Инсулома. Ульцерогенная аденома. Клиника синдрома Золлингера–Эллисона. Опухоль мозгового слоя надпочечника. Опухоли коркового слоя надпочечников. Аддисонова болезнь.
<b>1</b>	УК-1,УК-2, ПК-1,ПК-2, ПК-5,ПК-6, ПК-8, ПК-9	Раздел 5 «Хирургическая инфекция»	Учение о ранах. Рожистое воспаление. Флегмона. Фурункул. Фурункулез. Карбункул. Абсцесс. Панариций. Флегмона кисти. Остеомиелиты. Маститы. Трофические язвы. Гнойные свищи. Пролежни. Гангрена. Хирургический сепсис. Клостридиальная инфекция. Столбняк. Анаэробная неклостридиальная инфекция. Гнойная хирургическая инфекция у больных с сахарным диабетом. Перитонит и остаточные гнойники брюшной полости.

### Уровни сформированности компетенций у обучающихся

№ п/п	Номер/индекс компетенции	Содержание компетенции (или ее части)	В результате изучения дисциплины обучающиеся должны:			
			Знать	Уметь	Владеть	Оценочные средства
1	УК-1	готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	сущность метода системного анализа, системного синтеза, понятие «абстракция», ее типы и значение	выделять и систематизировать существенные свойства и связи предметов, отделять их от частных свойств; анализировать и систематизировать любую поступающую информацию; выявлять основные закономерности изучаемых объектов.	навыками сбора, обработки информации по профессиональным проблемам; навыками выбора методов и средств решения профессиональных задач; методикой решения профессиональных задач.	Собеседование. Тестовые задания. Ситуационные задачи.
2	УК-2	готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	Принципы толерантного восприятия социальных, этнических, конфессиональных и культурных различий, встречающихся среди членов коллектива и при взаимодействии раз-	Управлять коллективом сотрудников; уважительно принимать особенности и других культур, способов самовыражения и проявления человеческой индивидуальности в различных со-	Методологией - управления коллективом на основе этических и деонтологических норм; - социального взаимодействия с людьми разных возрастных, социальных,	Собеседование. Тестовые задания. Ситуационные задачи

			личных типов коллективов (медицинского персонала, партнеров и пациентов); этические и деонтологические нормы общения, психологические и социологические закономерности и принципы межличностного взаимодействия; принципы управления коллективом, проблемы взаимоотношения руководитель - подчиненный в медицинском коллективе.	циальных группах; сотрудничать с людьми, различающимися по полу, возрасту, языку, убеждениям, обычаям, верованиям; строить межличностные отношения и работать в команде; организовывать внутригрупповое взаимодействие с учетом социально-культурных особенностей, этнических и конфессиональных различий отдельных членов группы.	этнических и конфессиональных групп.	
3	ПК-1	готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных	формы и методы санитарно-просветительной работы по формированию элементов здорового образа жизни; основы здорового образа жизни, методы его формирования; причины и факторы риска возникновения заболеваний хирургического профиля, принципы и особенности их профилактики.	производить санитарно-просветительную работу по формированию здорового образа жизни, профилактике заболеваний хирургического профиля; определять медицинские показания для направления к врачу-специалисту; разработать и реализовывать программы формирования здорового образа жизни.	навыками осуществления санитарно-просветительской работы с населением, направленной на пропаганду здорового образа жизни и профилактику заболеваний хирургического профиля; методами борьбы с вредными привычками.	Собеседование. Тестовые задания. Ситуационные задачи.

		на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания				
4	ПК-2	готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными	нормативные правовые акты, регламентирующие порядки проведения медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения пациентов; принципы диспансерного наблюдения за пациентами; порядок организации медицинских осмотров и диспансеризации, порядок диспансерного наблюдения пациентов с хроническими заболеваниями; принципы и особенности оздоровительных мероприятий среди пациентов с хроническими заболеваниями.	проводить медицинские осмотры с учетом возраста, состояния здоровья, профессии в соответствии с нормативными правовыми актами; проводить диспансеризацию населения с целью раннего выявления хронических заболеваний, основных факторов риска их развития; производить диспансерное наблюдение пациентов с выявленными хроническими заболеваниями.	методикой проведения медицинских осмотров, диспансерного наблюдения за пациентами с хроническими заболеваниями в соответствии с нормативными правовыми актами; навыками проведения диспансеризации населения с целью раннего выявления заболеваний и основных факторов риска их развития в соответствии с нормативными правовыми актами; навыками проведения диспансерного наблюдения за пациентами с выявленными хроническими заболеваниями.	Собеседование. Тестовые задания. Ситуационные задачи.
5	ПК-5	готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов за-	международную классификацию болезней (МКБ); методы клинической, инструментальной и	пользоваться международной классификацией болезней, интерпретировать полученные резуль-	методами диагностического обследования для выявления у пациентов основных патоло-	Собеседование. Тестовые задания. Ситуационные задачи.

		<p>болеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем</p>	<p>лабораторной диагностики функционального состояния органов и систем организма, принципы дифференциальной диагностики заболеваний.</p>	<p>таты обследования пациента, при необходимости обосновывать и планировать объем дополнительных исследований; формулировать полный диагноз в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем.</p>	<p>гических симптомов и синдромов заболеваний; алгоритмом постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем;</p>	
6	ПК-6	<p>готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи</p>	<p>этиологию, патогенез, клинику и современные методы диагностики и лечения заболеваний хирургического профиля; порядок оказания хирургической медицинской помощи, клинические рекомендации (протоколы лечения); лекарственные и нелекарственные методы лечения, показания и противопоказания к их назначению.</p>	<p>осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациента; интерпретировать полученные результаты лабораторных и инструментальных методов обследования; оценить тяжесть состояния больного; выбрать оптимальный метод лечения в соответствии с действующими порядками оказания хирургической медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения); провести необходимые лечебные процедуры и меди-</p>	<p>навыками интерпретации полученных результатов лабораторных и инструментальных методов обследования, алгоритмом и техникой выполнения основных лечебных мероприятий при оказании хирургической медицинской помощи; методами оценки адекватности фармакотерапии с учетом показаний, противопоказаний и осложнений при ее проведении; оформлением первичной медицинской документации</p>	<p>Собеседование. Тестовые задания. Ситуационные задачи.</p>

				каментозное лечение, с учетом показаний и противопоказаний; предупреждать нежелательные побочные эффекты.		
7	ПК-8	готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственных, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	принципы, методы, медицинские показания и противопоказания к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении.	подобрать оптимальную лекарственную, немедикаментозную терапию и другие методы для пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении.	навыками выбора индивидуальных методов реабилитации; навыками применения природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении.	Собеседование. Тестовые задания. Ситуационные задачи.
8	ПК-9	готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	принципы формирования у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	консультировать пациентов и членов их семей с целью формирования мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	навыками проведения консультаций с целью формирования у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	Собеседование. Тестовые задания. Ситуационные задачи.

**Тестовые задания для промежуточной аттестации (1 курс, 1 семестр)**  
**Выберите один или несколько правильных ответов**

**Компетенции: УК-1, ПК-6**

1. Тампонирование подпеченочного пространства после холецистэктомии наиболее показано:

- а) При остром деструктивном холецистите
- б) При неушитом ложе удаленного желчного пузыря
- в) При возможности возникновения кровотечения из ложа желчного пузыря
- г) При редких швах ложа удаленного желчного пузыря
- д) Тампон не ставят

Эталон ответа: в.

**Компетенции: УК-1, ПК-6**

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

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

Эталон ответа: б.

**Компетенции: УК-1, ПК-5**

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

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

Эталон ответа: г.

**Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-5, ПК-6**

4. При язвенной болезни, осложненной кровотечением, рвота содержимым желудка цвета "кофейной гущи" может наблюдаться при всех следующих локализациях язвы: 1. На малой кривизне желудка 2. В кардиальном отделе желудка 3. В антральном отделе желудка 4. В нижнем отделе пищевода 5. В постбульбарном отделе двенадцатиперстной кишки

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

Эталон ответа: д

**Компетенции: УК-1, ПК-6, ПК-9**

5. При лечении прободной язвы 12-перстной кишки могут быть применены, как правило, все перечисленные методы оперативного вмешательства: 1. Иссечение язвы 2. Ушивание язвы 3. Резекция желудка 4. Пилоропластики с ваготомией 5. Наложение гастроэнтероанастомоза

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

Эталон ответа: д.

**Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-5**

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

- а) Инсулемы поджелудочной железы

- б) Синдрома приводящей петли
- в) Пептической язвы анастомоза
- г) Демпинг-синдрома
- д) Синдрома малого желудка

Эталон ответа: г.

**Компетенции: УК-1**

7. Секретин образуется:
- а) В двенадцатиперстной кишке
  - б) В печени
  - в) В поджелудочной железе
  - г) В дистальных отделах тонкой кишки
  - д) В гипоталамусе

Эталон ответа: а.

**Компетенции: УК-1**

8. Основным стимулятором освобождения секретина является:
- а) Соляная кислота
  - б) Продукты расщепления белков
  - в) Жиры
  - г) Углеводы
  - д) Все перечисленные факторы

Эталон ответа: а.

**Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-5**

9. К симптомам стенозирующей язвы двенадцатиперстной кишки относятся: 1. Рвота 2. Шум плеска над проекцией желудка 3. Наличие чаш Клойбера 4. Отрыжка 5. Похудание
- а) Верно 1,2,3,4,5
  - б) Верно 2,3,4,5
  - в) Верно 1,2,4,5
  - г) Верно 1,3,4,5
  - д) Верно 1,2,3,4

Эталон ответа: в.

**Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-6, ПК-9**

10. Для подготовки больного к операции по поводу стеноза желудка язвенного происхождения необходимо: 1. Назначение соляной кислоты с пепсином в большом количестве 2. Промывание желудка 3. Введением растворов электролитов 4. Введение белковых растворов 5. Коррекция нарушения кислотно-щелочного состояния
- а) Верно 2,3,4,5
  - б) Верно 1,2,3,4
  - в) Верно 1,2,4,5
  - г) Верно 1,3,4,5
  - д) Верно 1,2,3,4,5

Эталон ответа: а.

**Компетенции: УК-1, ПК-6**

11. Резекция на выключение может быть выполнена:
- а) При низкой постбульбарной язве
  - б) При пенетрации язвы в печеночно-дуоденальную связку
  - в) При плотном воспалительном инфильтрате в области двенадцатиперстной кишки
  - г) При пенетрации язвы в головку поджелудочной железы
  - д) При пенетрации язвы в печень

Эталон ответа: д.

**Компетенции: УК-1, ПК-5**

12. Одним из ранних симптомов острого расширения желудка после операции является:

- а) Икота
- б) Отсутствие кишечных шумов
- в) Вздутие в области эпигастрия
- г) Тахикардия
- д) Рвота

Эталон ответа: в.

**Компетенции: УК-1, ПК-5**

13. Острое расширение желудка может быть быстро распознано:

- а) Рентгенографией грудной клетки в вертикальном положении
- б) Лапароцентезом
- в) Назогастральной интубацией
- г) Перкуссией брюшной стенки
- д) Исследованием плазмы крови на серотонин

Эталон ответа: в.

**Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-5**

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

- а) Снижением болевого синдрома, что приводит к угасанию рефлексов со стороны передней брюшной стенки
- б) Поздней обращаемостью
- в) Возможностью психозов
- г) Возможностью суицидальных попыток
- д) Всем перечисленным

Эталон ответа: а.

**Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-6**

15. Наиболее достоверными клиническими проявлениями перфоративной язвы желудка являются:

- а) Рвота
- б) желудочное кровотечение
- в) Напряжение передней брюшной стенки, отсутствие печеночной тупости
- г) Частый жидкий стул
- д) Икота

Эталон ответа: в.

**Компетенции: УК-1, ПК-5**

16. Злокачественную трансформацию наиболее часто претерпевают:

- а) Язвы луковицы двенадцатиперстной кишки
- б) Постбульбарные язвы
- в) Язвы малой кривизны желудка
- г) Язвы большой кривизны желудка
- д) Язвы всех указанных локализаций

Эталон ответа: в.

**Компетенции: УК-1, ПК-6**

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

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

Эталон ответа: г.

**Компетенции: УК-1, ПК-5**

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

- а) Доскообразный живот
- б) Сильные боли в эпигастрии
- в) Боли в поясничной области
- г) Повышение лейкоцитоза до 15000
- д) Легкая желтуха склер и кожных покровов

Эталон ответа: а.

**Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-5**

19. Напряжение мышц в правой подвздошной области, нередко возникающее при прободной язве двенадцатиперстной кишки, можно объяснить:

- а) Затекание содержимого по правому боковому каналу
- б) Рефлекторными связями через спинномозговые нервы
- в) Скоплением воздуха в брюшной полости, в частности в правой подвздошной области
- г) Развивающимся разлитым перитонитом
- д) Висцеро-висцеральным рефлексом с червеобразного отростка

Эталон ответа: а.

**Компетенции: УК-1, ПК-6**

20. Срочное хирургическое вмешательство требуется при следующих осложнениях язвенной болезни:

- а) Остановившееся желудочное кровотечение
- б) Перфоративная язва
- в) Пенетрирующая язва
- г) Стеноз выходного отдела желудка
- д) Малигнизированная язва

Эталон ответа: б.

**Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-6**

21. Экономная резекция желудка, выполненная по поводу язвенной болезни, чаще приводит к возникновению:

- а) Демпинг-синдрома
- б) Гипогликемического синдрома
- в) Синдрома "малого желудка"
- г) Пептической язвы анастомоза
- д) Синдрома приводящей петли

Эталон ответа: г.

**Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-6**

22. Язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки необходимо дифференцировать с заболеваниями: 1. Хроническим холециститом 2. Хроническим колитом 3. Хроническим аппендицитом 4. Хроническим панкреатитом 5. Мезоаденитом

- а) Верно 1,2,3,4,5
- б) Верно 2,3,4,5
- в) Верно 1,3,4,5
- г) Верно 1,2,4,5

д) Верно 1,2,3,4

Эталон ответа: д.

**Компетенции: УК-1, ПК-2, ПК-8, ПК-9**

23. Пациенты после операции на желудке по поводу язвенной болезни и после холецистэктомии могут быть направлены на реабилитацию в условия санатория:

- а) при зажившем операционном рубце;
- б) при наличии признаков обострения хронического панкреатита;
- в) при отсутствии хирургических осложнений операции;
- г) при наличии симптомов обострения хронического холангита.

Эталон ответа: а, в

**Компетенции: УК-1, ПК-2, ПК-8, ПК-9**

24. При реабилитации пациентов в ранние (2–3 недели) сроки после операций на желудке по поводу язвенной болезни рекомендуется применение:

- а) питьевых минеральных вод;
- б) йодобромных ванн;
- в) электрофореза лекарственных препаратов;
- г) синусоидальных модулированных токов,
- д) лечебной физкультуры,
- е) все ответы правильные.

Эталон ответа: е.

**Компетенции: УК-1, ПК-6**

25. Консервативное лечение перфоративной язвы желудка или двенадцатиперстной кишки по Тейлору заключается:

- а) В применении щелочей и средств, снижающих перистальтику желудка
- б) В периодическом (каждые 4-5 часов) зондировании желудка, внутривенном вливании жидкости и фармакологической блокаде блуждающего нерва
- в) В постоянном промывании желудка охлажденным физиологическим раствором
- г) В местной гипотермии и внутривенном вливании жидкости
- д) В постоянной аспирации содержимого желудка, внутривенном введении жидкостей, назначением антибиотиков.

Эталон ответа: д.

**Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-6**

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

- а) растворения фибрина
- б) приостановления роста тромба
- в) увеличения количества сгустков
- г) изменения внутренней оболочки сосудов
- д) снижения активности ДНК

Эталон ответа: б.

**Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-9**

27. Причиной тромбоэмболии легочной артерии наиболее часто является тромбофлебит:

- а) лицевых вен
- б) глубоких вен нижних конечностей и вен малого таза
- в) глубоких вен верхних конечностей
- г) поверхностных вен нижних конечностей
- д) поверхностных вен верхних конечностей

Эталон ответа: б.

**Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-5, ПК-6**

28. Для острого тромбоза глубоких вен нижних конечностей характерны:
- а) резкий отек нижней конечности
  - б) некроз пальцев стоп
  - в) похолодание стопы
  - г) симптом перемежающейся хромоты
  - д) отек и гиперемия по ходу пораженных вен

Эталон ответа: а.

**Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-2**

29. К основным предрасполагающим к тромбозу факторам относятся все перечисленные, кроме:
1. замедления тока крови в венах
  2. нарушения целостности внутренней выстилки вен
  3. варикозного расширения вен
  4. снижения фибринолитической активности крови
  5. мерцательной аритмии

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

Эталон ответа: д.

**Компетенции: УК-1, ПК-5**

30. Маршевая проба проводится с целью выявления:
- а) несостоятельных коммуникантных вен
  - б) проходимости глубоких вен нижних конечностей
  - в) недостаточности артериального кровообращения в нижних конечностях
  - г) тромбоза подколенной артерии
  - д) острого тромбоза

Эталон ответа: б.

**Компетенции: УК-1, ПК-5**

31. Проба Претта проводится с целью выявления:
- а) проходимости глубоких вен нижних конечностей
  - б) недостаточности артериального кровообращения в нижних конечностях
  - в) несостоятельных коммуникативных вен
  - г) острого тромбоза
  - д) тромбоза подколенной артерии

Эталон ответа: в.

**Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-6**

32. Наиболее частыми симптомами тромбоза поверхностных вен нижних конечностей являются:
1. дистальные отеки
  2. распирающие боли
  3. повышение температуры тела
  4. гиперемия кожи и отек по ходу вен
  5. резкая болезненность при пальпации

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

Эталон ответа: б.

**Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-9**

33. Тромбообразованию после полостных операций способствует:
1. повышение фибринолитической активности
  2. ожирение
  3. гиподинамия
  4. онкологические заболевания
  5. ишемическая болезнь сердца

- а) верно 2,3,4,5

- б) верно 1,2,3,4
- в) верно 1,3,4,5
- г) верно 1,2,4,5
- д) верно 3,4,5

Эталон ответа: а.

**Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-6**

34. Симптомами варикозного расширения подкожных вен нижних конечностей являются:
1. отеки дистальных отделов конечностей по вечерам
  2. перемежающаяся хромота
  3. признаки трофических расстройств кожи голени
  4. судороги по ночам
  5. видимое расширение подкожных вен
- а) верно 1,2,3,4
  - б) верно 1,3,4,5
  - в) верно 2,3,4,5
  - г) верно 3,4,5
  - д) верно 2,4,5

Эталон ответа: б.

**Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-8, ПК-9**

35. К факторам, способствующим улучшению венозного кровотока в послеоперационном периоде, относятся:
- а) сокращение икроножных мышц
  - б) возвышенное положение нижних конечностей
  - в) длительный постельный режим
  - г) бинтование ног эластическими бинтами
  - д) раннее вставание

Эталон ответа: в.

**Компетенции: УК-1, ПК-6**

36. При несостоятельности коммуникантных вен нижних конечностей наиболее целесообразной операцией следует считать операцию:
- а) Бэбкока
  - б) Нарата
  - в) Маделунга
  - г) Троянова-Тренделенбурга
  - д) Линтона

Эталон ответа: д.

**Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-8, ПК-9**

37. Профилактика тромбозомболических осложнений в послеоперационном периоде включает в себя все ниже перечисленное:
1. назначение гепарина
  2. назначение дезагрегантов
  3. лечебная физкультура
  4. длительный постельный режим
  5. бинтование ног эластичным бинтом
- а) верно 1,2,3,4
  - б) верно 2,3,4,5
  - в) верно 1,3,4,5
  - г) верно 1,2,3,5
  - д) верно 2,3,5

Эталон ответа: г.

**Компетенции: УК-1, ПК-6**

38. Операция Троянова-Тренделенбурга заключается:
- а) в перевязке большой подкожной вены в области ее устья со всеми притоками в области сафено-фemorального треугольника

- б) в удалении подкожных вен методом тоннелирования
- в) в удалении подкожных вен зондом
- г) в перевязке коммуникантных вен над фасцией
- д) в субфасцеальной перевязке коммуникантных вен

Эталон ответа: а.

**Компетенции: УК-1, ПК-6**

39. Операция Нарата заключается:
- а) в удалении подкожных вен из лампасных разрезов на бедре и голени
  - б) в удалении подкожных вен методом тоннелирования
  - в) удаление подкожных вен с помощью зонда
  - г) в чрескожном прошивании варикозных вен кетгутом
  - д) в субфасцеальной перевязке коммуникантных вен

Эталон ответа: б.

**Компетенции: УК-1, ПК-6**

40. Операция Маделунга заключается:
- а) в удалении подкожных вен из лампасных разрезов на бедре и голени
  - б) в удалении подкожных вен методом тоннелирования
  - в) в удалении подкожных вен зондом
  - г) в чрескожном прошивании варикозных вен кетгутом
  - д) в надфасциальной перевязке коммуникантных вен

Эталон ответа: а.

**Компетенции: УК-1, ПК-6**

41. Операция Клаппа заключается:
- а) в удалении подкожных вен из лампасных разрезов на бедре и голени
  - б) в удалении подкожных вен методом тоннелирования
  - в) в удалении подкожных вен зондом
  - г) в чрескожном прошивании варикозных вен кетгутом
  - д) в надфасциальной перевязке коммуникантных вен

Эталон ответа: г.

**Компетенции: УК-1, ПК-6**

42. Операция Кокетта заключается
- а) в удалении подкожных вен методом тоннелирования
  - б) в удалении подкожных вен с помощью зонда
  - в) в чрескожном прошивании варикозных вен кетгутом
  - г) в надфасциальной перевязке коммуникантных вен
  - д) в субфасцеальной перевязке коммуникантных вен

Эталон ответа: г.

**Компетенции: УК-1, ПК-6**

43. Операция Линтона заключается:
- а) в удалении подкожных вен методом тоннелирования
  - б) в удалении подкожных вен с помощью зонда
  - в) в чрескожном прошивании варикозных вен кетгутом
  - г) в надфасциальной перевязке коммуникантных вен
  - д) в субфасцеальной перевязке коммуникантных вен

Эталон ответа: д.

**Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-6**

44. Наименшее количество рецидивов после оперативного лечения варикозного расширения подкожных вен нижних конечностей достигается:

- а) Комбинированным оперативным методом
- б) Операцией Линтона
- в) Операцией Беккока
- г) Операцией Нарата
- д) Операцией Маделунга

Эталон ответа: а.

**Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-6**

45. Основные лечебные мероприятия при тромбозе включают в себя:

- а) Антибиотики
- б) Спазмолитики
- в) Антикоагулянты
- г) Активные движения
- д) Парентеральное введение больших объемов жидкостей

Эталон ответа: в.

**Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-9**

46. Для острого тромбоза глубоких вен конечностей характерно: 1. Резкие боли распирающего характера 2.Повышение температуры тела 3.Отек конечности 4. Цианоз 5.Гиперемия кожи по ходу больной вены

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

Эталон ответа: д.

**Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-6**

47. Для консервативной терапии острого тромбофлебита поверхностных вен нижних конечностей рекомендуется: 1. Постельный режим 2. Бутадион 3.Компрессы с мазью Вишневского 4.Ходьба 5.Возвышенное положение конечности

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

Эталон ответа: а.

**Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-5**

48. Послеоперационные эмболии легочной артерии обычно бывают следствием:

- а) Абсцессов
- б) флегмон
- в) флеботромбозов
- г) Лимфаденитов
- д) Эндартериита

Эталон ответа: в.

**Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-8, ПК-9**

49. Смысл бинтования голени эластическими бинтами в послеоперационном периоде состоит:

- а) В необходимости профилактики лимфостаза
- б) В необходимости воздействия на артериальный кровоток
- в) В ускорении кровотока по глубоким венам
- г) В профилактике трофических расстройств

д) В необходимости большей концентрации кровообращения  
Эталон ответа: в

**Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-9**

50. Флеботромбозы встречаются чаще у больных: 1.С ожирением 2. С варикозным расширением вен 3.С онкологическими заболеваниями 4.С почечной недостаточностью 5.С ишемической болезнью сердца:

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

Эталон ответа: г.

**Компетенции: УК-1, ПК-1**

51.Основная причина спонтанного пневмоторакса:

- а) буллезные изменения альвеол и кисты легкого
- б) парапневмонический абсцесс легкого
- в) рак легкого
- г) бронхоэктазы
- д) туберкулез легких

Эталон ответа: а

**Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-6**

52.Неотложная помощь при клапанном пневмотораксе начинается с:

- а) трахеостомии
- б) пункции и дренажа с аспирацией воздуха из плевральной полости
- в) блокады межреберных нервов
- г) обездвижения грудной клетки
- д) блокады диафрагмального нерва

Эталон ответа: б

**Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-5**

53.Молодой мужчина при автокатастрофе ударился правой половиной грудной клетки. Его беспокоят сильные боли в области ушиба, особенно при дыхании. При осмотре: выраженная болезненность при пальпации V–VII ребер справа от переднеподмышечной линии. Подкожная эмфизема в этой области. При аускультации ослабление дыхания справа. При перкуссии тимпанит. Состояние больного относительно удовлетворительное, одышки и тахикардии нет. Некоторая бледность кожных покровов. Ваш предварительный диагноз?

- а) посттравматическая пневмония справа
- б) перелом V–VII ребер справа
- в) контузия правого легкого
- г) перелом V–VII ребер справа, травматический пневмоторакс
- д) гематома грудной стенки в области V–VII ребер

Эталон ответа: г

**Компетенции: УК-1, ПК-6, ПК-8**

54.Клинико-рентгенологически установлен диагноз острой эмпиемы плевры, гнойно-резорбтивная лихорадка. Какие из перечисленных методов лечения следует последовательно применять:

- а) курс санационной бронхоскопии;
- б) плевральные пункции с промыванием полости плевры и введением антибиотиков;
- в) дренирование плевральной полости с активной аспирацией содержимого;
- г) дезинтоксикационная и антибиотикотерапия;

д) срочная операция плеврэктомия с декортикацией легкого.

Эталон ответа: б, в, г

**Компетенции: УК-1, ПК-5**

55. Какие методы применяются при исследовании аспирированной из плевры геморрагической жидкости у больного с заболеванием легких?

- а) определение форменных элементов крови;
- б) цитологическое исследование;
- в) определение белка в жидкости;
- г) определение гемоглобина;
- д) посев на чувствительность к антибиотикам.

Эталон ответа: а, б, в, г.

**Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-5**

56. Мужчина 40 лет в алкогольном опьянении 4–5 часов проспал на улице. Через 2 дня у него повысилась температура, появились боли в грудной клетке. В последующем повышение температуры до 39С. Через 2 недели внезапно при кашле отошло около 200 мл гноя с неприятным запахом. Ваш предварительный диагноз?

- а) бронхоэктатическая болезнь
- б) острый абсцесс легкого
- в) плеврит
- г) обострение хронического бронхита
- д) рак легкого с развитием пневмонита

Эталон ответа: б.

**Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-5**

57. У больного 55 лет около 2 месяцев назад клинически и при рентгенологическом исследовании была диагностирована крупозная пневмония. В связи с непереносимостью антибиотиков лечился в основном физиотерапевтическими процедурами. Через три недели возобновилась гипертермия с проливными потами, похуданием, болью в грудной клетке при глубоком дыхании. 2 дня назад появился приступ сильного кашля, отходило много мокроты с гноем и прожилками крови, после чего температурная реакция нормализовалась. Диагноз?

- а) хроническая неспецифическая пневмония
- б) абсцесс легкого
- в) туберкулез легких
- г) эмпиема плевры
- д) бронхогенный рак легкого

Эталон ответа: б

**Компетенции: УК-1, ПК-5**

58. У больной с абсцессом правого легкого появились резкие боли в грудной клетке, одышка. Рентгенологически выявлено колабирование правого легкого, широкий горизонтальный уровень жидкости, резкое смещение тени средостения влево. Диагноз?

- а) эмпиема плевры
- б) бронхолегочная секвестрация
- в) тромбоэмболия правой главной ветви легочной артерии
- г) напряженный спонтанный пневмоторакс
- д) пиопневмоторакс

Эталон ответа: д

**Компетенции: УК-1, ПК-6**

59. У больного с абсцессом легкого развилась клиническая картина пиопневмоторакса. Ваши действия в первые сутки с момента диагностики этого осложнения?

- а) массивная антибиотикотерапия

- б) лечебная бронхоскопия
- в) дренирование плевральной полости с активной аспирацией и антибиотикотерапия
- г) торакотомия и санация плевральной полости
- д) резекция доли, несущей полость абсцесса

Эталон ответа: в

**Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-6, ПК-8**

60. Какова должна быть лечебная тактика у больного с острым абсцессом легкого в стадии формирования, без прорыва в бронх?

- а) оперативное лечение – резекция легкого
- б) оперативное лечение – пневмотомия
- в) пункция плевральной полости
- г) оперативное лечение – торакопластика
- д) консервативные методы лечения, антибиотики, детоксикация

Эталон ответа: д

**Компетенции: УК-1, ПК-9**

61. Укажите три наиболее частых осложнения острого абсцесса легкого:

- а) эмпиема плевры;
- б) пиопневмоторакс;
- в) флегмона грудной клетки;
- г) амилоидоз;
- д) абсцесс головного мозга;
- е) легочное кровотечение.

Эталон ответа: а, б, е.

**Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-6, ПК-8**

62. У больного 70 лет с острым абсцессом легкого диаметром до 10 см, расположенным вблизи грудной стенки, имеются признаки тяжелой интоксикации. Какому методу лечения следует отдать предпочтение?

- а) пункция и дренирование плевральной полости
- б) торакотомия с тампонадой полости абсцесса
- в) торакотомия с лобэктомией
- г) пункционное дренирование абсцесса через грудную клетку под контролем УЗИ с промыванием полости антисептиками и антибиотиками
- д) общая антибиотикотерапия

Эталон ответа: г

**Компетенции: УК-1, ПК-6**

63. Укажите наиболее часто применяемую операцию при хроническом абсцессе легкого, занимающем 1–2 сегмента:

- а) сегментарная резекция легкого
- б) дренирование полости абсцесса
- в) пульмонэктомия
- г) иссечение полости абсцесса
- д) лобэктомия

Эталон ответа: д

**Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5**

64. У больного 57 лет с жалобами на кашель с гнойной мокротой, перенесшего год назад тяжелую пневмонию, при рентгенографии обнаружено округлое образование в нижней доле легкого, содержащее жидкость и газ. Ваш предположительный диагноз?

- а) кавернозный туберкулез
- б) паразитарная киста легкого

- в) бронхоэктатическая болезнь
- г) рак легкого
- д) хронический абсцесс легкого

Эталон ответа: д

**Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-9**

65.Бронхоэктазы развиваются вследствие:

- а) врожденных причин;
- б) хронической пневмонии;
- в) туберкулеза легких;
- г) нарушения проходимости бронхиального дерева;
- д) курения.

Эталон ответа: а, в, г, д

**Компетенции: УК-1, ПК-5**

66.Больной 36 лет поступил в больницу с подозрением на бронхоэктатическую болезнь. Общее состояние удовлетворительное. Небольшой цианоз губ, эмфизематозно расширена грудная клетка, изменение пальцев рук по типу «барабанных палочек», коробочный оттенок перкуторного звука, рассеянные сухие хрипы. Для подтверждения диагноза какому методу отдадите предпочтение?

- а) бронхоскопия
- б) спирометрия
- в) бронхография
- г) томография
- д) рентгеноскопия грудной клетки

Эталон ответа: в

**Компетенции: УК-1, ПК-6**

67.Для санации бронхиального дерева у больных с бронхоэктатической болезнью наиболее эффективен метод:

- а) дыхательной гимнастики
- б) внутримышечной антибиотикотерапии канамицином
- в) лечебной бронхоскопии
- г) ингаляции с тетрациклином
- д) массажа грудной клетки

Эталон ответа: в

**Компетенции: УК-1, ПК-6, ПК-9**

68.У больной 55 лет в нижней доле правого легкого выраженное проявление бронхоэктатической болезни со значительным количеством гнойной мокроты, иногда с кровотечением. Консервативная терапия не эффективна. Больная госпитализирована для оперативного лечения. Определите лечебную тактику:

- а) удаление нижней доли
- б) пульмонэктомия
- в) лечебный пневмоторакс
- г) отказаться от операции
- д) удаление верхней доли

Эталон ответа: а

**Компетенции: УК-1, ПК-5**

69.Перечислите заболевания, с которыми следует дифференцировать периферические доброкачественные опухоли легких:

- а) периферический рак;

- б) туберкулома;
- в) киста;
- г) буллезная эмфизема;
- д) междолевой плеврит.

Эталон ответа: а, б, в.

**Компетенции: УК-1, ПК-2, ПК-5**

70. При рентгенологическом исследовании грудной клетки у больного 32 лет, который обратился к врачу в связи с упорным кашлем, дисфагией, одышкой, обнаружено округлое затемнение, расположенное в области трахеи и несколько смещающее главный бронх. Два года назад уже была подобная клиническая картина, однако тогда она самостоятельно устранилась после кашля с обильным отхождением слизистой мокроты с прожилками крови. Ваш диагноз?

- а) бронхоэктатическая болезнь
- б) бронхогенный рак
- в) бронхогенная киста
- г) хронический медиастинит
- д) эхинококкоз легкого

Эталон ответа: в

**Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5**

71. Больная 42 лет предъявляет жалобы на приступообразный сухой кашель, периодическое кровохаркание. Больна в течение 8 лет. На томограммах в просвете правого главного бронха определяется округлая тень диаметром 1,2 см с четкими контурами. Ваш диагноз?

- а) доброкачественная опухоль (аденома)
- б) рак
- в) бронхостеноз
- г) дивертикул бронха
- д) инородное тело

Эталон ответа: а

**Компетенции: УК-1, ПК-6**

72. У больного в нижней доле правого легкого обнаружена периферическая эхинококковая киста диаметром 4 см. Какая операция необходима?

- а) пульмонэктомия
- б) сегментэктомия
- в) эхинококкотомия, наружное дренирование кисты
- г) эхинококкотомия, обработка полости 5% р-ром формалина
- д) лобэктомия

Эталон ответа: д

**Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9**

73. Больной 57 лет поступил с жалобами на кашель со слизисто-гноющей мокротой, одышку, общую слабость, повышение температуры, кровохарканье. Из анамнеза: 10 лет болеет инфекционно-аллергической формой бронхиальной астмы, гормонозависимый, принимает гормоны по схеме. При рентгенологическом исследовании: патологических изменений в обоих легких не выявлено. При бронхоскопии: двусторонний эндобронхит 1У степени. Какой метод лечения больному рекомендовать ?

- а) интенсивную консервативную терапию
- б) гемостатическую терапию
- в) лечебную бронхоскопию
- г) эмболизацию бронхиальных артерий
- д) хирургическое лечение

Эталон ответа: а, б, в

**Компетенции: УК-1, ПК-6**

74. Больной 50 лет получил ножевое ранение левой половины грудной клетки, состояние крайне тяжелое, сознание спутанное, кожные покровы бледные, покрыты холодным потом, АД - 60/40 мм рт. ст., пульс периферических сосудов определяется. Рана грудной клетки слева располагается в 3-м межреберье 1,5 см длиной по парастернальной линии, тоны сердца глухие, дыхание слева резко ослаблено. Подозревается ранение сердца. Какой метод лечения нужно рекомендовать больному ?

- а) пункция плевральной полости
- б) комплекс реанимационных мероприятий
- в) пункция перикарда
- г) переливание крови
- д) немедленная торакотомия

Эталон ответа: б, д

**Компетенции: УК-1, ПК-5**

75. У больного 65 лет на рентгенограмме легких выявлена округлая периферическая тень. Что необходимо для верификации диагноза?

- а) чрезкожная пункция легких с биопсией под контролем УЗИ
- б) бронхография
- в) томография
- г) бронхоскопия с биопсией
- д) динамическое наблюдение с контролем через два месяца

Эталон ответа: а

**Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-5**

76. Гнойный холангит чаще всего является следствием:

- а) Холедохолитиаза и стриктуры гепатикохоледоха
- б) Хронического бескаменного холецистита
- в) Рака поджелудочной железы
- г) Индуриативного панкреатита
- д) Дискинезии желчного пузыря

Эталон ответа: а

**Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-5**

77. При выборе сроков оперативного вмешательства у больного с острым деструктивным холециститом определяющими факторами будет развитие всего, кроме:

- а) Острого подпеченочного абсцесса, панкреатита
- б) Перитонита
- в) Наружного желчного свища
- г) Перфорации желчного пузыря
- д) Количества лейкоцитов в крови

Эталон ответа: в

**Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-6**

78. Решая вопрос о срочности хирургического вмешательства при остром холецистите, в первую очередь следует ориентироваться на:

- а) Выраженность болевого синдрома
- б) Температурную реакцию
- в) Выраженность симптома Мэрфи
- г) Выраженность перитонеальных симптомов
- д) Величину желчного пузыря

Эталон ответа: г

**Компетенции: УК-1, ПК-1**

79. Укажите вид дренажа, не являющегося дренажом холедоха:

- а) Дренаж Кера
- б) Дренаж Вишневого
- в) Дренаж Спасокукоцкого
- г) Дренаж Холстеда
- д) Все ответы неверные

Эталон ответа: в

**Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-6**

80. Клиническая картина гнойного холангита характеризуется всеми нижеперечисленными признаками, кроме:

- а) Озноба
- б) Гектической температуры
- в) Пареза кишечника
- г) Умеренных болей в правом подреберье
- д) Желтухи

Эталон ответа: в

**Компетенции: УК-1, ПК-6**

81. Наиболее малотравматичным способом операции холецистэктомии у больной с желчно-каменной болезнью является:

- а) Лапароскопическая холецистэктомия
- б) Холецистэктомия из лапаротомного доступа по Федорову
- в) Холецистэктомия из лапаротомного доступа по Кохеру.
- г) Холецистэктомия «от дна»
- д) Холецистэктомия «от шейки»

Эталон ответа: а

**Компетенции: УК-1, ПК-6**

82. Вы оперируете больного по поводу желчнокаменной болезни, осложненной холедохоли-тиазом и гнойным холангитом. Выберите оптимальный объём оперативного вмешательства:

- а) Холецистэктомия «от шейки» и введение дренажа С.И.Спасокукоцкого
- б) Холецистостомия
- в) Холецистэктомия и дренирование холедоха через культю пузырного протока
- г) Холецистэктомия, холедохотомия и дренирование холедоха по Керу
- д) Все неверно

Эталон ответа: г

**Компетенции: УК-1, ПК-5**

83. Для диагностики механического характера желтухи применяют всё, кроме:

- а) Исследования цитолитических ферментов печени
- б) Инфузионной холангиографии
- в) Лапароскопии
- г) Ретроградной холангиопанкреатографии
- д) Чрезкожной чрезпеченочной холангиографии

Эталон ответа: б

**Компетенции: УК-1, ПК-9**

84. Наиболее тяжёлым осложнением механической желтухи является:

- а) Нарушение всасывательной функции кишечника
- б) Снижение белковосинтезирующей функции печени
- в) Печеночно-почечная недостаточность
- г) Водянка желчного пузыря

д) Отключенный желчный пузырь.

Эталон ответа: в

**Компетенции: УК-1, ПК-6**

85. У больного 77 лет, с выраженной сердечной недостаточностью, выявлен деструктивный холецистит с явлениями интоксикации. Какому методу лечения отдать предпочтение?

- а) Операции холецистэктомии
- б) Операции холецистостомии
- в) Чрескожной чреспеченочной холангиостомии
- г) Только консервативному методу лечения
- д) Хирургическое лечение показано только при появлении признаков разлитого перитонита.

Эталон ответа: б

**Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-5**

86. Для панкреатогенного абсцесса характерны следующие клинические признаки:

- а) Гектическая лихорадка.
- б) Пальпируемый инфильтрат в верхних отделах живота.
- в) Повышение содержания в крови лейкоцитов.
- г) Гиперамилаземия.
- д) Формирование на 3-й неделе заболевания.

Эталон ответа:

**Компетенции: УК-1, ПК-1**

87. Синдром желтухи при панкреонекрозе обусловлен следующими причинами:

- а. Сдавливением терминального отдела холедоха увеличенной головкой поджелудочной железы.
- б. Ущемленным камнем Фатерова сосочка.
- с. Печено-клеточной недостаточностью.
- д. Развитием ферментативного холецистита.
- е. Холедохолитиазом.

Эталон ответа: а, б, в, д

**Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5**

88. У больной 35 лет, страдающей желчно-каменной болезнью, после погрешности в диете появились опоясывающие боли в верхних отделах живота, многократная рвота. При осмотре состояние тяжелое. Пульс – 120 ударов в мин. АД – 90/60 мм рт. ст. Живот напряжен и резко болезненный в верхних отделах, в отлогих местах живота – притупление перкуторного звука. Перистальтика кишечника не выслушивается. Ваш предварительный диагноз?

- а) Перфоративная язва желудка, перитонит.
- б) Острая тонкокишечная непроходимость.
- в) Деструктивный холецистит.
- г) Панкреонекроз.
- д) Инфаркт кишечника.

Эталон ответа: г

**Компетенции: УК-1, ПК-5**

89. Какие дополнительные исследования Вы произведете этому больному для уточнения диагноза?

- а) Обзорную рентгеноскопию брюшной полости.
- б) Лапароскопию.
- в) Ультразвуковое сканирование брюшной полости.
- г) Гастродуоденоскопию.
- д) Исследование крови и мочи на амилазу.

Эталон ответа: б, в, д

**Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-5**

90. Больной 35 лет, резкие опоясывающие боли в верхних отделах живота, многократная рвота. Состояние средней тяжести. Пульс 110 уд/мин. АД – 100/60 мм рт. ст. Живот резко болезненный в верхних отделах, где определяется ригидность мышц передней брюшной стенки. В отлогих местах притупление перкуторного звука. Перистальтика ослаблена. Ваш предварительный диагноз:

- а) Перфоративная язва желудка, перитонит.
- б) Острая кишечная непроходимость.
- в) Инфаркт кишечника.
- г) Желудочно-кишечное кровотечение.
- д) Острый панкреатит.

Эталон ответа: д

**Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-5**

91. Больной 35 лет, резкие опоясывающие боли в верхних отделах живота, многократная рвота. Состояние средней тяжести. Пульс 110 уд/мин. АД – 100/60 мм рт. ст. Живот резко болезненный в верхних отделах, где определяется ригидность мышц передней брюшной стенки. В отлогих местах притупление перкуторного звука. Перистальтика ослаблена. Какие дополнительные исследования нужны для уточнения диагноза?

- а) Обзорную рентгеноскопию брюшной полости.
- б) Лапароскопию.
- в) Исследование крови и мочи на амилазу.
- г) Гастродуоденоскопию.
- д) Артериомезентерикографию.

Эталон ответа: б, в

**Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-5**

92. Больной 35 лет, резкие опоясывающие боли в верхних отделах живота, многократная рвота. Состояние средней тяжести. Пульс 110 уд/мин. АД – 100/60 мм рт. ст. Живот резко болезненный в верхних отделах, где определяется ригидность мышц передней брюшной стенки. В отлогих местах притупление перкуторного звука. Перистальтика ослаблена. Какие лапароскопические признаки наиболее вероятны в данной клинической ситуации?

- а) Геморрагический выпот.
- б) Кровь в брюшной полости.
- в) Гнойный экссудат.
- г) Пятна стеатонекроза на брюшине.
- д) Выбухание желудочно-ободочной связки.

Эталон ответа: а, г, д

**Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-6**

93. Больной 25 лет, резкие опоясывающие боли в верхних отделах живота, многократная рвота. Состояние средней тяжести. Пульс 110 уд/мин. АД – 100/60 мм рт. ст. Живот резко болезненный в верхних отделах, где определяется ригидность мышц передней брюшной стенки. В отлогих местах притупление перкуторного звука. Перистальтика ослаблена. Какова тактика ведения этого больного?

- а) Экстренная операция.
- б) Консервативное лечение в отделении хирургии.
- в) Лапароскопическое дренирование брюшной полости, консервативное лечение в отделении реанимации.
- г) Операция показана при неэффективности консервативной терапии в течение 12 часов.
- д) Все ответы верны.

Эталон ответа: в

**Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-6**

94. При отечном панкреатите могут наблюдаться следующие клинические признаки:

- а) Рвота желудочным содержимым.
- б) Пальпируемый инфильтрат в эпигастральной области.
- в) Симптом Грея-Теренра.
- г) Симптом Мэйо-Робсона.
- д) Гиперамилаземия.

Эталон ответа: а, г, д

**Компетенции: УК-1**

95. Осложнениями острого панкреатита может быть все нижеперечисленное, кроме:

- а) Панкреатогенного абсцесса.
- б) Печеночно-почечной недостаточности.
- в) Мезентериального тромбоза, инфаркта кишечника.
- г) Псевдокисты поджелудочной железы.
- д) Перитонита.

Эталон ответа: в

**Компетенции: УК-1**

96. Грыжа, при которой ущемляется только часть стенки кишки, называется:

- а) Грыжа Клоке;
- б) Рихтера;
- в) Литтре;
- г) Гессельбаха;
- д) Ланжье.

Эталон ответа: б

**Компетенции: УК-1, ПК-5**

97. Выберите основной признак скользящей грыжи:

- а) Выходит в поясничной области;
- б) Выходит между мышцами;
- в) Одной из стенок грыжевого мешка является орган, частично покрытый брюшиной;
- г) Выходит через лакунарную связку;
- д) Стенкой грыжевого мешка является париетальная брюшина.

Эталон ответа: в

**Компетенции: УК-1, ПК-6, ПК-9**

98. У больного 60 лет, страдающего аденомой предстательной железы, обнаружена прямая паховая грыжа. Количество остаточной мочи - 100 мл. Ваши рекомендации?

- а) Направить на операцию грыжесечения;
- б) Операцию грыжесечения рекомендовать после аденомэктомии;
- в) Показано только консервативное лечение;
- г) Рекомендовать операцию грыжесечения, а затем аденомэктомию;
- д) Все ответы правильные.

Эталон ответа: б

**Компетенции: УК-1, ПК-2, ПК-6**

99. У больного с ущемленной паховой грыжей при транспортировке в хирургическое отделение произошло самопроизвольное вправление грыжевого содержимого. Ваша дальнейшая тактика?

- а) Экстренная операция;

- б) Отказать в госпитализации, операция в плановом порядке;
- в) Экстренная лапароскопия;
- г) Показано динамическое наблюдение за больным в стационаре;
- д) .Все ответы неправильные.

Эталон ответа: г

### Компетенции: УК-1

100. Скользящая грыжа – это:

- а) Когда грыжевое содержимое проходит через лакунарную связку;
- б) Когда содержимым грыжевого мешка является Меккелев дивертикул;
- в) Когда одной из стенок грыжевого мешка является мочевого пузыря;
- г) Когда содержимым грыжевого мешка является червеобразный отросток;
- д) Всё перечисленное неверно.

Эталон ответа: в

## СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

### Задача № 1.

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-5, ПК-6

Больной Б., 42 лет, поступил в клинику на вторые сутки с момента травмы с жалобами на сильные боли в правой половине живота, тошноту, двукратную рвоту. Больным себя считает с момента после отрезвления от алкогольного опьянения, когда почувствовал сильные боли в животе, особенно справа; они сопровождались тошнотой и рвотой съеденной пищей. С этими явлениями он оставался дома и не обращался за медицинской помощью. Постепенно состояние ухудшилось, боли в животе усилились, после чего и вызвал скорую помощь. При поступлении: общее состояние средней тяжести, кожа и видимые слизистые обычной окраски, на животе имеются ссадины и кровоизлияния. АД 130/80 мм.рт.ст, ЧСС – 110 уд. в минуту. Язык сухой, обложен белым налетом, живот равномерно вздут, слабо участвует в акте дыхания. Положителен симптом Спигарного-Кларка. Пальпаторно живот напряжен, положителен симптом Щеткина-Блюмберга. Температура – 37,8<sup>0</sup>С, лейкоцитоз – 11,5x10<sup>9</sup>/л. На обзорной рентгеноскопии: единичные, умеренной величины чаши Клойбера, под куполом диафрагмы полоска воздуха.

1. Ваш диагноз, дифференциальная диагностика?
2. Хирургическая тактика.

На операции выявлен полный разрыв тонкой кишки на расстоянии 40 см от связки Трейтца с явлениями разлитого перитонита; края поврежденной кишки гиперемированы, покрыты фибрином.

3. Дальнейшие действия хирурга?
4. Классификация закрытых повреждений живота.

### Ответы

1. Закрытая тупая травма живота. Разрыв полого органа. Разлитой перитонит. Дифференциальная диагностика с прободной язвой желудка, острым деструктивным аппендицитом, дивертикулезом толстой кишки.
2. Лапаротомия, ревизия.
3. Резекция кишки с выведением стомы, затем, после купирования перитонита анастомоз. Санация брюшной полости и дренирование ее назоинтестинальная интубация для разгрузки анастомоза.
4. Повреждение передней брюшной стенки (гематома, ушиб, разрывы мышц), с повреждением полых или паренхиматозных органов, органов забрюшинного пространства.

### Задача № 2.

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8

Мужчина 40 лет поступил в хирургическое отделение с жалобами на опоясывающие боли в верхних отделах живота, тошноту, многократную рвоту, не приносящую облегчения. В анализах крови общий билирубин 30 мкмоль/л, прямой билирубин 17 мкмоль/л, непрямой - 13

мкмоль/л, лейкоциты  $12 \times 10^9$ /л., амилаза крови 56 мг.крахм/ч.л. После проведенной инфузионной терапии состояние больного улучшилось, болевой синдром значительно уменьшился, но оставались тупые боли в эпигастрии и левом подреберье, лабораторные показатели пришли к норме.

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

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

#### Ответы

1. Септический панкреонекроз. Эндотоксикоз 3 степени, ОПН
2. Гнойные осложнения и эндогенные интоксикации
3. Увеличение температуры, ухудшение состояния, лейкоцитоз
4. УЗИ, КТ, б/х, РГ с барием ЖКТ, Rg скопия грудной клетки, лапароскопия, ОАК, ОАМ
5. Лечение панкреатита (соматостатин, контрикал, фамотидин, спазмолитики, антибиотики, экстракорпоральная детоксикация – электрохимическая детоксикация). Оперативное лечение – некрэксвезрэктомия, дренирование сальниковой сумки.
6. Тиенам, цефепим, ципро- и спарфлоксацин, метронидазол, амоксиклав
7. Показана (дренирование грудного лимфатического протока, с электрохимической детоксикации лимфы, гемосорбция)
8. Тромбогеморрагические расстройства на фоне гиперферментемии.
9. Ингибиторы ферментов (контрикал), гепарин при контроле времени свёртывания.
10. Сложный.

#### Задача № 3.

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-2, ПК-5, ПК-6

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

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

1. Какой предварительный диагноз можно поставить?
2. Какие методы лабораторной и инструментальной диагностики помогут установить окончательный диагноз?
3. Каким образом можно помочь больному?

### **Ответ**

1. Опухоль периапулярной области (гепатодуоденальной зоны), механическая желтуха.
2. УЗИ, КТ, ФГДС, РХПГ, лапароскопия с биопсией
3. Первый этап – дренирующая операция для устранения желтухи (холецистостомия, билиодегистивные анастомозы). Второй этап – ПДР, папиллэктомия, возможно п/о химиотерапия

### **Задача № 4.**

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-2, ПК-5, ПК-6

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

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

### **Ответы**

1. Перфоративный рак желудка.
2. Биопсия
3. Субтотальная резекция с региональными л/у

### **Задача № 5.**

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-9

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

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

1. Ваш диагноз?
2. Какое вмешательство следует выполнить в операбельном случае?

### **Ответы**

1. Перстневидноклеточный рак желудка T4NxM0
2. Гастрэктомия с удалением регионарных л/у.

### **Задача № 6**

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9

Больная Г., 59 лет, обратилась в клинику с жалобами на боли в правой голени, повышение температуры тела до 38,5<sup>0</sup>С. Заболела неделю тому назад. Лечилась самостоятельно путем применения спиртовых компрессов на голень. Боли не прошли, стойко держалась высокая температура тела.

При осмотре: общее состояние удовлетворительное, пульс 96 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения.

Местно: кожа голени гиперемирована по ходу варикозно расширенной вены в нижней трети голени, там же уплотнение кожи. Умеренный отек голени, движения в суставах конечности пассивные. В средней трети голени язва размерами 2х3 см с подрытыми краями, умеренным гнойным отделяемым. В очаге уплотнения вены имеется флюктуация.

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

#### **Ответы**

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

#### **Задача № 7**

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-5, ПК-6

Пациент И., 55 лет, поступил с жалобами на наличие язвы по латеральной поверхности нижней трети левой голени и явления перемежающейся хромоты слева. При осмотре обнаружена язва размером 4х6 см, пульсация на артериях стопы резко ослаблена. Обращали на себя внимание резко расширенные вены голени и особенно бедра. В подколенной ямке [рукой ощущалось дрожание, напоминающее кошачье мурлыканье, прослушивался грубый систоло-диастолический шум. Более 10 лет назад у больного было ножевое ранение в области левого коленного сустава, однако расширенные вены и язвы голени появились только в этом году.

1. Какой диагноз вы поставите больному?
2. Какой должна быть лечебная тактика?

#### **Ответы:**

1. Хроническая венозная недостаточность, III, С4.
2. Если трофическая язва без признаков нагноения, то показано оперативное лечение после УЗДГ сосудов -комбинированная венэктомия с перевязкой притоков большой подкожной вены. В случае если в области язвы обнаруживаются гнойно-некротические изменения, то операция возможна после комплексного консервативного лечения.

#### **Задача № 8**

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9

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

1. Какие осложнения развились у больного?
2. Как подтвердить Ваше предположение?
3. Какие изменения Вы обнаружили на представленной артериограмме?
4. Какова лечебная тактика?

**Ответы:**

1. У больного тромбоз поверхностной бедренной артерии.
2. Необходима ультразвуковая доплерография, аортоартериография по Сельдингеру через левую бедренную артерию.
3. На представленной артериограмме определяется обрыв контрастированной поверхностной бедренной артерии справа в средней трети, стенки артерии изъеденные, неровные.
4. Больному показано оперативное лечение: при проходимости подколенной артерии голени – аутоинозное шунтирование или протезирование поверхностной бедренной артерии (ПБА). До операции и в послеоперационном периоде – антикоагулянтная терапия.

**Задача № 9**

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9

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

1. Какой диагноз Вы поставите больному?
2. Какими исследованиями подтвердите диагноз?
3. Какие изменения Вы отмечаете на рентгенограмме?
4. Какова должна быть лечебная тактика?
5. Возможная профилактика заболевания.

**Ответы:**

1. У больного эмболия подколенной артерии, ишемия II- B степени.
2. Уточнить диагноз может ультразвуковая доплерография и артериография.
3. На представленной аортограмме определяется обрыв контрастированной поверхностной артерии бедра на уровне подколенной артерии.
4. Лечение оперативное – срочная эмболэктомия с последующей консервативной терапией: препараты, улучшающие реологические свойства крови, антикоагулянты, спазмолитики, ГБО.
5. Профилактика в первую очередь заключается в лечении сопутствующей патологии и ведении правильного образа жизни. Поэтому важным элементом предупреждения болезни является соблюдение диеты и физической нагрузки.

**Задача № 10**

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9

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

1. Какой диагноз Вы поставите больному?
2. Какие дополнительные исследования подтвердят Ваш диагноз?
3. Как лечить больного?

**Ответы:**

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

3. Больному показано оперативное лечение. При проходимости бедренных артерий, установленных во время операции открытой ангиографией, показано бифуркационное аорто-бедренное шунтирование.

### Задача № 11

Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9

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

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

1. Ваш диагноз, стадия заболевания?
2. В чем состоит тактическая ошибка в ведении больной?
3. План лечения больной?

#### Ответы

1. Рак молочной железы справа. Узловая форма. T1N0M0
2. Сначала нужно было взять биопсию и оперировать с учётом полученных данных, предоперационная лучевая терапия, маммография
3. Полное обследование, предоперационная лучевая терапия всех молочной железы, а также подмышечных, над- и подключичных л/у. Мастэктомия. В п/о периоде облучение парастернальной области.

### Задача № 12.

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9

Больной Ш., 24 лет, поступил в клинику с жалобами на одышку, боли в правой половине грудной клетки, кашель с гнойной мокротой, количество которой доходило до 1 литра в сутки.

Заболел 6 месяцев назад, когда появилось общее недомогание, головная боль, боль в правой половине грудной клетки, температура повысилась до 39,2<sup>0</sup>С. Через 5 дней появился кашель с гнойной мокротой, в которой была примесь крови. До поступления получал антибиотикотерапию с переменным успехом.

При поступлении: общее состояние тяжелое, кожные покровы с желтоватым оттенком, лицо одутловатое, губы и видимые слизистые цианотичные, ногтевые фаланги по типу «барабанных палочек».

При осмотре: правая половина грудной клетки отстает при дыхании, пальпация правой половины грудной клетки болезненна, перкуторный звук на всей поверхности правой половины грудной клетки укорочен; дыхание ослабленное, жесткое, с большим количеством разнокалиберных сухих и влажных хрипов, число дыхательных движений – 40 в минуту.

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

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

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

#### Ответы

1. Бронхоэктатическая болезнь III А (декомпенсация, с частичнообратимыми изменениями в органах).
2. Туберкулез, хронический абсцесс легкого.

3. Обязательный + рентген грудной клетки, томография, бронхография, бронхоскопия, посев мокроты и промывных вод бронхов, реакция Манту.
4. Хронический абсцесс правого легкого.
5. Дезинтоксикационная терапия, санация бронхиального дерева, антибиотикотерапия, коррекция водно-электролитных нарушений и белкового обмена, нарушений ДС и ССС, повышение иммунологической резистентности организма. Оксигенотерапия.
6. Наличие абсцесса. Методы: лоб-, билоб- или пульмонэктомия.

### **Задача № 13.**

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9

Больной М, 57 лет поступил в клинику с жалобами на кашель, с мокротой, иногда с прожилками крови, слабость, потливость, повышение температуры тела по вечерам до 37.5°C. В анамнезе: дважды в течение 3 месяцев больной госпитализировался в терапевтический стационар с диагнозом: правосторонняя пневмония. После курса антибиотикотерапии выписывался домой со значительным улучшением состояния. При осмотре: состояние средней тяжести. Правая половина грудной клетки отстаёт при дыхании, перкуторно справа отмечается притупление перкуторного звука, отсутствие голосового дрожания, ослабление дыхательных шумов. При рентгенологическом исследовании отмечается расширение тени корня правого легкого, ателектаз верхней доли правого легкого.

1. Предварительный диагноз?
2. Наиболее информативные диагностические методы для уточнения диагноза
3. Вы установили правильный диагноз. Какова Ваша тактика лечения
4. Какие методы профилактики данного заболевания Вы могли бы предложить?

**Ответ:**

1. Рак легкого.
2. Компьютерная томография легких, бронхоскопия с биопсией.
3. Хирургическое лечение с последующей химиотерапией.
4. Борьба с курением, поддержание чистоты воздуха, регулярные флюорографии, профилактические мероприятия с лицами, относящимися к группам риска, дыхательная гимнастика.

### **Задача № 14.**

Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9

Больная Г., 40 лет поступила с жалобами на боли в обеих молочных железах, возникающие за 2-3 дня перед менструацией, выделения из правой молочной железы. Боли в обеих молочных железах беспокоят в течение 5 лет. К врачам не обращалась. В течение последних 3 месяцев обратила внимание на выделения из правой молочной железы. При осмотре молочные железы развиты правильно. Кожа над ними не изменена. При пальпации отмечается диффузное уплотнение и болезненность обеих молочных желез. Узловых образований не выявлено. При надавливании из правого соска светлые прозрачные выделения зеленоватого цвета.

1. Предварительный диагноз
2. Дополнительные методы обследования
3. Консервативное лечение при доброкачественных поражениях молочных желез
4. Вы поставили правильный диагноз. Определите тактику лечения больной

**Эталон ответа:**

1. Диффузная фиброзно-кистозная мастопатия, внутрипротоковая папиллома правой молочной железы.
2. Маммография, цитологическое исследование отделяемого, дуктография.
3. Подавление фолликулостимулирующего гормона, подавление лютеинизирующего гормона, антипролактинные препараты.
4. Консервативная терапия, пункция и аспирация крупных кист под контролем УЗИ.

### **Задача № 15.**

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9

У больной И., 58 лет, 10 месяцев назад появилась дисфагия, которая постепенно нарастает

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

1. Ваш диагноз?
2. Какие диагностические средства следует использовать для подтверждения диагноза и уточнения распространенности процесса?
3. Ваша тактика в лечении больной?

**Ответы**

4. Плоскоклеточный рак пищевода IV стадии.
5. РГ с барием (можно с пневмомедиастинумом), КТ, лимфодуктография, азиография, медиастиноскопия, радиоизотопное исследование с РГ.
6. Больной неоперабелен – наложение гастростомы, лучевое лечение, можно химиотерапию (малоэффективно).

**Тесты для промежуточной аттестации (1 курс, 2 семестр)**

**Выберите один или несколько правильных ответов**

**Компетенции: УК-1, ПК-6, ПК-8, ПК-9.**

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

- а) массаж груди
- б) сцеживание молока
- в) смазывание сосков дезинфицирующими растворами
- г) возвышенное положение груди
- д) УФ-терапия

Эталон ответа: а

**Компетенции: УК-1**

2. Нельзя отнести к первично-хроническому остеомиелиту:

- а) абсцесс Броди
- б) остеомиелит Гарре
- в) остеомиелит Олье
- г) посттравматический остеомиелит

Эталон ответа: г

**Компетенции: УК-1, ПК-5.**

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

- а) на 1 неделе заболевания
- б) на 2 неделе заболевания
- в) на 3–4 неделях заболевания
- г) на 5–6 неделях заболевания

Эталон ответа: в

**Компетенции: УК-1, ПК-5.**

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

- а) к концу 1 недели
- б) к концу 2 недели
- в) к концу 3 недели
- г) к концу 4 недели.

Эталон ответа: а

**Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-5**

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

- а) в диафизе кости
- б) в эпифизе кости
- в) в метафизе кости
- г) не имеет значения

Эталон ответа: в

**Компетенции: УК-1, ПК-5.**

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

- а) лейкоцитоз
- б) боль в конечности
- в) нарушение функции конечности
- г) гипертермию
- д) анемию

Эталон ответа: д

**Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2**

7. Введение профилактической дозы противостолбнячной сыворотки не показано:

- а) при термическом ожоге 2 степени
- б) при ушибленной ране головы
- в) при колотой ране стопы
- г) при закрытом переломе фаланги
- д) при открытом переломе фаланги

Эталон ответа: г.

**Компетенции: УК-1, ПК-5.**

8. Не является характерным для картины острой фазы столбняка:

- а) судороги мышц конечностей и туловища
- б) гипертермия
- в) тахикардия
- г) «сардоническая» улыбка
- д) коллапс, анемия

Эталон ответа: д

**Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-6,**

9. К ранним симптомам столбнячной инфекции не следует относить:

- а) судороги
- б) усиление болей в ране
- в) раздражительность
- г) головные боли
- д) потливость

Эталон ответа: а

**Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-6,**

10. К местным признакам туберкулезного поражения тазобедренного сустава не следует отнести:

- а) гиперемию кожи
- б) атрофию мягких тканей
- в) деформацию сустава
- г) нарушение функции сустава
- д) боли в суставе

Эталон ответа: а

**Компетенции: УК-1**

11. Вторичное заживление раны наблюдается при заживлении через:

- а) нагноение
- б) струп
- в) грануляции
- г) все указанное
- д) ничего из указанного

Эталон ответа: г

**Компетенции: УК-1, ПК-6**

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

- а) 18–24 часа
- б) 24–36 часов
- в) 36–48 часов
- г) 48–72 часа
- д) более 72 часов

Эталон ответа: а

**Компетенции: УК-1, ПК-6**

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

- а) через 6 часов
- б) до 18 часов
- в) 18–24 часа
- г) 24–48 часов
- д) более 48 часов

Эталон ответа: г

**Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-6**

14. В какие сроки осуществляют раннюю хирургическую обработку раны?

- а) до 6 часов
- б) до 12 часов
- в) до 18 часов
- г) более 24 часов

Эталон ответа: а

**Компетенции: УК-1, ПК-9**

15. Какое осложнение не является характерным для рецидивирующего рожистого воспаления нижних конечностей?

- а) лимфостаз
- б) тромбофлебит
- в) вторичный варикоз
- г) сепсис
- д) периостит

Эталон ответа: а

**Компетенции: УК-1, ПК-5.**

16. Эризепеллоид от панариция отличается:

- а) отсутствием отека
- б) отсутствием локальной болезненности и зудом
- в) лимфангитом
- г) гиперемией пальца

Эталон ответа: б

**Компетенции: УК-1, ПК-5.**

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

- а) тромбоз кавернозного синуса
- б) тромбоз сонной артерии
- в) периостит верхней челюсти
- г) рожистое воспаление лица
- д) некроз кожи

Эталон ответа: а

**Компетенции: УК-1, ПК-5.**

18. При надапоневротической флегмоне ладони не наблюдается:

- а) отек
- б) гиперемия
- в) флюктуация
- г) нарушение функции
- д) гипертермия

Эталон ответа: в

**Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-6**

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

- а) оперировать больного
- б) назначить антибиотики
- в) назначить физиотерапевтическое лечение
- г) наблюдать процесс в динамике

Эталон ответа: а

**Компетенции: УК-1, ПК-6.**

20. Лечение фурункула в первой фазе заболевания не предусматривает:

- а) операции
- б) физиотерапии
- в) спиртовых компрессов
- г) антибиотиков
- д) методов иммунотерапии

Эталон ответа: а

**Компетенции: УК-1, ПК-5.**

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

- а) I и V
- б) I и III
- в) III и IV
- г) II и IV

Эталон ответа: а.

**Компетенции: УК-1, ПК-6, ПК-8.**

22. Нельзя использовать в лечении серозной фазы мастита:

- а) рассечение
- б) антибиотикотерапию
- в) физиотерапию
- г) профилактику лактостаза
- д) ретромаммарную новокаиновую блокаду с антибиотиками

Эталон ответа: а

**Компетенции: УК-1, ПК-5.**

23. Инфильтрат от абсцесса мягких тканей отличается:

- а) болью
- б) гиперемией
- в) отсутствием флюктуации
- г) гипертермией
- д) лейкоцитозом

Эталон ответа: в.

**Компетенции: УК-1, ПК-5 ПК-6**

24. Гидраденит чаще всего локализуется в области:

- а) подмышечной впадины
- б) паха
- в) локтевой ямки
- г) подколенной области
- д) не имеет значения

Эталон ответа: а

**Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-5.**

25. Возбудителем рожистого воспаления является:

- а) стафилококк
- б) стрептококк
- в) палочка свиной рожи
- г) клебсиелла
- д) анаэробы

Эталон ответа: б

**Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-5**

26. Фурункул, как правило, вызывается:

- а) Стрептококком
- б) Стафилококком
- в) Гонококком
- г) Синегнойной палочкой
- д) Протеом

Эталон ответа: б.

**Компетенции: УК-1, ПК-6, ПК-8**

27. Лечение фурункула включает: 1. Протирание окружающей кожи 70° спиртом 2. Выдавливание и повязки с гипертоническим раствором поваренной соли при наличии некроза 3. Обкладывание пеницилином с новокаином вокруг воспалительного инфильтрата 4. Прием сульфаниламидных препаратов внутрь 5. Ультрафиолетовое облучение

- а) Верно 1,2,3,4
- б) Верно 1,3,4,5
- в) Верно 1,2,3,4,5
- г) Верно 2,3,4,5

д) Верно 1,2,4,5

Эталон ответа: б.

**Компетенции: УК-1, ПК-6, ПК-8**

28. При карбункуле шеи показано: 1. Согревающий компресс с мазью Вишневского 2. Антибиотики внутримышечно 3. Сульфаниламидные препараты внутрь 4. Витаминотерапия 5. Ультрафиолетовое облучение

а) Верно 2,3,4,5

б) Верно 1,2,3,4

в) Верно 1,3,4,5

г) Верно 1,2,3,4,5

д) Верно 1,2,4,5

Эталон ответа: а.

**Компетенции: УК-1, ПК-5**

29. Возбудителем гидраденита чаще всего является:

а) Стрептококк

б) Протей

в) Стафилококк

г) Синегнойная палочка

д) Кишечная палочка

Эталон ответа: в.

**Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-6**

30. Для флегмоны характерно: 1. Общее недомогание 2. Повышение температуры тела 3. Локальная болезненность 4. Локальная гиперемия кожи 5. Полость с гноем, окруженная капсулой

а) Верно 1,2,3,4,5

б) Верно 1,3,4,5

в) Верно 2,3,4,5

г) Верно 1,2,4,5

д) Верно 1,2,3,4

Эталон ответа: д.

**Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-5**

31. В этиологии парапроктита характерно проникновение инфекции в параректальную клетчатку через: 1. Трещины заднего прохода 2. Воспаленные геморроидальные узлы 3. Бытовым путем 4. Поврежденную слизистую оболочку прямой кишки 5. Расчесы области заднего прохода

а) Верно 1,2,3,4

б) Верно 1,3,4,5

в) Верно 1,2,4,5

г) Верно 1,2,3,5

д) Верно 1,2,3,4,5

Эталон ответа: в.

**Компетенции: УК-1, ПК-5**

32. Наиболее тяжелые формы гнойного артрита вызываются:

а) Стафилококком

б) Пневмококком

в) Протеем

г) Синегнойной палочкой

д) Гемолитическим стрептококком

Эталон ответа: д.

**Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-6, ПК-8, ПК-9**

33. При фурункуле лица с высокой температурой применяется: 1. Строгий постельный режим 2. Широкое раскрытие гнойного очага 3. Пища в жидком состоянии 4. Инфузионная дезинтоксикационная терапия

- а) Верно 1,2
- б) Верно 1,4
- в) Верно 2,3
- г) Верно 2,4
- д) Верно 1,3

Эталон ответа: д.

**Компетенции: УК-1, ПК-5**

34. Возбудителем рожи является:

- а) Золотистый стафилококк
- б) Стрептококк
- в) Кишечная палочка
- г) Ассоциация микроорганизмов
- д) Синегнойная палочка

Эталон ответа: б.

**Компетенции: УК-1**

35. К осложнениям оперативного лечения гнойного паротита относится:

- а) Свищ
- б) Флегмона шеи
- в) Остеомиелит нижней челюсти
- г) Парез ветвей лицевого нерва
- д) Парез ветвей тройничного нерва

Эталон ответа: г.

**Компетенции: УК-1**

36. Наиболее опасные осложнения флегмоны шеи: 1. Гнойный медиастинит 2. Гнойный менингит 3. Сдавнение дыхательных путей 4. Прорыв гноя в пищевод 5. Сепсис

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

Эталон ответа: в.

**Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-6**

37. После установления диагноза острого гнойного медиастинита в первую очередь необходимы:

- а) Массивная антибиотикотерапия
- б) Иммуноотрапия
- в) Дезинтоксикационная терапия
- г) Хирургическое лечение
- д) Гемотрансфузия

Эталон ответа: г.

**Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-2**

38. При рецидивирующей роже нижних конечностей наиболее частым осложнением бывает:

- а) Остеомиелит

- б) Тромбофлебит
- в) Периостит
- г) Лимфостаз
- д) Сепсис

Эталон ответа: г.

**Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-6**

39. При гнилостном парапроктите целесообразно применение:
- а) Клафорана
  - б) Гентамицина
  - в) Вибрамицина
  - г) Метроджила и клиндамицина
  - д) Любого из перечисленных антибиотиков

Эталон ответа: г.

**Компетенции: УК-1, ПК-9**

40. Основной опасностью фурункула лица является:
- а) Нарушение дыхания за счет отека
  - б) Выраженная интоксикация
  - в) Угроза развития осложнений со стороны органов зрения
  - г) Развитие восходящего лицевого тромбофлебита
  - д) Образование некрозов кожи с последующим грубым рубцеванием

Эталон ответа: г.

**Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-9**

41. Факторами риска, способствующими появлению госпитальной инфекции в дооперационном периоде являются: 1. Сахарный диабет 2. Предшествующие инфекционные заболевания 3. Ожирение 4. Авитаминоз
- а) Верно 1,3
  - б) Верно 1,4
  - в) Верно 2,3
  - г) Верно 3,4
  - д) Верно 1,2

Эталон ответа: д.

**Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-6**

42. Операцию артротомии при гнойном артрите производят:
- а) При обширном разрушении суставных концов костей
  - б) При многократных повторных пункциях сустава, не дающих эффекта
  - в) При наличии гноя в полости сустава
  - г) При разрушении связочного аппарата сустава
  - д) При резко выраженном болевом синдроме

Эталон ответа: б.

**Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-5, ПК-6**

43. К характерным местным симптомам туберкулеза суставов относятся: 1. Боль 2. Нарушение функции сустава 3. Деформация сустава 4. Выраженная гиперемия кожи 5. Прогрессирующая мышечная атрофия конечностей
- а) Верно 1,2,3,4
  - б) Верно 2,3,4,5
  - в) Верно 1,3,4,5
  - г) Верно 1,2,3,5
  - д) Верно 1,2,3,4,5

Эталон ответа: г.

**Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-5, ПК-6**

44. Ярко выраженная картина столбняка обычно протекает со следующими симптомами:

1. Распространенные судороги мышц туловища и конечностей 2. Повышение температуры тела до 42 С 3. Отсутствие сознания 4. Резко выраженная тахикардия 5. Задержка мочеиспускания

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

Эталон ответа: в.

**Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-2**

45. Профилактическое введение противостолбнячной сыворотки необходимо при: 1.

Ушибленной ране головы 2. Термическом ожоге бедра 2-й степени 3. Остром гангренозном аппендиците 4. Открытом переломе плеча 5. Закрытом переломе голени

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

Эталон ответа: д.

**Компетенции: УК-1, ПК-6**

46. При лечении столбняка применяется: 1. Противостолбнячная сыворотка 2. Столбнячный анатоксин 3. Мышечные релаксанты 4. Хлоралгидрат 5. Нейролептики

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

Эталон ответа: в.

**Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-6, ПК-8**

47. В ранней стадии гематогенного остеомиелита показаны: 1. Экстренная операция 2. Введение антибиотиков 3. Переливание крови 4. Введение витаминов 5. Создание функционального покоя пораженной области

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

Эталон ответа: а.

**Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-9**

48. К предрасполагающим факторам развития гематогенного остеомиелита относятся:

- а) Травма кости
- б) Общее или местное охлаждение
- в) Перенесенные инфекции
- г) Наличие гнойно-воспалительного процесса
- д) Авитаминоз

Эталон ответа: г.

**Компетенции: УК-1, ПК-5**

49. Наиболее часто при остром гематогенном остеомиелите поражается: 1. Нижний метафиз бедра 2. Верхний метафиз бедра 3. Нижний метафиз голени 4. Верхний метафиз голени
- а) Верно 1,2
  - б) Верно 1,3
  - в) Верно 2,3
  - г) Верно 3,4
  - д) Верно 1,4

Эталон ответа: г.

**Компетенции: УК-1, ПК-5**

50. При септикопиемическом осложнении острого гематогенного остеомиелита гнойные очаги чаще локализуются:
- а) В печени
  - б) В легких
  - в) В селезенке
  - г) В головном мозге
  - д) В сердце

Эталон ответа: г.

**Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-5**

51. Возбудителем фурункула чаще всего является:
- а) стафилококк
  - б) стрептококк
  - в) палочка свиной рожи
  - г) клебсиелла
  - д) анаэробы

Эталон ответа: а

**Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-5**

52. Возбудителем гидраденита чаще всего является:
- а) стафилококк
  - б) стрептококк
  - в) палочка свиной рожи
  - г) клебсиелла
  - д) анаэробы

Эталон ответа: а

**Компетенции: УК-1, ПК-6**

53. Оперативное лечение абсцедирующего фурункула предусматривает:
- а) линейный разрез
  - б) дугообразный разрез
  - в) иссечение гнойника
  - г) крестообразный разрез
  - д) все верно

Эталон ответа: а

**Компетенции: УК-1, ПК-6**

54. Оперативное лечение карбункула предусматривает:
- а) линейный разрез
  - б) дугообразный разрез
  - в) иссечение гнойника
  - г) крестообразный разрез
  - д) все верно

Эталон ответа: в

**Компетенции: УК-1, ПК-6**

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

- а) Оберста-Лукашевича
- б) Брауна
- в) инфильтрационную местную анестезию
- г) блокаду плечевого сплетения
- д) все верно

Эталон ответа: а.

**Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-6**

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

- а) первичная хирургическая обработка раны
- б) ушивание раны
- в) введение антибиотиков
- г) профилактика столбняка

Эталон ответа: б.

**Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-5.**

57. К амбулаторному хирургу обратился пациент с жалобами на резкую боль во 2 пальце правой кисти, повышение температуры тела до 37,9С. При осмотре палец резко увеличен в объеме, неправильной формы, кожа цианотична, движения в суставах пальца отсутствуют. Давность заболевания – 5 суток. Наиболее вероятный диагноз:

- а) костный панариций
- б) тендовагинит
- в) пандактилит
- г) подкожный панариций

Эталон ответа: в

**Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-5**

58. К амбулаторному хирургу обратился пациент с жалобами на интенсивные, «сверлящего» характера боли на протяжении дистальной фаланги 3 пальца правой руки, повышение температуры тела до 39С, головную боль, общее недомогание. При осмотре наблюдается колбообразное утолщение фаланги, кожа над ним гиперемирована. Давление по оси пальца резко болезненно. Давность заболевания – 3 суток. Наиболее вероятный диагноз:

- а) костный панариций
- б) тендовагинит
- в) пандактилит
- г) подкожный панариций

Эталон ответа: а

**Компетенции: УК-1, ПК-1**

59. Наиболее частой причиной смерти при столбнячной инфекции является:

- а) асфиксия
- б) присоединение анаэробной инфекции
- в) пневмония
- г) поражение нервной системы

Эталон ответа: а

**Компетенции: УК-1, ПК-5.**

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

- а) боль
- б) флюктуация
- в) повышение температуры тела
- г) локальная отечность
- д) гиперемия кожи

Эталон ответа: б

**Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-6, ПК-8**

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

- а) произвести продольную резекцию ногтевой пластинки
- б) удалить ноготь
- в) гигиена стопы, ванночки с марганцовкой, в последующем – оперативное лечение
- г) в лечении не нуждается.

Эталон ответа: в

**Компетенции: УК-1, ПК-5.**

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

- а) инфильтрат промежности с гиперемией
- б) боли в глубине таза
- 3) отсутствие изменений на коже промежности
- г) высокая температура
- д) выраженная интоксикация

Эталон ответа: а

**Компетенции: УК-1, ПК-5.**

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

- а) гнойное отделяемое из свища
- б) выделение жидкого кала из свища
- 3) выделение алой крови из анального канала после дефекации
- г) выделение газов через свищ
- д) периодическое обострение болей с повышением температуры

Эталон ответа: в.

**Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-9**

64. Перед исследованием щитовидной железы с помощью радиоактивного изотопа йода-131 не должны применяться йодистый и тиреостатические препараты в течение:

- а) 10 дней
- б) 20 дней
- в) 30 дней
- г) 40 дней
- д) 50 дней

Эталон ответа: в.

**Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-5**

65. С помощью сканирования щитовидной железы можно определить: 1. Форму железы 2. Наличие "горячих" узлов 3. Наличие "холодных" узлов 4. Наличие гипертиреоза 5. Подвижность железы

- а) Верно 1,2,4,5
  - б) Верно 1,3,4,5
  - в) Верно 1,2,3,4,5
  - г) Верно 2,3,4,5
  - д) Верно 1,2,3,4
- Эталон ответа: д.

**Компетенции: УК-1, ПК-5**

66. Пункционную биопсию щитовидной железы целесообразно проводить при: 1. Дифференциальной диагностике различных заболеваний железы 2. Определение степени включения радиофарм-препарата в ткань железы 3. Определение характера патологического процесса 4. Определение локализации и распространенности патологического процесса 5. Установление длительности заболевания

- а) Верно 1,2,3,5
  - б) Верно 1,3,4,5
  - в) Верно 1,2,3,4,5
  - г) Верно 2,3,4,5
  - д) Верно 1,2,3,4
- Эталон ответа: д.

**Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-9**

67. Возможные осложнения хирургического лечения тиреотоксикоза: 1. Тиреотоксический криз 2. Парез голосовых связок 3. Послеоперационный тиреотоксикоз 4. Кровотечение 5. Ухудшение слуха и зрения

- а) Верно 1,2,3,5
  - б) Верно 1,3,4,5
  - в) Верно 1,2,3,4,5
  - г) Верно 2,3,4,5
  - д) Верно 1,2,3,4
- Эталон ответа: д.

**Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-6**

68. При развитии тяжелого послеоперационного тиреотоксического криза наблюдается: 1. Психическое возбуждение 2. Беспокойство 3. Повышение температуры тела и учащение пульса 4. Появление холодного пота 5. Нарастание экзофтальма

- а) Верно 1,2,3,5
  - б) Верно 1,3,4,5
  - в) Верно 2,3,4,5
  - г) Верно 1,2,3,4,5
  - д) Верно 1,2,3,4
- Эталон ответа: д.

**Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-6**

69. При развитии тяжелого послеоперационного тиреотоксического криза необходимо применять: 1. Кортикостероиды 2. Сердечные средства 3. Жаропонижающие 4. Внутривенное введение глюкозо-новокаиновой смеси 5. Антикоагулянты

- а) Верно 1,2,3,4,5
  - б) Верно 1,3,4,5
  - в) Верно 2,3,4,5
  - г) Верно 1,2,3,5
  - д) Верно 1,2,3,4
- Эталон ответа: д.

**Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-9**

70. Возможные осложнения оперативного лечения диффузного токсического зоба: 1. Ранение ветвей возвратного нерва 2. Кровотечение во время операции и в ближайшие часы после неё 3. Гипопаратиреоз 4. Ларингоспазм 5. Ранение трахеи

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

Эталон ответа: д.

**Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-5**

71. При острой паратиреоидной тетании приступы судорог могут развиваться в ближайшие:

- а) 2 ч
- б) 4 ч
- в) 6 ч
- г) 8 ч
- д) 12 ч

Эталон ответа: в.

**Компетенции: УК-1**

72. Кровотечение в послеоперационном периоде у больных тиреотоксикозом встречается:

- а) У 1% больных
- б) У 3-5% больных
- в) У 6-8% больных
- г) У 9-10% больных
- д) Более чем у 10 % больных

Эталон ответа: а.

**Компетенции: УК-1, ПК-8, ПК-9**

73. Противопоказаниями к лечению тиреотоксикоза радиоактивным изотопом I-131 являются: 1. Беременность и период лактации 2. Лейкопения 3. Токсический зоб, локализующийся в загрудинном пространстве и позади пищевода 4. Узловые и смешанные формы токсического зоба 5. Пожилой возраст

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

Эталон ответа: д.

**Компетенции: УК-1, ПК-6, ПК-8, ПК-9**

74. Показаниями к применению I-131 в лечебных целях являются: 1. Отказ больных от операции 2. Наличие декомпенсации сердца у больных с токсическим зобом 3. Рецидив тиреотоксикоза после субтотальной резекции щитовидной железы 4. Отсутствие эффекта консервативного лечения больных с тяжелым и средней тяжести диффузным токсическим зобом 5. Аллергия к тиреоидину

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

Эталон ответа: д.

**Компетенции: УК-1**

75. Нормальным количеством околощитовидных желез у человека принято считать:

- а) 1 пару
- б) 2 пары
- в) 3 пары
- г) 4 пары
- д) 5 пар

Эталон ответа: б.

**Компетенции: УК-1, ПК-5**

76. Типичными местами расположения околощитовидных желез являются:

- а) Передняя поверхность верхних полюсов обеих долей
- б) Передняя поверхность средних отделов обеих долей
- в) Передняя поверхность нижних полюсов обеих долей
- г) Задняя поверхность верхних и нижних полюсов обеих долей
- д) Загрудинное пространство

Эталон ответа: г.

**Компетенции: УК-1, ПК-5**

77. Нормальный размер околощитовидной железы:

- а) 2х1х0,5 мм
- б) 3х2х1,5 мм
- в) 4х2,5х2 мм
- г) 6х3х1,5 мм
- д) 7,5х5х3 мм

Эталон ответа: г.

**Компетенции: УК-1, ПК-5**

78. Форма нормальной околощитовидной железы:

- а) Серповидная
- б) Шарообразная
- в) Цилиндрическая
- г) Конусообразная
- д) Дискообразная

Эталон ответа: д.

**Компетенции: УК-1, ПК-5**

79. Окраска нормальной околощитовидной железы:

- а) Коричневая
- б) Оранжевая
- в) Желтая
- г) Серая
- д) Вишневая

Эталон ответа: в.

**Компетенции: УК-1, ПК-5**

80. Гиперкальциемией принято считать уровень кальция в крови, превышающий:

- а) 11 мг%
- б) 12 мг%
- в) 13 мг%
- г) 14 мг%
- д) 15 мг%

Эталон ответа: а.

**Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-6, ПК-8**

81. При развитии гиперкальциемического криза следует применить: 1. Серноокислую магнезию 2. 5% раствор глюкозы 3. Сердечные средства 4. Кислород 5. Паратгормон

а) Верно 1,2,3,4,5

б) Верно 1,2,3,5

в) Верно 1,3,4,5

г) Верно 2,3,4,5

д) Верно 1,2,3,4

Эталон ответа: д.

**Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-6**

82. Гиперкальциемия может проявляться: 1. Неприятной тянущей мышечной болью локального или диффузного характера 2. Болью в костях и суставах, чаще мигрирующего характера 3. Жаждой и тошнотой 4. Головной болью, головокружением и сердцебиением 5. Зевотой и икотой

а) Верно 1,3,4,5

б) Верно 1,2,4,5

в) Верно 1,2,3,4,5

г) Верно 2,3,4,5

д) Верно 1,2,3,4

Эталон ответа: д.

**Компетенции: УК-1**

83. Максимум действия парагормона после введения его в организм наступает через:

а) 20 мин.

б) 30 мин.

в) 40 мин.

г) 50 мин.

д) 60 мин.

Эталон ответа: д.

**Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-9**

84. К наиболее ранним симптомам гиперпаратиреоза относятся: 1. Общая слабость 2. Быстрая утомляемость 3. Снижение нервномышечной возбудимости и развитие гипотонии в отдельных группах мышц 4. Боль в стопах 5. Переломы костей

а) Верно 1,3,4,5

б) Верно 1,2,4,5

в) Верно 1,2,3,4,5

г) Верно 2,3,4,5

д) Верно 1,2,3,4

Эталон ответа: д.

**Компетенции: УК-1**

85. Частота сочетания гиперпаратиреоза с панкреатитом составляет:

а) Менее 3%

б) 3-5%

в) 6-10%

г) 11-15%

д) Свыше 15%

Эталон ответа: а.

**Компетенции: УК-1**

86. Частота рака аденомы околощитовидной железы составляет:

а) 2%

б) 6%

- в) 10%
- г) 12%
- д) 15%

Эталон ответа: а.

**Компетенции: УК-1, ПК-1**

87. Гиперпаратиреоз является причиной развития мочекаменной болезни приблизительно:

- а) У 2-6% больных
- б) У 8-10% больных
- в) У 10-15% больных
- г) У 20% больных
- д) Более чем у 20 % больных

Эталон ответа: в.

**Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-5, ПК-6**

88. Для гиперкальциемического криза характерны: 1. Неукротимая рвота 2. Постоянная тошнота 3. Частая икота 4. Тахикардия 5. Сердцебиение

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

Эталон ответа: в.

**Компетенции: УК-1, ПК-5,**

89. Не является признаком иреотоксического сердца:

- а) мерцательная аритмия
- б) кардиодилатация
- в) систолический шум на верхушке
- г) высокое систолическое давление
- д) низкое систолическое давление

Эталон ответа: д.

**Компетенции: УК-1, ПК-5**

90. На 2 день после операции по поводу диффузного токсического зоба у больного внезапно появилось двигательное и психическое возбуждение, тахикардия 130 уд/мин, температура 39,8°С. Диагноз:

- а) гиперпаратиреоз
- б) гипопаратиреоз
- в) тиреотоксический криз
- г) гипотиреоз
- д) тиреоидит оставшейся части щитовидной железы

Эталон ответа: 3

**Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-6**

91. Для тиреотоксического криза характерно все, кроме:

- а) потери сознания
- б) симптома Хвостека
- в) гипертермии
- г) тахикардии
- д) нервнопсихических расстройств

Эталон ответа: 2

**Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-6**

92. Осложнением, не характерным для операций на щитовидной железе является:
- а) кровотечение
  - б) воздушная эмболия
  - в) жировая эмболия
  - г) повреждение трахеи
  - д) поражение возвратного нерва

Эталон ответа: 3

**Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-6**

93. Для болезни Гревса - Базедова не характерно наличие:
- а) зоба
  - б) тахикардии
  - в) экзофтальма
  - г) диастолического шума на верхушке сердца
  - д) все перечисленное характерно для данного заболевания

Эталон ответа: 4

**Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-6**

94. Наиболее частым осложнением струмэктомии является:
- а) повреждение возвратного нерва
  - б) рецидив тиреотоксикоза
  - в) тетания
  - г) гипотиреоз
  - д) прогрессирующий экзофтальм

Эталон ответа: 4

**Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-6**

95. Судороги, симптомы Хвостека и Труссо после струмэктомии говорят:
- а) за гипотиреоз
  - б) за тиреотоксический криз
  - в) за травму гортанных нервов
  - г) за гипопаратиреоз
  - д) за остаточные явления тиреотоксикоза

Эталон ответа: 4

**Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-6**

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

- а) гипотиреоидную реакцию
- б) гипертиреоидную реакцию
- в) паратиреоидную недостаточность
- г) гиперпаратиреоз
- д) повреждение n.vagus

Эталон ответа: в

**Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-6**

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

- а) повреждение трахеи
- б) повреждение n.laryngeus recurrens
- в) инородное тело гортани
- г) гематома
- д) тиреотоксический криз

Эталон ответа: б

**Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-6**

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

- а) повреждение верхнего гортанного нерва во время операции
- б) гипотиреоз
- в) гипопаратиреоз вследствие операционной травмы паратиреоидных желез
- г) гиперпаратиреоз
- д) тиреотоксический шок

Эталон ответа: в

**Компетенции: УК-1**

99. Что такое пандактилит?

- а) Гнойное воспаление ногтя.
- б) Гнойное воспаление околоногтевого ложа.
- в) Гнойное воспаление сухожильного влагалища пальца.
- г) Гнойное воспаление кости фаланги пальца.
- д) Гнойное воспаление всех тканей пальца.

Эталон ответа: д

**Компетенции: УК-1, ПК-5**

100. Панариций в форме «запонки» - это:

- а) Подкожный панариций с прорывом гноя под эпидермис.
- б) Сухожильный панариций.
- в) Паронихий.
- г) Костный панариций.
- д) Суставной панариций.

Эталон ответа: а

## СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

**Задача № 1.**

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6

У больной на 2-е сутки после тиреоидэктомии по поводу многоузлового зоба появились парестезии в области кончиков пальцев рук, ощущение «мурашек». Позднее диагностирован симптом «руки акушера», боли и судороги в мышцах.

1. Какое осложнение послеоперационного периода можно предположить
2. Какое исследование наиболее информативно для уточнения характера осложнения
3. Вы поставили правильный диагноз. Ваша тактика
4. Укажите основную причину первичного гиперпаратиреоза

**Эталон ответа:**

1. Гипопаратиреоз
2. Определение уровня ионизированного кальция и паратгормона крови
3. Введение препаратов кальция и витамина D3
4. Аденома паращитовидной железы

**Задача № 2**

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9

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

1. Какой Вы поставите диагноз?
2. Как можно его подтвердить?
3. Как лечить больную?

**Эталон ответа:**

1. Имеются все основания заподозрить у больной малигнизацию зоба.
2. Подтвердить диагноз рака щитовидной железы помогут исследования крови, УЗИ и данные радиоактивного сканирования щитовидной железы, пункционная биопсия.
3. Больной показана операция – струмэктомия с удалением регионарных лимфатических узлов и последующей лучевой терапией, лечением препаратами щитовидной железы.

### **Задача № 3.**

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6

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

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

1. Что представляет собой это образование и чем оно может оказаться?
2. Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения диагноза?
3. Ваш диагноз и тактика в лечении больной?

**Эталон ответа:**

1. Надо прежде всего думать о наличии аберрантного тиреотоксического зоба.
2. Помочь постановке диагноза может исследование функции щитовидной железы с радиоактивным йодом и сканирование железы. Исключить эхинококковую кисту средостения помогут данные анамнеза (контакт с животными), анализ крови (эозинофилия), проба с эхинококковым антигеном (реакция латекс-агглютинации). Округлое образование может оказаться и опухолью и дермоидной кистой средостения.
3. В любом случае больная подлежит оперативному лечению.

### **Задача № 4.**

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9

Больная 25 лет обратилась на прием с жалобами на раздражительность, плаксивость, быструю утомляемость, головную боль, чувство спазма в области гортани. Работает и учится, мало отдыхает, спит до 6 часов в сутки.

Объективно: Пониженного питания, глаза блестят, легкое дрожание пальцев кистей. Шея обычная, щитовидная железа заметна только при глотании. При пальпации отчетливо определяются только боковые доли, последние равномерно мягкие, аускультативно над ними ничего не выслушивается. Пульс 100 в минуту, с единичными экстрасистолами. Артериальное давление 150/60. При аускультации сердца систолический шум. При пальпации живота без особенностей.

1. Ваш диагноз?
2. Этиология и патогенез данного заболевания?
3. Какие дополнительные лабораторные и инструментальные методы исследования необходимо выполнить?
4. Какую клиническую классификацию следует применить для постановки диагноза?
5. Какие осложнения могут развиваться у больной?
6. Какова должна быть лечебная тактика? Показания к оперативному лечению при данной патологии?
7. Принципы оценки трудоспособности при данном заболевании?

### **Эталон ответа:**

1. Диффузный токсический зоб. Тиреотоксикоз.
2. Диффузный токсический зоб (базедова болезнь, болезнь Грейвса) – заболевание, обусловленное повышением продукции тиреоидных гормонов и характеризующееся диффузным увеличением щитовидной железы разной степени. Диффузный токсический зоб рассматривают как аутоиммунное заболевание, при котором аномальный IgG (тиреоид-стимулирующий Ig) связывается с рецепторами ТТГ на фолликулярных клетках щитовидной железы, что приводит к диффузному увеличению железы и стимуляции выработки тиреоидных гормонов.
8. УЗИ. Определение уровня тиреотропного (ТТГ) и тиреоидных гормонов (тироксин – Т4 и трийодтиронин – Т3), белково-связанного йода. При подозрении на токсическую аденому – радиоизотопное сканирование
9. Тиреотоксикоз: легкий, средней и тяжелый. Стадии: нейровегетативная стадия; нейроэндокринная стадия; висцеропатическая стадия; кахектическая.
10. Аритмия, эндокринная офтальмопатия, сердечно-сосудистая недостаточность, необратимые склеротические изменения внутренних органов и др.
11. Консервативно лечится тиреотоксикоз легкой и средней тяжести.
12. Оперативному лечению подлежит тяжелый тиреотоксикоз и рецидив тиреотоксикоза после медикаментозного лечения
13. Если операция выполнялась по поводу токсического зоба, в послеоперационном периоде эти больные должны находиться на больничном листке по временной нетрудоспособности до 4 месяцев. Больным, у которых в послеоперационном периоде длительное время сохраняются остаточные явления тиреотоксикоза, противопоказан тяжелый физический труд и работа в условиях повышенной температуры. Если в течение шести месяцев остаточные явления тиреотоксикоза не проходят и у больных не восстанавливается трудоспособность, то их направляют на МСЭК для решения вопроса о нетрудоспособности.

### **Задача № 5.**

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6

У пациентки 28 лет во время беременности в сроке 28 -30 недель появились эпизоды подъема АД до 200 мм рт ст с приступами головной боли, возбуждения, тахикардией, ознобами без подъема температуры тела. При УЗИ обнаружено увеличение правого полюса левой почки.

1. Каков предположительный диагноз?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести?
3. Предпочтительный способ лечения?

### **Эталон ответа:**

1. Феохромоцитома.
2. Необходимо определение уровня адреналина и норадреналина в крови.
3. Лапароскопическая адреналэктомия.

### **Задача № 6**

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9

Больной П., 62 лет, находится в хирургическом отделении по поводу острого гангренозного аппендицита. Операция 5 суток назад. Сегодня появились боли в области послеоперационной раны, озноб, температура тела поднялась до 38,5°C.

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

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

1. Клинический диагноз.
2. Причина ухудшения состояния больного.
3. Какие клинические и лабораторные данные позволяют заподозрить осложнение?
4. Тактика ведения больного.

5. Какие химиотерапевтические и антисептические средства применимы в данной ситуации?
6. Нуждается ли больной в переводе в другое отделение? Если да, то в какое?
7. Виды дренирования раны.
8. Методы асептики.

**Эталон ответа:**

1. Гангренозный аппендицит, аппендэктомия, нагноение п/о раны.
2. Нагноение п/о раны
3. Лейкоцитоз со сдвигом влево, повышенное СОЭ, лихорадка
4. Снять швы, вести как гнойную рану
5. Антибиотики в/м, промывание растворами АС, водорастворимые мази (левомеколь, диоксиколь), повязки с АС
6. В гнойную хирургию
7. Активная, пассивная, проточно-промывная дренирование
8. Асептика: организационные мероприятия (планирование хирургического отделения, разделение потоков больных), обязательное ношение масок, кварцевание, проветривание, влажная уборка, стерилизация хирургического инструментария, шовного материала, имплантантов, обработка хирургического поля, рук хирурга.

**Задача № 7**

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-6, ПК-8

Больной Г., 51 года, находится в стационаре 30 суток. Поступил с диагнозом закрытая травма живота, внутрибрюшное кровотечение. При выполненной экстренной лапаротомии выявлен разрыв селезенки, которая удалена. Брюшная полость ушита наглухо, без дренажа. Через 14 суток после лапаротомии появилась температура до 37,5 градусов. Рана без нагноения. Больной стал отмечать боли в левом подреберье, озноб, головные боли, тахикардию, повышение температуры тела до 39-40 градусов. При УЗИ правого подреберья выявлен абсцесс, который вскрыт и дренирован. В анализах крови появилась анемия, лейкоцитоз, палочко-ядерный сдвиг влево, высокое СОЭ, снижение количества лимфоцитов. Отмечено появление геморрагической сыпи на коже. Был эпизод желудочного кровотечения из эрозий слизистой желудка.

1. Хирургические методы лечения сепсиса?
2. Консервативное лечение сепсиса?

**Эталон ответа:**

1. Задачей хирургического лечения сепсиса является ликвидация гнойного очага, дренирование и санация растворами антисептиков.
2. Консервативные мероприятия по лечению сепсиса состоят в направленной антибактериальной терапии и дезинтоксикационной и симптоматической терапии, иммунокоррекции. Возможно подключение экстракорпоральных методов лечения.

**Задача № 8**

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-5, ПК-6

Больная С., 25 лет, поступила с жалобами на наличие опухолевидного образования в левой молочной железе, боль и покраснение кожи в области образования, повышение температуры тела до 38 гр. С. Из анамнеза известно, что больная в течении 6 месяцев после родов кормит ребенка грудью. За последнюю неделю появились вышеперечисленные жалобы. При осмотре в верхне-наружном квадранте левой молочной железы имеется гиперемия и кожи. При пальпации над этой областью определяется опухолевидное образование диаметром 6-7 см, плотно-эластической консистенции, с нечеткими контурами, резко болезненное при пальпации. Из сосков отделяемое белого цвета без запаха.

1. Предварительный диагноз
2. Наиболее частый возбудитель мастита
3. Какие методы обследования необходимы для уточнения диагноза
4. Какова тактика лечения больной.

**Эталон ответа:**

1. Острый мастит
2. Стафилококк
3. Пункция образования под контролем УЗИ.
4. Антибактериальная терапия, вскрытие и дренирование мастита, подавление лактации.

### **Задача № 9**

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-5, ПК-6

На прием в поликлинику обратилась пациентка 19 лет с жалобами на наличие в надлобковой области болезненного инфильтрата. Состояние удовлетворительное. Не лихорадит. Больна пять дней, беспричинно. При осмотре по верхней границе роста волос обнаружен инфильтрат под гиперемизированной кожей диаметром около 3 см с «головкой» желтого цвета и размягчением в центре. Пальпация болезненна, инфильтрат подвижен относительно подлежащих тканей.

1. Ваш диагноз?
2. Что делать?

#### **Эталон ответа:**

1. Наличие подвижного инфильтрата с «головкой» указывает на наличие фурункула, сроки заболевания и наличие размягчения в центре говорят о наличии абсцедирования. Таким образом, у больной - абсцедирующий фурункул надлобковой области.
2. Показано хирургическое лечение – вскрытие гнойника.

### **Задача № 10**

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9

На прием в поликлинику обратилась пациентка 61 года страдающая сахарным диабетом в течение 5 лет. Принимала таблетированные сахароснижающие препараты. Два дня назад в быту получила незначительную ссадину левой голени. На следующий день вокруг ссадины появилась гиперемия, отек. Отметила резкое ухудшение состояния, резкую боль, лихорадку. При осмотре состояние средней тяжести, ближе к тяжелому, температура тела 39,1°C. ЧСС 92 в мин. АД 130/90. ЧДД 22 в мин. На левой голени в средней и нижней трети циркулярная гиперемия с довольно четким контуром в верхней трети голени, выраженный отек. В нижней трети голени по передней поверхности имеется ссадина 5х0,2 см под струпом. Рядом с ней имеются несколько пузырей диаметром 1,5-3 см с тонкой прозрачной оболочкой, через которую просвечивает желтое содержимое. Гиперемия в этой области с синюшным оттенком. Пальпация всей области гиперемии сопровождается выраженной болезненностью, в области ссадины определяется симптом флюктуации.

1. Ваш диагноз?
2. Что делать?

#### **Эталон ответа:**

1. Формулировка предварительного диагноза: «Сахарный диабет, 2 тип, тяжелое течение. Ссадина левой голени. Рожистое воспаление левой голени, эритематозно-буллезная форма. Подкожная флегмона левой голени».
2. Необходима экстренная госпитализация больной в отделение гнойной хирургии, вскрытие флегмоны, обработка пузырей, назначение антибактериальной, антиагрегантной и десенсибилизирующей терапии. Кроме того, необходим мониторинг уровня гликемии и других показателей углеводного обмена. Целесообразен переход на дробное введение короткого инсулина. Показана экстренная профилактика столбняка.

### **Задача № 11.**

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-9

На прием в поликлинику обратился пациент 18 лет с жалобами на наличие на левой щеке болезненного инфильтрата и отека. Болен третий день после выдавливания «угря». Общее со-

стояние удовлетворительное, не лихорадит. При осмотре: на левой половине лица отек суживающий глазную щель, на границе левой щеки и носогубной складки имеется инфильтрат диаметром около 3 см под гиперемированной кожей с «головкой» в центре, болезненный при пальпации, ограниченно смещаемый относительно подлежащих тканей, без флюктуации и размягчения. Движения головой и нижней челюстью не ограничены и безболезненны. Ваш диагноз? Что делать?

**Эталон ответа.**

У больного фурункул лица, с учетом выраженного отека, можно предполагать развитие регионарного ретикулярного лимфангоита. Признаков абсцедирования фурункула не выявлено. Учитывая опасность гематогенного и лимфогенного распространения инфекции в полость глазницы и черепа, больному показана экстренная госпитализация в отделение гнойной хирургии, назначение антибактериальной и антикоагулянтной терапии. Нельзя исключить вероятность хирургического лечения, показания к которому могут появиться в ходе дальнейшего наблюдения.

**Задача №12.**

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-9

На прием в поликлинику обратился пациент 43 лет с жалобами на наличие в поясничной области справа болезненного инфильтрата, общее недомогание, подъем температуры тела до 37,9°C. Болен 6 дней. Состояние средней тяжести. ЧСС 82 в мин, АД 120/80 мм рт.ст., ЧДД 18 в мин. Дыхание везикулярное. Живот мягкий, мягкий безболезненный. Физиологические отправления в норме. При осмотре в правой половине поясничной области, на границе с гребнем подвздошной кости, имеется массивный неподвижный болезненный инфильтрат диаметром около 12 см с размягчением и множественными «головками» желтого цвета в центре. Ваш диагноз? Что делать?

**Эталон ответа:**

У больного карбункул поясничной области справа. Необходима экстренная госпитализация в отделение гнойной хирургии, экстренная операция (вскрытие гнойника и некрэктомия), антибактериальная и дезинтоксикационная терапия. Нельзя исключить возможности проведения этапных некрэктомий и необходимости пластического закрытия раны после ее перехода во вторую фазу раневого процесса.

**Задача №13.**

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-5, ПК-6

На прием в поликлинику обратилась пациентка 54 лет с жалобами на лихорадку, недомогание, боль и покраснение левой голени. Больна второй день. После укуса насекомого был сильный зуд, на следующий день голень покраснела, появилась лихорадка. Больная повышенного питания. Состояние средней тяжести. Температура тела 38,6°C. ЧСС 92 в мин. АД 130/75. ЧДД 22 в мин. При осмотре на левой голени от верхней трети по передне-наружной поверхности с захватом передней поверхности голеностопного сустава имеется очаг яркой гиперемии с четкими неровными контурами. Гиперемированная кожа болезненна. Имеется умеренный отек. Подкожные вены не прослеживаются, пульсация бедренной, подколенной артерий хорошая. На стопе пульсация не определяется из-за отека. Паховые лимфатические узлы увеличены до 2-2,5 см в диаметре, подвижные, умеренно болезненные. Место укуса насекомого не определяется. Ваш диагноз? Что делать?

**Эталон ответа:**

У больной рожистое воспаление левой голени, эритематозная форма, средней тяжести. Показана экстренная госпитализация в отделение гнойной хирургии, назначение антибактериальной, антиагрегантной, десенсибилизирующей терапии.

**Задача №14.**

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-5, ПК-6

В приемное отделение бригадой «Скорой Помощи» доставлен мужчина 74 лет в крайне тяжелом состоянии с явными признаками влажной гангрены левой нижней конечности. Сознание спутанное, во времени и пространстве не ориентируется, жалоб предъявить не может.

Пульс на лучевой артерии не прощупывается. ЧСС 120 в мин., АД 80/40 мм рт.ст., дыхание поверхностное, ЧДД 26 в мин., кожные покровы бледные, холодные, влажные, с землистым оттенком, температура тела 36,2 °С. Сформулируйте предварительный диагноз. Что делать?

**Эталон ответа:**

Формулировка предварительного диагноза: «Влажная гангрена левой нижней конечности. Септический шок». Диагноз септического шока установлен на основании снижения давления ниже 90 мм рт.ст. и депрессии сознания. Одышка (ЧДД 26 в мин.), развившаяся у больного, хотя и свидетельствует о тяжелой органной дисфункции, не может служить критерием диагностики септического шока (ЧДД>40 в мин.). Необходима неотложная транспортировка в ОРИТ и интенсивная терапия с целью стабилизации витальных функций; затем - оперативное лечение.

**Задача №15.**

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-9

На прием в поликлинику обратился мужчина 35 лет с жалобами на наличие раны и боли в правой кисти. Три дня назад в быту получил колотую рану локтевого края ладонной поверхности кисти. Рану не обрабатывал, заклеил изоляционной лентой. За медицинской помощью не обращался. Состояние ближе к удовлетворительному. Температура тела 37,9°С. Правая кисть отечна, пятый палец полусогнут, активные движения им отсутствуют. В проекции пятой пястной кости имеется колотая рана 2х2 мм со скудным мутноватым отделяемым. Пальпация в окружности раны резко болезненна, пассивное разгибание пятого пальца резко болезненно. Пальпация остальной части ладони безболезненная. Движения в лучезапястном суставе и другими пальцами кисти сохранены, безболезненные. Ваш предварительный диагноз? Что делать?

**Эталон ответа:**

Локализация ранения, изолированная болезненность в проекции пятой пястной кости, отсутствие движений пятым пальцем при сохранении движения в остальных суставах указывают на развитие флегмоны пространства *hypothenar*. Больной подлежит экстренной госпитализации в отделение гнойной хирургии и оперативному лечению. Кроме того, необходимы мероприятия по экстренной профилактике столбняка.